ETHOS GUBERNAMENTAL

REVISTA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO ÉTICO

OFICINA DE ÉTICA GUBERNAMENTAL DE PUERTO RICO

"Honrando la Confianza del Pueblo"

NÚMERO IV 2006-2007

OFICINA DE ÉTICA GUBERNAMENTAL DE PUERTO RICO

En 1985, el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se dio a la tarea de crear mediante legislación una estructura normativa que se caracterizara por incorporar la excelencia y la transparencia en el servicio público. De esta manera, se promulgó la Ley de Ética Gubernamental del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley Núm. 12 de 24 de julio de 1985, según enmendada, que creó la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico (OEG). La OEG practica dos políticas públicas: prevención y fiscalización. La política preventiva identifica, analiza y educa sobre los valores que la OEG debe recalcar a los efectos de generar los más altos niveles de honestidad, rigurosidad y eficiencia en el desempeño de los(as) servidores(as) públicos(as). La política de fiscalización vela porque se cumplan las disposiciones legales que establecen determinadas prohibiciones a los(as) servidores(as) públicos(as).

CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO ÉTICO

El Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético (CDPE) se creó en mayo de 2000, mediante Orden Administrativa de la OEG, como medida para intensificar la educación y promoción de la ética y los valores públicos. Un año más tarde, la Asamblea Legislativa elevó a rango estatutario el CDPE, a través de la Ley Núm. 13 de 11 de abril de 2001, que enmendó la Ley de Ética Gubernamental, antes citada, para añadir el Artículo 2.7. La misión del CDPE es ampliar e intensificar la política pública de prevención a través de la educación, investigación y promoción del pensamiento ético para fomentar el desarrollo continuo de la excelencia de quienes integran el servicio público. El CDPE reconoce que su deber de educar exige mantenerse al día en el vasto crecimiento de la investigación académica sobre la ética pública y gubernamental. La investigación permite diseñar políticas de intervención que logren desarrollar la cultura ética del servicio público. La misión y los deberes del CDPE lo establecen como una entidad académica orientada a investigar y difundir el análisis ético mediante cursos y publicaciones que contribuyan al desarrollo del servicio público de Puerto Rico.

ETHOS GUBERNAMENTAL

La Revista *Ethos* Gubernamental es la primera publicación anual local, dedicada a la investigación, análisis y reflexión académica sobre la ética y la ética gubernamental. El propósito de *Ethos* consiste en proveer el espacio para que la investigación académica que conduzca, coordine e incentive el CDPE, pase a la etapa de publicación, necesaria para la difusión y discusión de las ideas. El objetivo de *Ethos* es incrementar el análisis y la deliberación amplia sobre la ética, a los efectos de actualizar, continuamente, su pertinencia para la sociedad en general.

REVISTA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO
DEL PENSAMIENTO ÉTICO
OFICINA DE ÉTICA GUBERNAMENTAL
DE PUERTO RICO

NÚMERO IV **2006-2007**

Lcdo. Hiram R. Morales Lugo
Director Ejecutivo

Gladys M. Malpica de Schaffer
Subdirectora

JUNTA EDITORA

Jesús E. Nieves Mitaynez
Director

Alba I. Vargas Román
Editora Asociada

Juanita Sepúlveda
Secretaria

La Revista ***Ethos* Gubernamental** se publica anualmente y es dirigida y editada por una Junta Editora que labora en el Área Académica del Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico.

MANUSCRITOS: La Revista ***Ethos* Gubernamental** fomenta la investigación sobre todos los aspectos relacionados a la ética; entre éstos, la inherencia que el factor ético tiene sobre las gestiones gubernamentales internas y su pertinencia e impacto en las relaciones internacionales contemporáneas. Se invita al público a someter artículos y reseñas. La Junta Editora evalúa todos los escritos que se reciben. La publicación de un documento no significa necesariamente que la Oficina de Ética Gubernamental se solidariza con las ideas expresadas por los autores.

DERECHOS DE AUTOR: Los derechos de autor de los artículos publicados en la Revista ***Ethos* Gubernamental** los retienen los autores. La Revista ***Ethos* Gubernamental** se reserva el derecho de reproducir electrónicamente los artículos. Cada autor garantiza que su artículo no ha sido publicado anteriormente y consiente a no publicarlo en otra revista por espacio de los dos años siguientes a su publicación en la Revista ***Ethos* Gubernamental**.

Puede comunicarse a través del teléfono (787) 622-0305 ó mediante correo electrónico: ethos@oeg.gobierno.pr

La dirección postal de la Revista *Ethos Gubernamental* es:

Revista *Ethos Gubernamental*
Área de Asuntos Académicos, CDPE
Oficina de Ética Gubernamental
P.O. Box 194200
San Juan, Puerto Rico 00919-4200

ISSN 1555-8746

ETHOS GUBERNAMENTAL

REVISTA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO
DEL PENSAMIENTO ÉTICO
OFICINA DE ÉTICA GUBERNAMENTAL
DE PUERTO RICO

NÚMERO IV 2006-2007

JUNTA EDITORA ESPECIAL

Jesús Nieves Mitaynez
Coordinador

Luis G. Cuervo
Jefe Unidad de Promoción y
Desarrollo de Investigaciones
Organización Panamericana de
la Salud (OPS)

Javier Vázquez
Asesor Regional en Derechos
Humanos – OPS

Donna Eberwine
Editora – OPS

Sandra Summers
Oficial de Programa – OPS

Yanka G. Epstein
Secretaria Ejecutiva - OPS

Moisés Herrera Solís
Director General Adjunto
Oficina de Asuntos Jurídicos
de México

Leonides Santos y Vargas
Director
Instituto de Bioética
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Manuel A. Morales
Chairman and
Senior Counselor-QBS

Doraliz E.Ortiz de León
Oficial Jurídico
Tribunal de los EE.UU.
para el Distrito de P.R.

PRESENTACIÓN

Estimado lector, el conocimiento y la experiencia pública contemporánea en torno a la globalización, la democracia y el desarrollo, sugiere que la investigación estratégica divise nuevas sendas, y produzca oportunidades para los análisis inclusivos y las reflexiones pluralistas; dirigidas a promover la calidad democrática de la gestión pública mundial. Como Número Especial, *Ethos* Gubernamental IV contribuye a crear los espacios donde los contenidos heterogéneos de esa actividad informada, pensante y diferente, pueda relacionarse. Claro está, situarse en las diferencias es un paso necesario para contribuir al desarrollo económico inclusivo del mundo, pero resulta insuficiente en sí mismo. Más allá de localizarse en los escenarios, es necesario actuar en los mismos, y concentrar la atención en las situaciones más difíciles.

Como punto de partida, debe reconocerse que la pobreza mundial es inaceptable, y que las iniciativas organizadas y suscritas por los acuerdos internacionales para superarla, necesitan ser incorporadas en agendas locales y regionales altamente comprometidas. A su vez, éstas deben ser objeto de supervisión efectiva; y las iniciativas deben tener acceso a los recursos necesarios para gestionar resultados concretos en periodos de tiempo, determinados por los más altos estándares de sensibilidad humana en el plano global.

Comprometerse efectivamente con esa gestión, conlleva establecer como valor mundial la salud y la educación de los humanos. Desatender lo que globalmente sabemos que es inaceptable y adverso para la continuidad de las civilizaciones tal y como las conocemos, significa que lo que debe ser rechazado por todos habrá de continuar reproduciéndose a pasos insospechados: la población mundial pudiera aumentar en un 50% durante los próximos 50 años y con ello habrán de reproducirse las condiciones de la pobreza mundial.

Por otra parte, deben atenderse los patrones de consumo a nivel mundial. Se destaca el consumo de alimentos, cuya demanda podría aumentar en un 80%. En la medida en que los grupos humanos del siglo 21 opten por asentarse, preferiblemente en los

centros urbanos, el aumento poblacional habrá de generar un incremento de 100% en la producción de infraestructura urbana, y más del 200% en las áreas relacionadas a los servicios en materia de energía.

Es necesario organizar el desarrollo inclusivo de las poblaciones, orientar las modalidades del consumo, sensibilizar a los mercados y optimizar el rendimiento de los gobiernos, en función del futuro de la superficie terrestre. La calidad del aire y el agua, las transformaciones climatológicas, el surgimiento y la difusión de las enfermedades y las exigencias de la convivencia humana contemporánea, constituyen el marco de referencia mundial, cuyo manejo determinará la calidad de la democracia global. La interdependencia de los problemas mundiales requiere de actores, ideas, procesos e iniciativas globales: la salud humana -que no debe aislarse de la salud del planeta- provee un marco de referencia local, regional y global incuestionable, para definir el tipo de desarrollo al que debe dirigirse la comunidad global de este siglo.

Dadas esas condiciones, es necesario que las organizaciones públicas de este siglo sean capaces de aunar sus talentos y recursos para enfrentar los desafíos humanos desde múltiples iniciativas. La Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico (OEG) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han unido sus recursos y esfuerzos para generar conocimiento sobre temas de relevancia mundial, desde una perspectiva eminentemente pública, que logra trabajar problemas que ameritan ser considerados prioritariamente en la agenda pública mundial de la actualidad. Particularmente, agradecemos la colaboración de los autores y autoras que contribuyeron al proyecto, y a los miembros de la Junta Editora Especial que participaron en el proceso de análisis y evaluación de los escritos. *Ethos* Gubernamental IV se comparte como un bien público globalizado, que aspira a servir las necesidades de la democracia y la gestión pública mundial contemporánea.

Lcdo. Hiram R. Morales
Director Ejecutivo
OEG

Dra. Mirta Roses
Directora
OPS

ETHOS GUBERNAMENTAL

REVISTA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO
DEL PENSAMIENTO ÉTICO
OFICINA DE ÉTICA GUBERNAMENTAL
DE PUERTO RICO

NÚMERO IV 2006-2007

S U M A R I O

ARTÍCULOS

LA GLOBALIZACIÓN Y LA GESTIÓN PÚBLICA

GLOBALIZACIÓN, DEMOCRACIA Y DESARROLLO
Joxel García
Hiram R. Morales Lugo
Jesús Nieves Mitaynez 3

GLOBALIZACIÓN, SALUD PÚBICA Y GOBERNABILIDAD

– INTERNAL AND GLOBAL PUBLIC HEALTH: GOVERNANCE AND ETHICAL ISSUES
George A. O. Alleyne 43

GLOBALIZACIÓN Y SALUD: RETOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN UN MUNDO INTERDEPENDIENTE
Julio Frenk
Octavio Gómez Dantés 65

S U M A R I O

NEW INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS: PLATFORM FOR GLOBAL HEALTH GOVERNANCE
Guillermo J. Avilés Mendoza 79

GLOBALIZACIÓN, IDENTIDAD Y SALUD PÚBLICA: REFLEXIONES, COMENTARIOS Y PERSPECTIVAS

LA GLOBALIZACIÓN Y LOS DILEMAS DE LA SALUD UNIVERSAL
Mirta Roses Periago
Fernando Lolas Stepke 103

LOS EFECTOS DE LA MIGRACIÓN
Rosa Pérez Perdomo 111

GLOBALIZATION AND IDENTITY LOSS
Emilio Mordini 125

EXPERIENCIAS, PROCESOS Y DINÁMICAS REGIONALES

POVERTY, INEQUITY AND PUBLIC HEALTH IN THE AFRICAN REGION
Luis G. Sambo 135

DESIGUALDAD, SALUD PÚBLICA Y ÉTICA
EL CASO LATINOAMERICANO
Bernardo Kliksberg 155

LA RESPONSABILIDAD DE LOS GOBIERNOS DEL MUNDO ANTE LA SALUD PÚBLICA DE SUS POBLACIONES
María del Rocío Sáenz Madrigal 187

LATIN-AMERICAN PERSPECTIVES ON GLOBALIZATION AND MENTAL HEALTH
Renato Alarcón
Marina J. Piazza 209

S U M A R I O

MODELOS, ESTÁNDARES Y DIFERENCIAS EN EL DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

EVIDENCE-BASED DECISION-MAKING IN PUBLIC HEALTH
David Mowat 231

REDEFINIENDO PARADIGMAS EQUÍVOCOS DE LA SALUD: SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA Y POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD
Jorge R. Miranda-Massari
José R. Rodríguez
Michael J. González 249

LA GLOBALIZACIÓN Y LA GESTIÓN PÚBLICA

GLOBALIZACIÓN, DEMOCRACIA Y DESARROLLO

Joxel García
Hiram R. Morales Lugo
Jesús Nieves Mitaynez

I. Introducción

La cuarta publicación de Ethos Gubernamental se dedica al estudio sobre la globalización, la salud pública y la gobernabilidad contemporánea. Y se orienta a explorar los retos éticos públicos que surgen, y proliferan en las políticas de desarrollo de la actualidad. En su sentido más elemental, el tema sugiere estudiar las relaciones entre los diversos procesos globales, subrayando el bienestar físico y social de los seres humanos, en el contexto de ejecutorias gubernamentales democráticas, que evidentemente tienen como prioridad el desarrollo; pero la formación de las políticas suele trascender los referentes y los esquemas más sencillos. En sus niveles más complejos, el tema provoca interrogantes profundas sobre cómo interpretar y organizar las variables que lo integran, a los efectos de sustentar las decisiones públicas que se propongan para conformar las exigencias que operan en el mismo. La tarea se torna aún más intrincada cuando se reconocen las polémicas que operan en torno a la dirección que debe asumir la gestión pública en la actualidad; que a su vez, enfrenta escenarios cambiantes, en los cuales los eventos que ocurren en la escala local, regional y global, se muestran interrelacionados e interdependientes. La introducción de una temática con dichas características, sugiere proveer un contexto inicial amplio, que permita discutir y relacionar conceptos, señalar problemas y destacar interrogantes que, al tomarse en cuenta, contribuyan a la discusión sobre las culturas públicas vigentes, y los desafíos que surgen al contrastarlas con las exigencias que plantean los procesos del mundo actual.

Los autores reconocen las observaciones del Dr. Bjarne Melkevik de la Facultad de Derecho de la Universidad Laval en Québec, Canadá, y del Dr. Manuel Ángel Morales, ex catedrático de la Escuela de Administración Pública de la Universidad de Puerto Rico y consultor en desarrollo organizacional. Por supuesto, los autores son los responsables del contenido de este artículo.

Las transformaciones históricas globales incorporan múltiples asimetrías. Se destacan aquellas que surgen entre los entendidos públicos tradicionales y las condiciones materiales que enfrentan las poblaciones. Nos referimos a las anomalías que se evidencian particularmente cuando se experimenta la profundidad y la difusión de los problemas, y la abrumadora interrelación entre los mismos. Cuando éstos se examinan honestamente, subrayan la necesidad de revisar los supuestos que organizan la convivencia humana. En este sentido, debe subrayarse que el grado de dificultad no solo estriba en la naturaleza de los problemas en sí mismos o en sus relaciones; también incorpora la manera en que se perciben, los marcos de referencia y los criterios que se utilizan para interpretarlos, la voluntad para resolverlos, y el acceso a los recursos disponibles para actuar sobre ellos oportunamente.

Al experimentar los problemas más agudos, los humanos también se enfrentan a sí mismos, a sus conflictos e inseguridades, y a los escenarios en los cuales los últimos se tornan públicos y antagónicos. En ese plano, los gestores públicos enfrentan situaciones límite, que tendrán que dirimir en correspondencia con sus atributos, carencias y posibilidades. De ahí, que sea necesario contextualizar las áreas polémicas, ponderar las diferencias de criterio, y auscultar los intereses opuestos; surge allí una fuente de información relevante para evaluar los supuestos de las decisiones públicas. Dicho análisis, podría aclarar las fijaciones culturales inamovibles que deben desatarse, para lograr imaginar perspectivas nuevas, mediante la atención a las voces disímiles. Las profundas necesidades y expectativas que caracterizan el mundo actual, generan una extraordinaria diversidad de voces legítimas. Es cierto que unas logran tonalidades más intensas que otras; y aunque todas son importantes -dado que forman la pluralidad de la experiencia humana- no hay dudas de que ameritan distinguirse cuidadosamente.

Si la cuestión ética se construye a partir de la diversidad de las experiencias que los humanos necesitan cultivar para convivir, entonces entre las voces aludidas, deben atenderse detenidamente las interrogantes que se formulan sobre las diferencias que forman el mundo actual. Los cuestionamientos de un mundo en vías de democratización, contribuyen a la creación de una esfera pública global de gran importancia, en donde habrá de construirse la calidad de la democracia global. Ciertamente, es un espacio angosto, definitivamente fluido, en el cual la credibilidad se torna en un atributo de rango mundial que todos quieren para sí mismos.

El hecho es que en dicha esfera habrán de validarse o desatenderse los reclamos humanos; y al atenderse, en función de sus méritos, abonarán a la legitimidad democrática mundial. Un escenario de estas características involucra prioritariamente la capacidad de la gestión pública; particularmente en la fase de reconocer los méritos y crear, promover y garantizar los estándares de legitimidad que adelanten la confianza a nivel mundial.

Desde esta perspectiva, producir un análisis preliminar sobre la globalización, la democracia y el desarrollo, y dirigirlo a múltiples sectores, con perfiles ideológicos diferentes y situados en diversas localidades, sugiere explorar cuestiones que puedan ser ponderadas globalmente. Asuntos en los cuales las necesidades, las expectativas y las experiencias en curso de la población mundial, convergen. Recopilar información que responda a ese criterio, conlleva consultar las literaturas sobre los problemas globales contemporáneos. He ahí un ejercicio metodológico necesario, que contribuye a la elaboración temática que debe operar en un marco de referencia inicial, para explorar los lineamientos que se consideran relevantes, identificar las áreas que deben trabajarse, a los efectos de incentivar análisis públicos que atiendan localmente las urgencias del mundo actual.

Como punto de partida, amerita puntualizarse que la composición de las literaturas que abordan los problemas globales incorpora múltiples disciplinas académicas. En el plano de la economía política y los estudios sobre desarrollo, se destacan las fluctuaciones en los supuestos que desde los años noventa han dirigido las relaciones estratégicas entre el Estado y los mercados. La investigación se orienta a esclarecer las dinámicas que inciden en el diseño de las políticas económicas que atienden problemas locales y globales apremiantes.

La geografía humana y la antropología socio cultural, adelantan el estudio sobre las diversas poblaciones mundiales, a partir de la organización espacial de los territorios, para contrastar los patrones que se observan en las experiencias, los discursos, los movimientos y las proyecciones humanas en múltiples escalas. Algunas tendencias en geografía política, apuntan hacia la revisión de la relación entre el diseño de los sistemas mundiales y las condiciones materiales actuales de las poblaciones, a partir de las interpretaciones sobre su localización y formación histórica y política.

La investigación que proviene de las relaciones internacionales, la política comparada y el derecho internacional,

permite calibrar las complejidades que operan en la formación institucional, cultural y normativa del poder gubernamental en la actualidad. Desde los años ochenta, se destaca el surgimiento de nuevas perspectivas en materia de seguridad global, que trascienden los criterios realistas convencionales -limitados a las amenazas militares- para clasificar como inseguras las condiciones que afectan adversamente a los humanos, en función de variables que incluyen la salud, factores ambientales, variantes socio económicas, la estabilidad política de los gobiernos y la calidad de las dinámicas culturales que operan en los territorios. Se subraya así, la necesidad de explorar las condiciones que promueven la seguridad humana, en función de la calidad de su convivencia y sus entornos. En la actualidad, resultaría prácticamente irresponsable obviar la amenaza que representa a la salud – seguridad- mundial el SIDA, el SARS y la Gripe Aviar, entre múltiples otras variantes. En un mundo en vías de globalización, y continuamente imperfecto, la inseguridad de uno, representa potencialmente la vulnerabilidad de todos. La referencia a la imperfección no pretende justificar el conformismo; más bien, se propone subrayar la necesidad de reconocer la preeminencia de condiciones materiales que apuntan hacia la caducidad recurrente de muchos de los límites que los humanos construyen para delimitar territorialidad y formar su identidad.

El análisis en materia de género, y la contribución de los estudios sobre la mujer, permiten desmitificar supuestos sociales, políticos y económicos operantes en localidades específicas. Esta literatura adquiere matices diferentes en diversos escenarios. Frecuentemente se encuentra asociada a los discursos que abogan por el adelanto de la democracia y los derechos fundamentales. Aquí, también debe mencionarse la preponderancia de la investigación dirigida a precisar la formación de clases en un mundo en vías de globalización, y los conflictos sociales y económicos que surgen localmente, en función de la identidad, tanto en el plano cultural como en el racial. Relacionar la globalización y la salud pública, con un énfasis en aclarar los retos éticos que sobrevienen a través de las decisiones y los proyectos en materia de desarrollo, no debe excluir que las condiciones que experimentan grupos específicos de mujeres, niñas, niños y ancianos en localidades particulares, ameritan de iniciativas atemperadas a esas diferencias.

Abordar las literaturas desde las diferencias, permite comparar los problemas que allí se tratan, distinguir cómo se formulan, e

identificar los temas de convergencia que éstos revelan. Una mirada a la organización del contenido de las literaturas permite destacar el rol protagónico que ocupan los temas asociados a la salud. Problemática ampliamente difundida, y que en un mundo mayoritariamente subdesarrollado y de alta densidad poblacional, requiere estudiarse en función de la pobreza y la desigualdad.

En materia de salud, y en función de la pobreza, también se cuestiona el rol y la organización de la educación en escenarios democráticos y económicamente competitivos. Esto último, dirige la atención a precisar el contenido de las políticas dirigidas a fomentar, al igual que las destrezas necesarias para optimizar el potencial de los individuos y los grupos a lograr acceso a las oportunidades de empleo. En dicho punto, se formulan planteamientos que revelan altas expectativas sobre el comportamiento y la responsabilidad del capital mundial ante la pobreza; sobre los cuales surgen discrepancias que interrogan la disponibilidad y la capacidad de los actores económicos, que al desempeñarse en función de las fluctuaciones del mercado, se ven imposibilitados de transformar profundamente las condiciones asociadas a este mal.

En el marco de las políticas de desarrollo, se enfatiza la urgencia de asumir posiciones decisivas en la organización y el comportamiento de los mercados, al igual que en los patrones de consumo mundial. Además, se establece como prioridad la necesidad de atender constructivamente el calentamiento global, para atajar los efectos que provoca en la escala local y global, en el marco de iniciativas visionarias inteligentes, que distribuyan responsabilidades, e instrumenten medidas sustentables en el manejo de los recursos naturales y ambientales. Particularmente, en el plano del comportamiento del mercado de los hidrocarburos, surge nuevamente un discurso global orientado a promover nuevas fuentes de energía: aire, luz solar, y diversos materiales orgánicos se plantean como alternativas. Por otra parte, se destaca el resurgimiento de proyectos orientados a la opción por la energía nuclear para atender las necesidades de energía que caracterizan a diversas poblaciones mundiales.

En el plano de la geografía de las poblaciones, se relacionan los movimientos migratorios, el crecimiento poblacional mundial y el consumo; que dirige la atención hacia las necesidades de las minorías tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En los problemas ilegales mundiales, se destaca la globalización del crimen organizado; la difusión de las actividades

del terrorismo internacional; las violaciones a los derechos fundamentales, particularmente los derechos de los niños y las niñas, las mujeres, los ancianos y las minorías. Se subraya la necesidad de atender los conflictos en materia de identidad y control de territorio; y surgen polémicas fundamentales en torno a la proliferación de armas de destrucción masiva y al futuro de la cultura de no proliferación.

Aunque somera, esta mirada preliminar de algunas de las disciplinas y sus relaciones, al igual que la identificación de varios de los problemas mundiales, permite aseverar varios puntos importantes. En primer lugar, el cuadro general que hemos identificado plantea asuntos globales, con matices locales importantes, que deben atenderse proporcionalmente. En segundo lugar, los análisis que se proponen sobre éstos, son polémicos y fluidos. En este sentido, debe subrayarse que el conocimiento que se produce sobre los problemas mundiales es una parte fundamental de las transformaciones que están en curso. Lo que a su vez, aumenta el grado de responsabilidad pública en el manejo del conocimiento y la organización de los marcos de referencia dirigidos a interpretar e intervenir en las tendencias locales y globales, al igual que al diseñar o evaluar las decisiones públicas que correspondan. Aunque no es posible disponer de toda la información necesaria para actuar en todo momento, los criterios más elementales de la gobernabilidad democrática requieren hacer público los estándares de profundidad y capacidad que forman las decisiones públicas.

En tercer lugar, los problemas son abarcadores e interdependientes, lo que subraya la necesidad de evitar la tentación ante la transitoriedad de las percepciones y la fragmentación oportuna, que evidencia ser estratégicamente insuficiente; y en la alternativa, organizar las decisiones en función de los estándares de responsabilidad que viabilicen grados óptimos de calidad democrática. En cuarto lugar, es importante reconocer que los problemas involucran directamente la formación cultural que determina la organización de la convivencia entre los humanos: interrogan los supuestos que organizan la gestión pública, en función de los procesos globales contemporáneos. En quinto lugar, se observa que la globalización, la democracia y el desarrollo, forman una parte central de los escenarios en los cuales se toman las decisiones de mayor alcance en el drama público mundial. En este sentido, podría argumentarse que integran una ecuación de variables interdependientes, que debido a su

profundidad y alcance en la experiencia global, conforman una referencia indispensable para repasar, evaluar y reflexionar sobre los marcos teóricos necesarios y las interrogantes que hace falta replantear para divisar cursos de acción ante los problemas globales contemporáneos.

A partir de esta breve discusión inicial, el próximo apartado, se concentra en el análisis de procesos globales que permiten distinguir algunas de las características de la globalización contemporánea. Se subraya la modalidad económica, y se procede a identificar algunas de las tendencias de los fenómenos asociados a la globalización cultural. Se identifican procesos globales asociados a las condiciones del ambiente y los recursos naturales. Brevemente, se identifican condiciones económico políticas globales que permiten destacar las urgencias mundiales contemporáneas, y se formulan cuestionamientos que dirigen la atención hacia el Estado, su formación, y su situación en la coyuntura global actual.

En esa dirección, el tercer apartado presenta algunos debates centrales sobre el Estado y distingue la situación apremiante de los estados débiles. Se examinan los retos que el Estado experimenta en el plano del desarrollo económico y la democracia, y los retos ético públicos correspondientes. Se analizan las tendencias actuales que orientan la transformación institucional y programática del Estado, y se argumenta que la cuestión sobre su diseño es proporcional a las referencias y a la capacidad de interpretación pública que los gestores públicos deben producir sobre los procesos globales y locales.

En la conclusión, se expone que un componente necesario para organizar la globalización en las localidades es la profundización de la democracia, en función de las condiciones particulares de cada unidad política; lo que requiere divisar estrategias efectivas que logren el desarrollo inclusivo de las poblaciones. Y se argumenta, que dicha prioridad amerita articularse en función de una ética pública de la inclusión, a partir de la cual se diseñen políticas públicas visionarias, en las cuales el Estado esté directamente involucrado en la toma de decisiones, en el adelanto del bienestar y la competitividad de la sociedad.

II. Procesos globales

Durante el siglo XX, los análisis sobre los procesos económicos, políticos y sociales con la energía para transformar el mundo a través de dinamismos globales, revelan similitudes

importantes que no deben pasar inadvertidas. A manera de ejemplo, sobresale el trabajo de Norman Angell, analista que exploró las ramificaciones militares de un mundo económicamente interdependiente (Keohane y Nye, 1998). Varias décadas más tarde, la literatura de los años sesenta y los setenta destacó la relevancia de los eventos que manifestaban tendencias globales. Específicamente, se enfatizó en las dinámicas asociadas a la interdependencia, debido a la intensificación y alcance del comercio internacional del momento; se destacó la necesidad de priorizar la responsabilidad global ambiental, movimiento que ganaría terreno hasta consolidarse a principios de los años setenta; se subrayó el alcance y la relevancia de los actores no estatales, incluyendo las multinacionales y los grupos asociados a las políticas del terror; y se priorizó la disminución en la utilidad de las fuerzas militares (Hurrell, 2003: 222-225). La política mundial de la coyuntura, la crisis energética y los conflictos regionales asociados a la geopolítica de la guerra fría de los años setenta, disminuyeron la trascendencia de los planteamientos.

La globalización contemporánea: la tecnología y la reorganización del capital

Precisamente, los orígenes de la globalización más reciente han sido asociados con las transformaciones generadas por el avance científico y tecnológico, que comenzó en la década de los años sesenta (Arystanbekova, 2004: 7). Un periodo marcado por la influencia del satélite en las relaciones entre los superpoderes, y cuya evolución propició la difusión de las imágenes a nivel mundial. Tecnologías sofisticadas que contribuyeron a la organización de las culturas que integraron las telecomunicaciones y las relaciones comerciales; mediante el diseño y la creación de espacios innovadores, y la producción de nuevas fuentes de conocimiento (McLuhan, 2001). Se ha argumentado que los instrumentos y el contenido multiforme de la comunicación global representan un mundo en el cual las economías, las sociedades y las culturas se entrelazan mediante múltiples procesos; destacándose la formación de un sistema financiero global caracterizado por su velocidad operacional.

La dimensión económica de la globalización plantea la expansión y la reorganización del capital, administrado por sectores vinculados a lo que se ha denominado como la cultura Davos; que tiene como referente espacial la reunión anual que se celebra en Suiza, y que incorpora a representantes del comercio

mundial y a líderes políticos de alto rango (Berger, 2002: 3). El análisis teórico sobre el componente financiero y comercial en la globalización contemporánea constituyó una prioridad en el trabajo de Levitt. En uno de sus escritos, se construye la globalización como marco analítico para describir un mercado que convergía a nivel mundial a través de unidades empresariales que él denominó 'firmas globales', y que se caracterizaban por el tipo de visión cultural que informaba la toma de decisiones de tales firmas al más alto nivel gerencial (Arystanbekova, 2004: 7-8).

En su trabajo sobre la imaginación en el mercado, Levitt también destaca el factor de la tecnología como una variable determinante en la producción de inteligencia financiera, dirigida a optimizar la influencia que los actores empresariales son capaces de desplegar, para crear una nueva realidad comercial, que se articule a través de mercados globales, en los cuales se exhiba una calidad de producción dirigida por estándares mundiales (Arystanbekova, 2004: 7-8). No obstante, debe observarse que este componente de la globalización limita su geografía, fundamentalmente a polos desarrollados, o algunos en vías de desarrollo, sin lograr incorporar efectivamente a la mayoría de la población mundial.

La globalización y las culturas

La globalización también es un fenómeno cotidiano, cuyo escenario es significativamente urbano y se manifiesta heterogéneamente en las localidades que se experimenta. Las diferencias pueden observarse en los relieves de las expresiones y relaciones humanas en diversos lugares: en la manera en que se posicionan la identidad individual y grupal al experimentar los procesos globales. Claval (2001: 38), expone que la globalización tiene un efecto directo en las bases de las identidades, debido a que tiene la energía para suscitar la uniformidad acelerada de las condiciones materiales de la vida; y con ello, la desaparición de las referencias tradicionales sobre las cuales reposaban las identidades tradicionales. De ahí que surjan conflictos entre múltiples actores con intereses y necesidades distintas (Keohane & Nye 1998: 77); que se organizan y fortalecen a través de las ideologías, -sistemas de pensamiento, o creencias que animan las prácticas sociales, económicas o políticas (Thompson, 1993: 409)- y que proponen maneras de ser, estilos de vida, modos de convivencia, que los grupos y los sectores asumen y promueven.

En este plano, la globalización suscita escenarios locales en los cuales las múltiples expresiones humanas se revisan y diferencian; lo que a su vez, viene a formar parte de las diferenciaciones globales. En el plano material, la globalización transforma las localidades, y las localidades advienen potencialmente a la posibilidad de globalizarse. En el plano de las ideas, la globalización se constituye en un referente ideológico común, en el cual se definen, integran y oponen múltiples ideologías, (Huang & Hsiao, 2002: 48-49).

Desde esta perspectiva, la globalización también incorpora múltiples y diversos procesos humanos a nivel micro, en donde la gente dirime las necesidades, los imaginarios y las urgencias que experimenta en la cotidianidad de sus localidades. Se han planteado interrogantes metodológicas relevantes en torno a cómo relacionar procesos que ocurren a nivel macro, con aquellos que ocurren a nivel micro, y viceversa; pero en última instancia, las decisiones y los actos son centrales.

Según Rosenau (2003: 8), la globalización no es una fuerza abstracta que dirige el mundo hacia un fin preordenado; más bien es el resultado de las decisiones que los individuos, los grupos y las instituciones asumen en la realidad en la cual les corresponde actuar; opciones que, de una u otra manera, habrán de influenciar la experiencia individual, social e institucional. Como observamos anteriormente, pueden destacarse las decisiones relativas a las ideas, creencias y estilos de vida que la gente asume en correspondencia con los marcos de referencia que operan en sus entornos y posibilidades. Particularmente, deben subrayarse la importancia de las decisiones en materia de los movimientos humanos; ya sea porque los individuos o los grupos han sido desplazados en sus territorios de origen, o debido a factores locales o externos que les impulsan a trasladarse; el hecho es que asumen movimientos que los conducen a través de la superficie terrestre.

La globalización, los movimientos humanos y el crecimiento poblacional mundial

La migración es un componente fundamental en la historia de las globalizaciones. En el plano espacial, la migración nos refiere a un movimiento de larga distancia que resulta en una relocalización; emigrar (moverse desde una localización particular), inmigrar (un movimiento hacia otro lugar), puede ser interna (en el interior de un estado o región), o internacional (de un estado a otro) (Knox y Marston 1998: 127). Por su parte, Held,

Mcgrew, Goldblatt y Perraton (1999: 3-4) resumen sucintamente las migraciones de las poblaciones humanas durante la era moderna. El nivel de síntesis logrado por los autores en la narrativa, amerita la inclusión máxima de la referencia.

> Human beings have been migrating, journeying and travelling for millennia, across great distances... The first great wave of early modern migrations involved the forced movements of the transatlantic slave trade which shifted around 9-12 million people by the mid-nineteenth century.
>
> From the mid nineteenth century onwards, the slave trade was dwarfed in extent by an extraordinary outpouring of Europe´s poor to the New World, overwhelmingly the U.S.A. This was accompanied, beginning in the last quarter of the nineteenth century, by a series of Asian migrations (predominantly of indentures laborers) to the USA, Canada, and European colonies. Over 40 million people moved in this way in the quarter century before the First World War...
>
> The bitter struggles and ethnic violence of the Second World War led to unprecedented levels of forced migrations, refugee and asylum movements. Ethnic Germans fled the Soviet Union and Eastern Europe, Jews headed for Israel, Pakistan and India exchanged millions and Koreans flooded south.
>
> Economic migration and the rebirth of Western European economies in the 1950s and 1960s drove a renewed epoch of global migration... Western Europe´s foreign population and ethnic mix have grown as family reunions, unpoliceable borders and sheer demand for labour have driven migration from the European peripheries (Turkey, North Africa) as well as the most distant outposts of Old European empires (Southern Asia, East and West Africa etc.) to the continent.
>
> In the 1970´s these waves of migration were accompanied by a take-off in legal and illegal migration to the USA and Australasia, enormous flows to the oil-rich and labour-scarce Middle East and new patterns of regional migration within Africa, Latin America, Oceania and East Asia. In the late 1990s, the USA in particular has been experiencing levels of migration that are comparable to the great transatlantic push of the late nineteenth century.

La historia de las migraciones está ligada a los procesos de consolidación de las diversas globalizaciones mundiales; participan elites y sectores populares; los movimientos responden a situaciones personales, locales, regionales o globales; las condiciones y los objetivos pueden ser tan variados como las

variables particulares de los procesos mismos. Los flujos migratorios de la actualidad constituyen una de las variantes profundamente humanas de la globalización reciente. Anualmente, cerca de 100 millones de personas intentan o logran desplazarse desde sus lugares de nacimiento hacia espacios geográficos que a menudo éstas no han determinado previamente (Stavrou, Ndumbe, Swing 2005).

En este renglón, la experiencia de la globalización incorpora la integración de comunidades, familias e individuos, situados en distintas localidades del mundo, a través de sistemas formales e informales: se integran y diferencian los lugares; surgen mercados, se establecen y reorganizan las comunicaciones; el intercambio de remesas y sus derivados contribuye a la economía de diversos lugares; emergen nuevas geografías del trabajo; la salud se globaliza; las culturas educativas se transforman; y se proyectan y relacionan profundos deseos y aspiraciones humanas en áreas cercanas o distantes de la geografía mundial (Blake, Risse 2006: 1-4).

En adición a la diversificación de sus movimientos a través del globo, los humanos también han aumentado su reproducción. Durante los últimos cincuenta años del siglo XX, la población mundial aumentó de 2.6 billones de habitantes a cerca de 6 billones en el año 2000 (Klare 2001: 15); y los países en vías de desarrollo revelaron un patrón -significativamente difundido- a duplicar sus poblaciones cada treinta años. En la actualidad, la población mundial crece a un ritmo aproximado de 80 millones de habitantes al año; si esa tendencia de crecimiento demográfico continúa, la población mundial estaría alcanzando los 8 billones de habitantes en el 2020 (Klare 2001: 17). El crecimiento poblacional se concibe como un determinante fundamental en la formación de los patrones de comportamiento entre los grupos humanos y el medioambiente.

La globalización y el ambiente: la prioridad del recurso agua

La intensidad de los movimientos humanos y el crecimiento de la población mundial guardan relación con los patrones del consumo mundial de los recursos naturales. A manera de ejemplo, los prospectos reales de abastecimiento de agua, petróleo, gas natural y madera, entre múltiples otros, constituyen variantes que sugieren interrogantes de suma importancia para los patrones del consumo humano y la organización de los mercados mundiales. La investigación reciente de Clark, Crutzen y Schellnhuber (2005:

3-4), sobre el rol de la actividad científica y la tecnología en la formulación de las políticas públicas mundiales, plantean datos sobre niveles de consumo, explotación de recursos y comportamiento ambiental que permiten identificar condiciones y tendencias importantes en la escala global ambiental. En dicho punto, los autores destacan lo siguiente:

> Drawing from the Works of hundreds of researchers, the "Global Change"study (Steffen et al. 2004; Chapter 3) concluded that perhaps 50% of the world's ice-free land surface has been transformed by human action; the land under cropping has doubled during the past century at the expense of forests, which declined by 20% over the same period. More than half of all accessible freshwater resources have come to be used by humankind. Fisheries remove more that 25% of the primary production of the oceans in the upwelling regions and 35% in the temperate continental shelf regions (Pauly and Christensen 1995).
>
> Humanity's exploitation of fossil fuels that were generated over several hundred million years has resulted in a large pulse of air pollutants. The release of SO2 to the atmosphere by coal and oil burning is at least two times larger than the sum of all natural emissions... Due to fossil-fuel burning, agricultural activities, deforestation, and intensive animal husbandry, several climatically important "greenhouse" gases have substantially increased in the atmosphere over the past two centuries:...contributing substantially to the observed global average temperature increase by about 0.6 C, which has been observed during the past century.

La interacción entre las condiciones ambientales identificadas adquiere un relieve más conflictivo si se considera que la situación de muchos de los países pobres del mundo depende significativamente del acceso y la calidad del recurso agua: para el sostenimiento vital del ganado, mantener la agricultura, manejar energía, trabajar la industria, viabilizar la pesca, adelantar la navegación y atraer el turismo. La escasez de agua es producida por las dinámicas acumuladas de múltiples factores interrelacionados: las prácticas culturales que operan en el consumo, el incremento en la demanda del recurso debido al aumento poblacional, el incremento sostenido en el consumo de energía y la difusión mundial de los modelos de desarrollo concentrados en los polos urbanos, entre otros.

En el caso de las ciudades, éstas pierden hasta un 50% de su acceso al agua urbana (Davis, Hirji 2005:118-119); situación que habrá de aumentar su complejidad si se considera que se anticipa

que éstas habrán de ser objeto de flujos migratorios de mayor intensidad durante el siglo XXI. Los indicadores pronostican que la demanda por el agua habrá de continuar acelerando: en el año 2025, 50 países y cerca de 1,000 millones de habitantes experimentarán carencias serias del recurso, y cerca de 3,000 millones de personas vivirán en territorios donde el recurso ha sido estrezado (Davis, Hirji 2005: 117); un número considerable de esas poblaciones habita el Oriente Medio Extendido. Debe mantenerse en perspectiva, que muchos de los cuerpos de agua más extensos en la superficie terrestre atraviesan las fronteras interestatales.

Condiciones económico-políticas globales

En el plano del desarrollo económico político mundial, se destaca que la organización del capital global, las transformaciones culturales, los movimientos humanos, el comportamiento del ambiente y la difusión de la democracia ocurren en una coyuntura histórica mundial caracterizada por condiciones de pobreza apremiantes. El 83% de la población del mundo habita en los países llamados en vías de desarrollo. Más del 20% de la población mundial vive en condiciones de pobreza extrema, con ingresos menores a $1.00 al día; y cerca del 50% vive con ingresos menores a $2.00 diarios; aproximadamente 2,500 millones de personas que viven en las sociedades de bajos ingresos, experimentan una tasa de mortalidad infantil que afecta a más de 100 criaturas de cada 1,000 nacimientos, mientras que en los países de ingresos altos es de 6 en cada 1,000; y el 25% de la población mundial padece los estragos sociales reproducidos por las carencias y desventajas que provocan el analfabetismo (Risse 2003 A: 1). Sin embargo, también es cierto que las últimas seis décadas de la historia mundial revelan indicios de crecimiento económico. Al respecto, Risse (2003 B: 30) destaca los siguientes datos.

> While for many indicators we lack data from before 1950 in developing countries, a fair amount is known. We know that per capita incomes around 1820 were similar world wide, and low, ranging from around $500.00 in China and South Asia to 1,000-1,500 in the richest countries of Europe. So the gap between rich and poor was 3:1, whereas in 1960 it was 60:1, and in 1997 74:1. 75% of the world's people lived on less than a dollar a day in 1820. Today, in Europe, almost nobody does, in China less than 20%, in South Asia around 40%, and altogether 20% of the world population does. The share of people living on less than $1.00 a day fell from 42% in 1950 to 17% in 1992... Between 1960 and 2000, real per-capita income

> in the developing world grew at an average of 2.3. At this rate, living standards double in 30 years... The average income per capita in 1950 worldwide was $2,114, and in 1999 $5,709, in 1990 PPP dollars; for developing countries this increase was from $1,093 to $3,100. Longevity rose from 49 years to 66 worldwide, and from 44 to 64 in developing countries... The literacy rate rose from 54% in 1950 to 79 in 1999. Infant mortality fell from 156 in 1000 to 54.

Cuestionamientos globales

La esfera del capital internacional, en función de la formación de la cultura de la informática y las telecomunicaciones, constituye un proceso global poderoso, pero limitado en su capacidad para incorporar efectivamente a la mayoría de la población mundial. Al concentrarse en polos urbanos específicos, su infraestructura operacional reproduce patrones de desarrollo limitados a la conectividad que sostiene con los espacios que integran sus redes mundiales. Aunque se han logrado niveles de crecimiento económico durante las últimas décadas, éste ha respondido significativamente al desarrollo que la China y la India han logrado en sus polos urbanos durante las últimas tres décadas. Sin embargo, la mayoría abrumadora de ambas poblaciones habita en las áreas rurales. De hecho, aproximadamente el 25% de la población mundial habita en dichas áreas. Quedan por resolver los roles y las oportunidades mundiales a las cuales tendrán acceso las áreas rurales y la agricultura en la globalización, interrogante que vincula al Estado, debido a que es la entidad llamada a organizar el territorio.

Migrar constituye un movimiento cuyas posibilidades de éxito serán proporcionales al perfil del individuo o el grupo, sus relaciones, y las necesidades y fluctuaciones imperantes en la organización del trabajo y los mercados del territorio al cual se desplaza. Surgen interrogantes apremiantes con respecto a las necesidades en materia de salud, vivienda y educación de estos sectores de la población mundial; situados en la periferia de diversos polos urbanos desarrollados y en vías de desarrollo, donde frecuentemente habitan, en condiciones de vida deplorables. ¿Cuáles son las iniciativas estatales necesarias para atender los derechos fundamentales de dichos grupos en el marco de la profundización de la democracia global?

La globalización incorpora procesos culturales cuya difusión e influencia puede ser más amplia que los componentes económicos. Las variaciones particulares serán proporcionales a los lugares, las

redes globales que allí operen, y al acceso de los individuos y los grupos a éstas. En este particular, resulta adecuado evaluar la difusión de imaginarios y expectativas culturales a nivel mundial, en función de las condiciones materiales, locales y globales que puedan suplirlas. Aquí, surgen interrogantes con respecto a las iniciativas locales necesarias para ampliar el acceso y la participación a los beneficios culturales –económicos, sociales y políticos- que puede traer consigo la globalización; y que definitivamente conllevan diseñar políticas educativas que viabilicen y ofrezcan dirección a los beneficios del multiculturalismo que adelanta las diversas modalidades de la globalización cultural. De lo contrario, los beneficiados continuarán siendo pocos, técnicamente especializados, y vinculados a sectores socio económicos poderosos, en comparación con las grandes masas poblacionales que quedan excluidas de la exposición a los diversos matices de la experiencia global, y las oportunidades que genera en términos de movimiento social, empleo e igualdad económica.

Indudablemente, iniciativas ambientales como el Protocolo de Kyoto a la Convención de las Naciones Unidas en materia de Cambio Climático, son fundamentales; las interrogantes surgen en torno a si son suficientes. Indudablemente, los países altamente industrializados tienen una responsabilidad primaria que asumir; pero esto no excluye la necesidad de que los países en vías de desarrollo intensifiquen las medidas para atender oportunamente las condiciones del problema al nivel de las localidades. Una pregunta importante es, ¿cómo balancear la protección del ambiente y adelantar el nivel de desarrollo mundial, en un planeta que agota sus recursos y una población que muestra indicios de mantener su densidad, sin que pueda anticiparse que habrá de variar profundamente sus culturas de consumo para adaptarlas a criterios razonablemente sustentables?

Los procesos globales que han sido brevemente reseñados, plantean interrogantes fundamentales en áreas de vital importancia pública. Se destacan asuntos en materia del comportamiento, organización, e inclusive la reglamentación de los mercados locales y globales; el status del reconocimiento y la consolidación de los derechos fundamentales a nivel mundial y local; el diseño de políticas internacionales inclusivas y a largo plazo en materia ambiental. Sobre este punto, Ocampo (2004: 11) observa lo siguiente.

> We believe that the central challenge we face today is to ensure that globalization becomes a positive force for all the world's people," reads the fifth paragraph of the United Nations Millenium Declaration (United Nations, 2000). Although globalization reflects technological advances and economic forces, it can be molded by society and, particularly, by democratic political institutions...

Desde la perspectiva de Rosenau, hemos observado que la globalización no es una fuerza metafísica, requiere interpretarse y exige decisiones. Por su parte, Ocampo aclara que actuar en la globalización conlleva la participación de la sociedad y el funcionamiento de instituciones democráticas competitivas, y que la intervención de ambas debe estar dirigida a moldear los procesos en el plano local. Lo que remite el análisis nuevamente hacia identificar el conocimiento que sea relevante a los procesos locales y globales en los cuales hay que actuar. Moldear requiere, no solo la posesión del conocimiento adecuado; también significa convertir el conocimiento en decisiones inteligentes, adaptadas a las necesidades particulares que apliquen. Específicamente, demanda que las políticas públicas que integren el conocimiento y las decisiones, logren divisar los rumbos a seguir para adelantar un desarrollo económico inclusivo que responda a los estándares democráticos más competitivos. Lo anterior dirige la atención hacia el estado territorial, su formación, coyuntura actual y las dinámicas que anticipa su comportamiento presente (Taylor 1994: 151, 160-161; Risse 2006: 1-2).

III. El Estado

Los orígenes del Estado han sido relacionados con los grupos humanos organizados en función de la agricultura -periodo concebido como una modalidad de globalización- en la Mesopotamia de hace unos 10,000 años; también se destaca el nivel de formalidad burocrática del Estado en la China de la antigüedad (Fukuyama 2004: 1). Desde sus orígenes jurídicos en la obra de Jean Bodin, la figura conceptual y la instrumentación del Estado han evolucionado en función de transformaciones económico políticas determinadas territorialmente. Alcanza parcialmente un nivel mundial en el siglo XIV, se difunde culturalmente en el siglo XIX, y se constituye en un fenómeno de difusión universal, luego de finalizada la segunda guerra mundial (Wallerstein 1991: 185). Una de las posturas teóricas más influyentes del siglo pasado, lo define como "a human community

that (succesfully) claims the monopoly of the legitimate use of physical force within a given territory" (Weber, 1946).

Aunque difundida e influyente, la postura de Weber ha sido interrogada en múltiples frentes. Durante el siglo XX, los debates en torno al Estado, sus estructuras y políticas, incluyeron las polémicas ideológicas en torno a la dependencia y al desarrollo (Gilpin, 1987: 263-303; Lievesley, 2003: 145-146; Burnell, 2003: 148-149); los procesos asociados a la descolonización y las configuraciones territoriales estatales correspondientes (Coggins, 2003: 136-137); los niveles de vulnerabilidad provocados por la guerra fría, la formación de un mundo bipolar y las políticas asociadas a la disuasión nuclear (Freedman, 1981: 372-392); las gestiones sociales hacia el adelanto de los derechos civiles y el impacto de los movimientos sociales en las decisiones y las políticas públicas (Bradbury, 2003: 78-80), entre múltiples otros.

La historia del Estado está asociada a las transformaciones sociales, económicas y políticas que han dado forma a la historia humana. No debe dudarse que el Estado es una construcción organizacional y administrativa con la suficiente flexibilidad para adaptarse a las transformaciones históricas que le requieren, en aras de su legitimidad, incorporar las variantes que sean necesarias para mantenerse operacional y directivo en la organización de la gestión pública. Sin embargo, posturas recientes cuestionan los límites convencionales de su territorialidad, y postulan el surgimiento de poblaciones que trascienden las construcciones públicas típicas, y ameritan atenderse desde marcos de referencia más amplios e inclusivos.

El Estado y los procesos cosmopolitas

Durante las últimas dos décadas, los debates representan una gran diversidad de perspectivas empíricas, interdisciplinarias y teóricas. Debe subrayarse el debate sobre la viabilidad o legitimidad del desarrollo a través de la globalización de la democracia liberal y la economía de los mercados, en función del cuestionamiento de los entendidos modernos que han servido de referencia para diferenciar la esfera pública y privada, determinar la formación de las identidades culturales y el status de las minorías, al igual que la relación y la jerarquía entre los territorios (Dijkink & Knippenberg, 2001).

Entre las perspectivas más influyentes, se destaca la revisión del estado democrático moderno propuesta por Held, que coloca en una posición central el surgimiento de las esferas públicas

cosmopolitas. En la perspectiva de dicho autor, dichas esferas requieren modelos de gobernabilidad democrática, dirigidos a rendir cuentas en el ejercicio de un poder que ya no debe concebirse fragmentadamente, sino de manera interrelacionada, debido a las dinámicas y las intersecciones que caracterizan las relaciones entre la economía y la política en el mundo contemporáneo.

> ...la posibilidad de la democracia hoy en día debe vincularse con un marco expansivo de instituciones y procedimientos democráticos- con lo que he llamado el modelo cosmopolita de la democracia... Al menos tres exigencias quedan planteadas: primero, reformular las fronteras territoriales de los sistemas de *accountability* a fin de que los temas que escapan a la potestad del Estado nación -los flujos financieros globales, la carga de la deuda en los países en desarrollo, las crisis ecológicas, varios aspectos de la seguridad y la defensa, las nuevas formas de comunicación y así sucesivamente- puedan ser sometidos al control democrático; segundo, repensar el papel y el lugar de las agencias reguladoras y funcionales regionales y globales con el objetivo de convertirlas en focos más coherentes y sensibles en los asuntos públicos; y tercero, re-formar la articulación de las instituciones políticas con los grupos, las agencias, las asociaciones, y las organizaciones de la economía y la sociedad civil, nacional e internacional, de manera que éstos se integren al proceso democrático- adoptando una estructura de reglas y principios compatibles con la democracia (Held 1997: 317-318).

En este contexto, la perspectiva de Held sobre la democracia contemporánea identifica un rol determinante para una esfera pública cuya jurisdicción incluye un grado de soberanía sobre las unidades políticas que la componen, aunque no las cancela. Éstas retienen un ámbito operacional importante, que incorpora gestiones domésticas, muy cercanas a las necesidades cotidianas que enfrentan las poblaciones en su diario vivir. Sin embargo, también debe mantenerse en perspectiva, que los estados conforman una amplia diversidad de casos específicos, con necesidades, problemas y prospectos distintos. A manera de ejemplo, es una cuestión de hecho que el funcionamiento institucional, la efectividad normativa, la estabilidad, e inclusive la continuidad de las estructuras estatales, varían significativamente a nivel global. Las razones son múltiples, responden a problemas relativos a la legitimidad del control sobre los territorios, la ausencia o

ineficiencia normativa e institucional, la coexistencia de culturas económicas formales e informales, entre múltiples otras. ¿Por qué los estados fracasan? ¿Cuál es la contribución de los estados débiles y fracasados a la estructuración de los procesos asociados a la globalización, la democracia y el desarrollo?

Los estados débiles, estados fracasados, estados colapsados

El tema de los *estados débiles* se sitúa en un área de investigación que ha ganado terreno durante la década en curso. Nos referimos a la producción de conocimiento sobre los problemas que afectan, particularmente a los estados en vías de desarrollo; se destaca prioritariamente los estados débiles, los estados que fracasan, los estados colapsados. Fukuyama (2004: 6-7), argumenta la urgencia de atender las necesidades de los denominados "estados débiles." Los califica como el problema específico más importante del orden internacional (2004: 92). Subraya la necesidad de reevaluar las nociones institucionales, organizacionales y administrativas que constituyen el Estado moderno. Establece como prioridad la distinción entre la esfera de acción del Estado (las funciones y los objetivos que los gobiernos asumen) y su fuerza (la habilidad de los estados para planificar y conducir iniciativas político públicas para implantar las normas jurídicas de manera transparente). La diferencia responde a su interés por aclarar que los procesos político públicos asociados a la globalización no excluyen el rol central que desempeña la unidad política bien gobernada; posición desde la cual puede inferirse la necesidad de clarificar la cuestión estatal en la agenda de la globalización contemporánea.

Por su parte, Clément (2005: 1-2) reconoce que la investigación sobre dichos cuerpos políticos está en proceso. El acceso a la información necesaria para elaborar modelos teóricos exhaustivos es limitado, característica que impide adelantar una instrumentación sistemática de los supuestos teóricos que operan en el campo. Destaca la producción de investigación que ha logrado detectar los factores estructurales que a largo plazo, en dichos estados revelan una tendencia al fracaso; pero aclara que la disponibilidad de análisis sobre los factores que precipitan el fracaso a plazo intermedio es significativamente menor. En su estudio, propone unas distinciones conceptuales para clasificar las características de dichos estados. El desempeño funcional del Estado es la variante que establece el marco de referencia operacional del análisis.

> Although state failure and state collapse both refer to extreme instances of weak statehood, they each have a specific meaning whereby a collapsed state is a more acute version of failure. A failed state is one where all core functions have ceased to be performed (on a continuous base and over the entire territory), but where some institutional structures may still exist. It is a case of functional failure without institutional failure. A collapsed state involves both a functional failure (inability to perform core functions) and an institutional failure (the political superstructure has ceased to exist on a continuous base and as a part of an overarching integrative framework). In practice, the state rarely completely disappears. Bits and pieces will suddenly reappear (e.g., a government, a parliament, a police force, road infrastructure), but never over the entire territory or for long periods of time leading to what some have called a *dotted state*.

Patrick (2006: 27-28) añade que los estados mal gobernados han sido relacionados con las amenazas transnacionales que tienen el potencial para vulnerar la seguridad mundial. El autor explora el argumento que concibe a dichos cuerpos políticos como espacios geográficos en donde proliferan los problemas mundiales más temidos: desastres humanos, las migraciones masivas, las problemáticas ambientales, el crimen internacional, la inseguridad energética, las pandemias globales, la difusión de las armas de destrucción masiva y el terrorismo transnacional. Al identificar las iniciativas estatales orientadas a manejar el problema, destaca el rol de Inglaterra, Canadá y Australia, y particulariza los múltiples organismos internacionales que han incorporado el problema en su agenda. Se destacan las Naciones Unidas, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, y el área del Banco Mundial dedicada a la atención de los países de bajos ingresos que experimentan niveles estresantes, generados por conflictos bélicos de diversas intensidades, y problemas estructurales que inciden en la capacidad de gobernabilidad de los estados.

El autor (2006: 29) destaca la ausencia de evidencia empírica que permita correlacionar a estados específicos con problemas y amenazas particulares; y alerta sobre las iniciativas estratégicas orientadas a intervenir en la situación sin disponer del conocimiento necesario para diferenciarla y organizarla. Concede que los estados débiles generan amenazas globales, pero señala que universalizar la proposición no contribuye a distinguir y formular los problemas que permitan esclarecer las insuficiencias profundas que resultan en la disminución de la gobernabilidad y la

incapacidad de dichos estados. Cuestiona los factores operantes en la falta de consenso sobre la cuantificación de los estados que podrían ser incorporados en este renglón. Patrick (2006: 29) define los estados débiles y que fracasan de la siguiente manera.

> There is no consensus on the precise number of weak and failing states. The Commission on Weak States and US National Security estimates that there are between 50 and 60; the United Kingdom's Department for International Development classifies 46 nations with 870 million inhabitants as "fragile"; and the World Bank treats 30 countries as LICUS. These divergent estimates reflect differences in the criteria used to define state weakness, the indicators used to gauge it, and the relative weighting of various aspects of governance…
>
> State strength is relative and can be measured by the state's ability and willingness to provide the fundamental political goods associated with statehood: physical security, legitimate political institutions, economic management, and social welfare. In effect, they possess legal but not actual sovereignty. In the security realm, they struggle to maintain a monopoly on the use of force, control border and territory, ensure public order, and provide safety from crime. In the political sphere, they lack legitimate governing institutions that provide effective administration, ensure checks on power, protect basic rights and freedoms, hold leaders accountable, deliver impartial justice, and permit broad citizen participation. In the economic arena, they strain to carry out basic macroeconomics and fiscal policies or establish a legal and regulatory climate conducive to entrepreneurship, private enterprise, open trade, natural resource management, foreign investment, and economic growth. Finally, in the social domain, they fail to meet the basic needs of their populations by making even minimal investments in health, education, and other social services.

El punto aclaratorio que debe subrayarse es que no todos los estados débiles participan de los mismos problemas. Algunos colapsan, como ha ocurrido en ciertas regiones del Continente Africano; otros revelan indicadores de debilidad, pero mantienen niveles operacionales importantes. Patrick (2006: 30) subraya, y con ello contrasta a Fukuyama, que la debilidad del Estado no se trata solamente de variables que tienen que ver con la capacidad operacional de las instituciones; destaca que también es una cuestión de voluntad. Énfasis que resulta interesante, porque apunta hacia la existencia real de una fuente de responsabilidad pública que se mantiene operante, aún ante las situaciones y los

eventos más adversos a la gestión pública. Además, al distinguir entre capacidad y voluntad, Patrick (2006: 30) propone que es posible diferenciar cuatro tipos de estados débiles: estados relativamente buenos, estados que son débiles pero tienen la voluntad, estados que tienen los medios pero no la voluntad, y aquellos que no tienen la voluntad ni los medios para llevar a cabo las funciones que caracterizan la gestión estatal. Patrick (2006: 30) subraya que, las poblaciones de estos estados son pobres, carecen de acceso a salud y educación, padecen enfermedades crónicas, fallecen en edad temprana, no tienen acceso a la tecnología, y son focos de amenazas a la salud.

Una cantidad significativa de los estados contemporáneos revelan condiciones profundamente diferentes; que oscilan desde sus trayectorias históricas, hasta las características de su geografía física y cultural, que no deben disociarse de sus posibilidades reales de desarrollo, tanto en el plano social, como en el económico y político. Urge que los modelos de desarrollo promovidos por la globalización y la democracia, se atemperen a las condiciones reales de estas unidades políticas, en función de sus características particulares. Específicamente, es necesario producir más conocimiento sobre las variantes que impiden que los gobiernos de dichas unidades logren el desempeño y la estabilidad necesaria para adelantar su capacidad y proyección en la comunidad global. Es necesario reconsiderar la viabilidad del modelo estatal convencional en territorios particulares, e inclusive explorar la creación de modelos gubernamentales alternativos. Y en el plano del rediseño de las estructuras y los procesos estatales, se hace bien en reconocer que los modelos de reforma gubernamental deben adaptarse a las condiciones y necesidades reales de cada unidad política; lo que supone el acceso y el uso óptimo del conocimiento sobre los problemas de las localidades, sus relaciones, y las alternativas públicas necesarias para atenderlos.

El Estado y las reformas gubernamentales

Una actividad importante del Estado contemporáneo, es la revisión de los sistemas administrativos, organizacionales e institucionales que lo integran. En rigor, la calidad democrática de la actividad requiere clarificar los modelos y los criterios que cada gobierno utiliza cuando opta por revisar sus estructuras, para reorganizar los sistemas públicos, redefinir sus relaciones con los mercados y reorientar sus roles tanto en la escala local como en la

regional y global. Una fase técnica importante es el avalúo de la gestión pública, que conlleva revisar el funcionamiento y las transformaciones previas de los componentes normativos, administrativos, humanos e institucionales que operan en cada caso. Al evaluar, es necesario incorporar como estándar democrático las necesidades y las aspiraciones de las poblaciones, porque establecen prioridades sobre las cuales el Estado debe actuar responsablemente.

El análisis debe lograr formular y clasificar problemas y alternativas, en una óptica que permita evaluar, distinguir y relacionar responsabilidades, tanto las que corresponden a los gestores gubernamentales, como aquellas que vinculan al comportamiento de los mercados, al igual que aquellas que colocan a los diversos sectores de la población en roles protagónicos. La calidad de las decisiones y los actos, en correspondencia con los estándares de responsabilidad pública que operan en la jurisdicción, constituye una fuente importante en la identificación de problemas e insuficiencias públicas.

A partir de la relación y diferenciación de los mismos, se podrán identificar factores comunes, que ayuden a inferir tendencias y patrones que permitan explorar los logros y las deficiencias que la instrumentación de la ecuación ha producido en la escala local. En este renglón, podría conjeturarse que una de las fuentes de inestabilidad y deficiencia que opera en la instrumentación de la ecuación, incluye la ausencia de estándares verificables en el ejercicio de la responsabilidad de las instituciones, los sectores económicos y las poblaciones; al igual que la falta de alternativas efectivas para lograr que los actores y los sectores actúen en el marco cultural de los estándares establecidos y conocidos.

Durante las últimas dos décadas, 49 de los 123 estados de mayor extensión territorial, llevaron a cabo iniciativas dirigidas a lograr cambios profundos en su organización y funcionamiento gubernamental; más de 30 iniciaron varios cambios durante administraciones distintas; al menos 18 demuestran gestiones más elementales dirigidas a revisar áreas específicas de sus culturas administrativas (Kamarck, 2004: 14). El efecto acumulado de esta tendencia en el comportamiento estatal contemporáneo, ha sido interpretado en términos de que las reformas en las áreas de gobernabilidad y apertura se han convertido en una fase indispensable en el diseño de estrategias en materia de desarrollo (Rodrik, 2002: 1).

En la era de la globalización, los gobiernos democráticos se proponen optimizar la eficiencia de sus modelos administrativos, los estándares de productividad, la capacitación del recurso humano y la calidad de las decisiones públicas, particularmente a la disposición de fondos y propiedad y a la organización del presupuesto gubernamental, en función de los recaudos tributarios y sus correspondientes utilidades públicas. Además, estudian detenidamente el comportamiento de sus mercados, los que actúan localmente, como aquellos con los cuales se sostienen relaciones estratégicas. Desde esta perspectiva, la tendencia competitiva más generalizada es que un gobierno no procede a reformarse exclusivamente ante el surgimiento de crisis internas. La utilidad de una reforma gubernamental es determinante en el carácter público de un gobierno convencido de que los procesos económico políticos internacionales de la actualidad, requieren de iniciativas innovadoras continuas que contribuyan al desarrollo y a la adaptación de la esfera gubernamental a condiciones internas y dinámicas externas cambiantes. Procedamos a reseñar brevemente algunas de las características de las reformas más recientes.

Kamarck (2004: 3) apunta que la victoria electoral de Margaret Thatcher en la Inglaterra de 1979, dio paso a lo que podríamos denominar como el inicio de la era contemporánea en la historia de las reformas gubernamentales a nivel mundial. La autora también reseña el éxito electoral de Ronald Reagan en los Estados Unidos en el 1980, y el de Brian Mulroney en 1984 en el Canadá. Aún desde sus diversas particularidades, todos comparten la necesidad de revisar agresivamente las estructuras burocráticas de sus gobiernos.

Kamarck también distingue que en el plano de los gobiernos en vías de desarrollo, los movimientos de reformas gubernamentales han resultado de problemas económicos críticos o debido a las exigencias impuestas por las organizaciones internacionales prestatarias. Se destaca el modelo de ajuste estructural en el cual el Estado afectado tendrá que revisar su diseño y sus operaciones, a los efectos de hacerlas compatibles con los requerimientos establecidos en el modelo de referencia.

Según Kamarck, las reformas gubernamentales mundiales pudieran dividirse en dos etapas elementales, la primera, como ya hemos sugerido comienza en la década de los ochenta, y tiene como referentes importantes a Inglaterra, Estados Unidos y el Canadá. Las tendencias más generalizadas que encontramos en dicha década dirigen nuestra atención a la liberalización económica

y a la privatización de industrias estatales; práctica conocida como una de las fases elementales en los procesos de reforma contemporáneos. Claro está, el diseño e implantación de las reformas tuvo matices distintos en diferentes jurisdicciones. Kamarck distingue, que en América Latina la tendencia fue dirigida hacia la privatización y el distanciamiento del Estado de los procesos económicos. En el mejor de los casos, cada jurisdicción tuvo que identificar sus condiciones, problemas y necesidades específicas, en función de su ordenamiento e infraestructura gubernamental, relaciones y aspiraciones económico políticas ante un mundo en proceso de transformación acelerada.

La segunda fase comienza en la década de los años noventa y la desarticulación del Bloque Soviético (Kamarck, 2004: 10). En el caso de las ex repúblicas soviéticas, éstas se caracterizaron por convertirse en cuerpos políticos en transición (el desarrollo hacia la democracia) y económica (el desarrollo hacia modelos de economías de mercado). Cada una de ellas tendrá que enfrentar problemáticas asociadas a su desenvolvimiento histórico geográfico, étnico y político particular; procesos que continúan experimentando en la actualidad.

Kamarck añade que en esta segunda fase, el énfasis ya no va a ser tanto en la privatización, sino en la reforma de los procesos administrativos gubernamentales, a los efectos de transformar y optimizar las funciones elementales del Estado para lograr el incremento, el desarrollo de la capacidad estatal. En esta década, los estados se han orientado a revisar las concepciones administrativas que formaron sus instituciones públicas, las prácticas que caracterizan la interpretación de normas y reglamentos, la formación cultural y la demografía del recurso humano, en particular su capacitación, desempeño y desarrollo. En principio, el objetivo ha sido aclarar la relación entre gobernar y administrar, identificar las fijaciones y los supuestos; para luego dirigir las energías hacia lograr un gobierno más ágil, inteligente y responsivo ante la ciudadanía.

Kamarck destaca que los estados altamente industrializados se han concentrado en optimizar sus niveles de eficiencia y aumentar su potencial en la producción, manejo y desarrollo de alta tecnología para reestructurar su funcionamiento administrativo y diversificar los bienes y servicios producidos para el consumo social. Por otro lado, en el caso de los estados en vías de desarrollo, los movimientos públicos se han orientado más bien

hacia construir la capacidad estatal, descentralizar y enfrentar los problemas ético gubernamentales, a través de modelos que incorporan normas, instituciones, procedimientos, y en el mejor de los casos, proyectos de evaluación sobre los objetivos previamente identificados, y que sirvieron de norte en las tareas de reforma.

Kamarck explora la diferencia en la orientación, y afirma que también es cierto que algunos de los países altamente desarrollados han tenido y tienen el interés de diseñar iniciativas efectivas en contra de sus problemas éticos gubernamentales. Al igual que algunos de los países en vías de desarrollo como México, Colombia y Chile, ya muestran un gran interés por aumentar sus niveles de eficiencia gubernamental mediante la incorporación de los sistemas de información, la producción de conocimiento organizacional y administrativo, y la evaluación de sus políticas públicas. El objetivo, para adelantar su desarrollo gubernamental democrático a través de un mundo globalizado cuyos niveles de competitividad incrementan continuamente.

Kamarck reconoce que en el caso de los estados en vías de desarrollo, el rol desempeñado por los organismos internacionales prestatarios y gestores de desarrollo, fue instrumental en las decisiones que los actores estatales asumieron en esta segunda fase. Un ejemplo de lo cual es que en el mundo en vías de desarrollo esta segunda fase priorizó la reconstrucción del Estado, de manera tal que se viabilizara la continuidad de las nuevas economías de mercado, a los efectos de contribuir a los proyectos de desarrollo que hicieran viable el crecimiento económico en una coyuntura de alta complejidad.

Kamarck también destaca las iniciativas de los bancos dedicados al desarrollo; dado que éstos establecieron como prioridad determinar los niveles de gobernabilidad de las unidades políticas, como parte de su evaluación para conceder acceso a los fondos. Evidencia de esto es que las instituciones internacionales dedicadas al desarrollo diseñaron programas dirigidos a la asistencia de los estados interesados en aumentar su capacidad; práctica que continúa intensificándose en la actualidad, como una medida para apoyar el funcionamiento de la gestión pública al nivel de las localidades. Kamarck valora el componente internacional de la iniciativa, porque adelanta operacionalmente la relevancia de un modelo de desarrollo estructural para el Estado.

Sin embargo, es legítimo destacar que reducir estructuralmente los proyectos de desarrollo al costo de la gestión gubernamental, aunque es un ejercicio importante y necesario, es insuficiente en sí

mismo. Los proyectos de desarrollo incorporan áreas delicadas, que si bien incluyen la capacidad, el alcance y el funcionamiento de la gestión pública, no se reducen a ésta. Los modelos de desarrollo económico contemporáneo deben incluir el progreso de la autoestima y la confianza de las poblaciones, el acceso y la administración de la salud, el aumento de los niveles educativos vigentes, la profundidad y la diversidad profesional, el acceso y el manejo de la tecnología, la capacidad y el alcance laboral, la consistencia y la calidad en la producción.

Ciertamente, los modelos de desarrollo requieren identificar y contestar interrogantes difíciles, que exigen conocer con anterioridad cuales son las posibilidades de las poblaciones y los territorios específicos, ante las condiciones actuales y los procesos y las contingencias que se avecinan en el futuro global. Particularmente, el desarrollo contemporáneo exige que los gestores públicos puedan contar con marcos de referencia sumamente actualizados, que les permitan actuar razonablemente en procesos globales cuyas fluctuaciones, imponderables y contingencias parecen aumentar en vez de disminuir con el transcurrir del siglo. ¿Cuáles son las prioridades estatales ante dinámicas globales tan intensas y variadas?

El Estado, el comercio interestatal y el desarrollo económico

Los criterios directivos en materia de desarrollo han cambiado significativamente (Cooper, 2005: 1-6). En las décadas de los años 50 y 60, la prioridad se centraba en la planificación gubernamental; en los setenta, los énfasis giran en torno a la interpretación de las ideas y los conceptos que provienen de los mercados. Desde entonces, se ha priorizado el rol central de la disciplina fiscal, en el contexto de la liberalización del mercado, que incorpora la privatización y la necesidad de asegurar los derechos sobre la propiedad para garantizar que los inversionistas globales mantengan niveles óptimos de seguridad sobre el control de sus finanzas y productos. Recientemente, se incorpora en los modelos la calidad de las instituciones, los bancos centrales independientes, las redes de seguridad social y la lucha contra la pobreza y las deficiencias ético gubernamentales (Risse, 2003: 31).

Sin embargo, dicho modelo está en discusión. Se analiza el andamiaje normativo que organiza el intercambio comercial interestatal, a los efectos de identificar las asimetrías en el acceso a los mercados, cuestionándose la influencia determinante del poder económico en las relaciones comerciales, y los dobles estándares

que bifurcan el potencial de igualdad entre los estados ricos y los estados pobres. Se ha sugerido que éstas son prácticas que limitan el adelanto del principio de equidad en las relaciones del comercio interestatal contemporáneo; pero que pueden ser superadas mediante la incorporación de perspectivas que no se reducen al poder económico, para construir relaciones comerciales basadas en los principios (Stiglitz & Charlton, 2006; Miles 2006).

En la actualidad, el crecimiento económico de los países en vías de desarrollo incluye debates en torno a los roles de los mercados, el momento oportuno para su apertura e integración, y el rol que debe jugar la autogestión en el diseño de los proyectos (Fréchette, 2003). Surgen planteamientos sobre la relación entre la transición a la democracia y los efectos que genera en los procesos económicos de cada unidad política (Rodrik & Romain, 2005: 3-5). Inclusive, se cuestiona expresamente si la transición a la democracia puede generar resultados económicos adversos; y se subraya que cada unidad tiene características particulares que deben conocerse detenidamente por los gestores públicos, a los efectos de lograr organizar la toma de decisiones en función de las contingencias que habrán de ocurrir en las correlaciones entre los procesos globales y locales. Se discute la relación entre la democracia y el desarrollo, y las funciones del Estado al incentivar, organizar y sostener el desarrollo económico (Hausman, 2006; Rodrik, 2006; Summers, 2003); y se establece la necesidad de dirimir cuestiones centrales como el manejo del valor de la moneda, el nivel de los salarios, la participación y reglamentación de los sectores bancarios, y el rol de los bancos gubernamentales en los proyectos de desarrollo. Asumir esas decisiones conlleva el diseño de políticas que determinen la actividad e integración económica para aumentar los estándares de vida, mediante iniciativas democráticas que generen responsabilidad pública ante los constituyentes, en el contexto del Estado (Rodrik, 2002: 1).

Se argumenta, que el crecimiento económico no siempre ha producido los beneficios anticipados; la economía de mercado no es una variable independiente capaz de garantizar automáticamente el crecimiento deseado, en el marco de criterios de justicia social y eficiencia económica (Stiglitz, 2005: 128-129). Stiglitz ha evaluado críticamente la globalización (2002: 25-40). En su análisis, las políticas que adelantan el proyecto, no calculan adecuadamente la sensibilidad del comportamiento de los mercados en la esfera pública. El autor destaca los descontentos económicos, políticos, sociales y culturales que se difunden a nivel

mundial debido a la falta de representación y participación en los bienes producidos por la globalización económica. Aunque postula que el mercado libre es la alternativa a seguir, levanta serias interrogantes sobre el potencial de equidad del cual es capaz un mercado global; y subraya la necesidad de revisar el sistema financiero global, que incluye, pero no se reduce a la revisión de la deuda de los países en vías de desarrollo (Stiglitz, 2003).

En los debates continuamente se destaca la necesidad de que se organice el fenómeno de la globalización a través de políticas públicas efectivas, atemperadas a las condiciones reales de las unidades políticas (Rodrik, 2003). El proceso de formación de dichas políticas conlleva formular y atender problemas de gran profundidad y largo alcance, atinentes a la visión, capacidad y los roles del Estado mismo, que entre otras variables incluye su grado de intervención con los mercados y la calidad de su gestión pública para con la población.

La investigación en materia de la economía política que influye en las políticas de desarrollo durante las últimas tres décadas, permite aclarar dinámicas e interrogantes que los gobiernos experimentan en este ámbito operacional. Entre otros, se destacan la calidad de las determinaciones de los gestores públicos, el rol de las ideas y el liderazgo en los procesos de cambio, los objetivos de las nuevas instituciones y la capacidad de éstas para evolucionar, a los efectos de lograr la profundidad organizacional necesaria para el manejo de las políticas públicas que exigen las localidades y el mundo contemporáneo (Grindle, 1999: 1-2).

IV. Conclusión: los ethos de inclusión y el Estado.

El desarrollo de un mundo en vías de globalización involucra la estabilidad y el bienestar de poblaciones que experimentan una realidad global interdependiente. Poblaciones así conectadas, deben atenderse mediante el diseño de políticas que interpreten la localidad, a través de los entornos y procesos globales en curso. Desde luego, la creación de dichas iniciativas exige que se tomen decisiones en escenarios multidimensionales, heterogéneos y cambiantes. Podría conjeturarse que las decisiones más difíciles están en los bordes, en los límites operacionales –mentales y territoriales- que continúan sirviendo de referencia para dirimir y organizar una realidad geográfica mundial profundamente distinta, y que suele provocar tensión, debido a las transformaciones que le corresponde dirimir a las localidades y a la comunidad global.

A menudo, actuar en escenarios públicos significativamente influenciados por intangibles, puede reproducir incongruencias, en la manera en que los gestores públicos imaginan los escenarios, generan información y la asimilan, a los efectos de producir las decisiones que les corresponden. Dudamos que existan incongruencias más vulnerables que aquellas que impiden que las poblaciones logren actuar inclusiva e inteligentemente a través de las necesidades y exigencias públicas locales/globales que les conciernen. El diseño de políticas en la actualidad requiere de protagonistas que estén dispuestos a revisar las referencias que influyen sus libretos y dirigen sus interpretaciones, reconocer los nuevos intérpretes y proyectarse en escenarios altamente competitivos, en los cuales las experiencias y los supuestos previos, bien podrían resultar ser insuficientes si obvian adquirir los conocimientos que exigen los eventos dinámicos de la actualidad.

Urgen actores protagónicos involucrados en la creación e instrumentación local de estándares públicos legítimos, que contribuyan al desarrollo de una esfera pública democrática global, adaptada a los grados de dificultad de problemas interrelacionados e interdependientes. Por otra parte, los gestores públicos no solo enfrentan los problemas en el plano individual y grupal, también los enfrentan institucionalmente. De ahí que los problemas provoquen interrogantes que dirigen la atención hacia la necesidad de evaluar detenidamente la situación real de los estados en la actualidad, para auscultar sus diferencias, precisar su capacidad real, y evaluar la manera en que se organiza para generar las políticas que deben dirigir y sostener competitivamente a las poblaciones en el plano mundial.

Ciertamente, es necesario que los estados incorporen prioritariamente la participación de la sociedad civil en las decisiones sobre las áreas públicas. Esclarecer, optar e integrar sectores, conocimiento, problemas y alternativas, contribuye a optimizar el nivel de gobernabilidad de los gobiernos democráticos; la exclusión es un indicador de vulnerabilidad. Robinson (2002: 4), al tratar el tema de la ética de la globalización, cita acertadamente al Ex Secretario de las Naciones Unidas Kofi Anan.

> Whether it is the area of crime, health, the environment or the fight against terrorism, interdependence has ceased to be an abstract concept. This poses a real challenge, not only to political leaders, but to civil society, non-governmental

> organizations, businesses, labor unions, thinkers and citizens of every nation. We need to rethink what belonging means, and what community means, in order to be able to embrace the fate of distant peoples, and realize that globalization's glass house must be open to all.

Las tendencias de la experiencia democrática mundial contemporánea, subrayan la participación amplia en el ámbito público. Se enfatiza que el gobierno, los actores económicos, los grupos de intereses, la sociedad en general, determinan la construcción y transformación de la esfera pública local y global (Held, 2005: 15). Sin embargo, la amplitud de la participación no garantiza la equidad, porque las experiencias económicas, políticas y sociales de las poblaciones del mundo revelan grandes diferencias y contradicciones.

Los estados tienen un rol importante que desempeñar en las decisiones estratégicas que habrán de conformar los objetivos más sociales de la democracia, con las necesidades en materia de desarrollo económico de las poblaciones. Y para ello, a partir del desarrollo de las poblaciones mismas, tendrán que generar y sostener una interpretación competitiva y visionaria sobre los procesos de transformación mundial. La interrogante sobre si la legitimidad del contenido y la práctica de esas interpretaciones serán finalmente dirimidas democráticamente en el plano global; he ahí un asunto que determinará la formación de la historia de la democracia del siglo XXI.

REFERENCIAS

Addison, Tony and Rahman, Aminur. (2003, October). Capacities to Globalize: Why Are Some Countries More Globalize than Others? Paper presented at a conference on Globalization and Social Stress, in Warsaw, organized by the TIGER at the Yale University Center for International and Area Studies.

Aman, Alfred, C. 2004. *The Democracy Deficit, Taming Globalization Through Law Reform*. New York and London: New York University Press.

Arystanbekova, A. 2004. "Globalization: Objective Logic and New Challenges". *International Affairs* 50, No. 4:7-15.

Berger, Peter L. 2002. Introduction: The Cultural Dynamics of Globalization. En Berger, Peter L. y Huntington, Samuel P. (Eds.), *Many Globalizations, Cultural Diversity in the Contemporary World*, (1-20). New York: Oxford University Press.

Blake, Michael and Risse, Mathias. 2006. Is There a Human Right to Free Movement? Immigration and Original Ownership of the Earth. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (April, Working Paper 06-012).

Bloom, David E. and Canning, David. 2005. Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence. Stanford University, Center on Democracy, Development, and the Rule of Law, Institute on International Studies, (February, Working Paper, No. 42).

Bradbury, Jonathan. 2003. Civil Rights. En Mclean, Ian y Mcmillan, Alistair (Eds.), *The Concise Oxford Dictionary of Politics*, (78-80). New York: Oxford University Press.

Burnell, Peter. 2003. Development. En Mclean, Ian y Mcmillan, Alistair (Eds.), *The Concise Oxford Dictionary of Politics*, (148-149). New York: Oxford University Press.

Clark, Paul, Crutzen, Paul J. and Schellnhuber, Hans J. 2005. Science for Global Sustainability: Toward a New Paradigm. Center for International Development at Harvard University, (March, CID Working Paper No. 120).

Claval, Paul. 2001. Identity and Politics in a Globalising World. En Gertjan Dijkink y Hans Knippenberg (Eds.), *The Territorial Factor, Political Geography in a Globalizing World*, (31-48). Amsterdam: Vossiuspers UVA.

Clément, Caty. 2005. The Nuts and Bolts of State Collapse. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (Working Paper 2005-32).

Coggins, Richard. 2003. Decolonization. En Mclean, Ian y Mcmillan, Alistair (Eds.), *The Concise Oxford Dictionary of Politics*, (136-137). New York: Oxford University Press.

Cooper, Richard N. 2005. A Half-Century of Development. Harvard University, Center for International Development, (March, Working Paper No. 118).

Davis, James R. and Hirji, Rafik. 2005. "The Myth of Water Wars". *Georgetown Journal of International Affairs,* Winter/Spring, Vol. VI, No. 1:115-124. Washington, DC: Edmund A. Walsh School of Foreign Service.

Diamond, Larry and Morlino, Leonardo. 2004. The Quality of Democracy. Stanford University, Center on Democracy, Development, and the Rule of Law, Institute on International Studies, (September, Working Paper, No. 20).

Dijkink, Gertjan and Hans Knippenberg. 2001. The Territorial Factor: an Introduction. En Gertjan Dijkink y Hans (Eds.), *The Territorial Factor, Political Geography in a Globalizing World*, (11-26). Amsterdam: Vossiuspers UVA.

Eisenberg, Jeffrey. 2004. "Ethics, Morality & Globalization". *A World Connected.* www.aworldconnected.org/article. Retirado el 20 de octubre de 2004.

Fréchette, Louise. 2003. "A New Development Agenda: Outlining the Challenges to Development in the 21 st. Century". *Harvard International Review*, Spring.

Fernández, Demetrio. 2005. "La formación de la política pública". *Ethos Gubernamental,* No. 3:3-23.

Freedman, Lawrence. 1981. *The Evolution of Nuclear Strategy.* New York: St. Martin's Press.

Frost, Randall. 2004. "Corporate Social Responsibility and Globalization: A Reassessment". *A World Connected.* www.aworldconnected.org/article. Retirado el 20 de octubre de 2004.

Fukuyama, Francis. 2004. *State Building: Governance and World Order in the 21st Century.* Ithaca, New York: Cornell University Press.

Gilpin, Robert. 1987. *The Political Economy of International Relations.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Grindle, Merilee. 1999. In Quest of the Political: The Political Economy of Development Policy Making. Harvard University, Center for International Development, (June, CID Working Paper No. 17).

Grindle, Merilee. 2000. Designing Reforms: Problems, Solutions and Politics. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (November, Working Paper 01-020).

Held, David. 1997. *La democracia y el orden global: del Estado moderno al gobierno cosmopolita.* Barcelona: Paidós.

Held, David, McGrew, Anthony, Goldblatt, David and Perraton, Jonathan. 1999. "What is Globalization? *Global Transformations*. www.polity.co. uk/global/executive.htm. Retirado el 14 de abril de 2005.

Held, David. 2005. "Toward a New Consensus, Answering the Dangers of Globalization". *Harvard International Review*, Vol. 27, No. 2:14-17.

Hausman, Ricardo. 2006. Economic Growth: Shared Beliefs, Share Disappointments? Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (July, Working Paper 06-030).

Hausman, Ricardo and Rodrik, Dani. 2002. Economic Development as Self Discovery. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (March, Working Paper 02-023).

Huang, Hsin and Hsiao, Michael. 2002. Coexistence and Synthesis, Cultural Globalization and Localization in Contemporary Taiwan. En Berger, Peter L. y Huntington, Samuel P. (Eds.), *Many Globalizations, Cultural Diversity in the Contemporary World*, (48-67). New York: Oxford University Press.

Hurrel, Andrew. 2003. Globalization. En Mclean, Ian y Mcmillan, Allistair (Eds.), The Concise Oxford Dictionary of Politics, (222-225). New York: Oxford University Press.

Kamarck, Elaine. 2004. Government Innovation around the World. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (April, Working Paper 04-010).

Keohane, Robert O., Nye, Joseph S. 1998. "Power and Interdependence in the Information Age". *Foreign Affairs*, Vol. 77, No. 5.

Klare, Michael T. 2002. *Resource Wars, the New Landscape of Global Conflict.* New York: Owl Books.

Knox, Paul L., Marston, Sallie A. 1998. *Places and Regions in Global Context, Human Geography*. New Jersey: Prentice Hall.

Kolodko, Grzegorz W. (2003, October). Globalization, Transition, and Development Prospects. Paper presented at a conference on Globalization and Social Stress, in Warsaw, organized by the TIGER at the Yale University Center for International and Area Studies.

Lievesley, Geraldine. 2003. Dependency. En Mclean, Iain y McMillan, Alistair (Eds.), *The Concise Oxford Dictionary of Politics*, (145-146). New York: Oxford University Press.

Mazo, Eugene. 2005. What Causes Democracy? Stanford University, Center on Democracy, Development, and the Rule of Law, Institute on International Studies, (February, Working Paper, No. 38).

McLuhan M. and Flore Q. 2001. *War and Peace in the Global Village*. Corte Madera, California: Ginkgo Press.

Miles, Marc A. 2006. "Trade and Justice". *Harvard International Review*, Vol. 28, No. 2:78-79.

Ocampo, José A. 2004. Globalization, Development and Democracy. *Items and Issues* 5, No. 3.

Ofer, Gur. (2003, October). Globalization and the Welfare State: Developed, Developing and Transition Countries. Paper presented at a conference on Globalization and Social Stress, in Warsaw, organized by the TIGER at the Yale University Center for International and Area Studies.

Patrick, Stwart. 2006. "Weak States and Global Treats: Fact or Fiction?" *The Washington Quarterly* 2, Vol. 29:27-53.

Putzel, James. 2004. The Politics of 'Participation": Civil Society, the State and Development Assistance. Development Research Centre, (January, Discussion Paper)

Putzel, James. 2004. The Political Impact of Globalization and Liberalisation: Evidence Emerging from Crisis States Research. Development Research Centre, (November, Discussion Paper)

Rippon, Matthew J. 2004. "What is Globalization? *A World Connected.* www.aworldconnected.org/article. Retirado el 20 de octubre de 2004.

Risse, Mathias. 2003 (A). What we Owe to the Global Poor: Political Philosophy Meets Development Economics. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (August, Working Paper 03-032).

Risse, Mathias. 2003 (B). Do We Live in an Unjust World? Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (December, Working Paper 03-049).

Risse, Mathias. 2006. What to say about the State. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (February, Working Paper 06-008).

Robinson, Mary. 2002. Building an Ethical Globalization. Coca Cola World Fund Lecture. Oct. 08.

Rodrik, Dani. 2003. Growth Strategies. Harvard University, Bureau for Research in Economic Analysis of Development, (October, Working Paper, No. 050). Working draft for eventual publication in the Handbook of Economic Growth.

Rodrik, Dani and Wacziarg, Romain. 2005. Do Democratic Transitions Produce Bad Economic Outcomes? Stanford University, Center on Democracy, Development, and the Rule of Law, Institute on International Studies, (January, Working Paper, No. 29).

Rodrik, Dani. 2006. "An Interview with Dani Rodrik, Home-Grown Growth Problems and Solutions to Economic Growth". *Harvard International Review*, Vol. 27, No. 4:74-77.

Rosenau, James N. 2003. *Distant Proximities: Dynamics Beyond Globalization.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ruggie, John Gerard. 2004. Reconstituting the Global Public Domain: Issues, Actors and Practices. Harvard University, John F. Kennedy School of Government, (July, Working Paper 04-031).

Sen, Amartya. 2006. Contrary India. *The Economist*, The World in 2006, (51). London.

Shapiro, Ian. 2005. "The State of Democratic Theory: A Replay to James Fishkin". *Critical Review of International Social and Political Philosophy* 8, No. 1:79-83.

Stavrou, Nikolas A., Ndumbe, Julius A., Ewing, Raymond C. 2005 (Special Eds.), People on the Move: The Nature and Scope of a Global Phenomenon. *Mediterranean Quarterly*, Vol. 15, No. 4.

Stiglitz, Joseph E. 2002. *Globalization and its Discontents*. New York: Norton.

Stiglitz, Joseph E. 2003. "Dealing with Debt: How to Reform the Global Financial System". *Harvard International Review*, Spring.

Stiglitz, Joseph E. 2005. The Ethical Economist, Growth may be Everything, but it's Not the Only Thing (Review Essay). *Foreign Affairs*, Vol. 84, No. 6:128-132.

Stiglitz, Joseph E. and Charlton, Andrew. 2006. Fair Trade for All: How Trade can Promote Development. Oxford: Oxford University Press.

Taylor, Peter J. 1994. The State as Container: Territoriality in the Modern World-System, *Progress in Human Geography,* Vol. 18, No. 2:151-162.

Taylor, Peter J. 1995. Beyond Containers: Internationality, Interstateness, Interterritoriality, *Progress in Human Geography,* Vol. 19, No. 1:1-15.

The Institute on Governace. 2002. Governance Principles for Protected Areas in the 21 st. Century. (April, Discussion Paper).

Thompson, John B. 1993. Ideology. En Krieger, Joel (Editor principal), Joseph, William A., Kahler, M., Nzongola-Ntalaja, G., Stallings, B., Weir, M., (Eds.), Paul, James A. (Editor consultor). *The Oxford Companion to the Politics of the World, (409-410)* New York: Oxford University Press.

Thrift, Nigel. 1995. A hyperactive World. En Johnston, R. J., Watts, Michael, J. Geographies of Global Change, 18-35, Oxford: Blackwell Publishers, LTD.

Wallerstein, Immanuel. 1991. *Geopolitics and Geoculture*. Cambridge: University Press.

Weber, Max. 1946. *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Oxford University Press.

DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES

Joxel García fue nombrado Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 1 de agosto de 2003. Como Director Adjunto, el doctor García fue responsable de establecer, junto con la Directora, la dirección y estrategias generales de la Organización, proporcionando liderazgo y asesoramiento en todas las decisiones de política. También fue responsable de mantener relaciones entre la Organización y los gobiernos de los Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico. El doctor García ha sido residente de Connecticut desde 1988 y posteriormente, en 1999, fue nombrado Comisionado del Departamento de Salud Pública de Connecticut. El doctor García goza de reconocimiento nacional como cirujano ginecoobstetra y cuenta con la certificación del Consejo Estadounidense de Ginecología y Obstetricia; asimismo, se desempeñó como Profesor Clínico Asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Connecticut. El doctor García realizó los estudios previos para estudiar la carrera de medicina en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayaguez. Obtuvo el título de médico en la Universidad de Puerto Rico, en Ponce, y el de maestría en administración de empresas en la

Universidad de Hartford, en Connecticut; y realizó la residencia de ginecología y obstetricia en el Hospital Mount Sinai de Hartford. Durante su servicio en OPS, su trabajo se enfatizó en la salud y la globalización, la salud en las zonas fronterizas, y la ética y el liderazgo en materia de salud. Actualmente se desempeña como Senior Vice President y Senior Medical Advisor de Maximus, Inc. en Virginia EEUU. El doctor García nació en Arecibo, Puerto Rico; está casado y tiene dos hijos.

Hiram R. Morales Lugo es egresado de la Universidad de Puerto Rico, donde obtuvo su Bachiller en Artes en Ciencias Sociales con concentración en Relaciones Laborales. Continuó estudios en la Facultad de Derecho de la UPR, en donde obtuvo el grado de *Juris Doctor*. Durante sus años de estudios en Derecho fue autor de los artículos: "Análisis y comentarios en torno a la Ley para la prevención e intervención con la violencia doméstica en Puerto Rico"; y "La rehabilitación del testigo impugnado: una visión general". En 1997, asumió el puesto de Director Ejecutivo de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico (OEG), por un término de 10 años. En 2001, recibió la certificación como Examinador de Fraude de la Asociación de Examinadores de Fraude de Estados Unidos. En ese mismo año, fue designado como miembro del Comité de Expertos en el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana contra la Corrupción. El licenciado Morales Lugo ha participado como expositor en diversos foros internacionales y es parte del grupo de profesores que imparte cursos en el Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético de la OEG.

Jesús E. Nieves Mitaynez hizo sus estudios de bachillerato en Filosofía y Lingüística en el Evangel University de Springfield, Missouri. Continuó estudios graduados en Filosofía Moral y Filosofía Política en la Universidad de Forham, Rose Hill Campus. Es graduado de la Facultad de Derecho de la Universidad de Puerto Rico. En la Escuela de Derecho de la Universidad Laval de Québec, Canadá, continuó estudios graduados en Derecho. Y en la Facultad de Geografía de dicha Universidad cursó estudios doctorales en Geopolítica Regional y Geoestrategia. En el 1999 participó como observador bilateral y conferenciante en las reuniones que el gobierno de Israel y la OLP sostuvieron para reactivar los procesos de Paz, en el Centro de estudios de Paz de la Universidad de Oklahoma en Norman. En octubre de 2000 pasó a ser Ayudante Especial del Director Ejecutivo de la Oficina de Ética Gubernamental, Lcdo. Hiram R. Morales Lugo. Desde agosto de 2001, se desempeña como Director Auxiliar del Área de Asuntos Académicos del Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético, en donde dirige la Revista *Ethos* Gubernamental.

GLOBALIZACIÓN, SALUD PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

INTERNATIONAL AND GLOBAL PUBLIC HEALTH: GOVERNANCE AND ETHICAL ISSUES

George A. O. Alleyne

Introduction

The term global health is very much in vogue at this time, and appears to be replacing international health as the framework within which there is debate about governance and to a lesser extent ethical issues related to the health of populations. This paper will examine the origins of the concerns for international health and the reasons for the new predilection for global health and outline some considerations on its governance and ethics. It is not often appreciated how the thinking and practice in international health has evolved over the years along with changes in the relations between states and the enhanced connectivity in all areas, which are captured in the current concept of globalization.

The history of International Engagement

The history and concerns for international health and international health work have been well described in several reviews, and this paper draws heavily on those by Howard-Jones (1950, 1977, 1978) and Goodman (WHO, 1978). The genesis of modern cooperation among states in health can be traced very directly to the concern for infectious diseases and progressive knowledge about their causation. The plague was one of the first great epidemics recorded in the West, and its effect on the economic and other consequences in Europe were nothing short of catastrophic (Herlihy, 1997). The efforts to prevent plague were very much tied to maritime trade, and the system of quarantine as a preventive measure owed its origin to the need to ensure that vessels entering a port were not carriers of infectious diseases. It is of interest that those nations which were least enthusiastic about quarantine based their objections on the fact that such measures served to slow and impede trade. Howard-Jones (1950) cites a British report on quarantine of 1849, which pointed out that "the only real security against epidemic disease is an abundant and constant supply of pure air". Another citation makes the point more directly.

> [;] it is a disputed point whether the plague is even contagious; and the mass of evidence is in favor of its being so occasionally, but that the plague is usually not propagated in this manner. The disappearance of this pest from our own and most other countries of Europe is undoubtedly owing to the much greater attention paid to drainage, ventilation, and the prevention of the accumulation of filth in the streets, etc. When the peculiar atmospheric conditions upon which its diffusion depends are present, quarantine has proved insufficient to prevent its propagation.

Given Britain's position in the world, its dominance in world shipping and its mercantilist posture, this view is not surprising.

Epidemics of cholera, originating in Asia, replaced the plague as the infectious disease of major concern in the latter part of the nineteenth century, and although Koch demonstrated the bacterial basis for cholera in 1884, it took decades before this information could influence the efforts at cooperation to control the disease. In the face of repeated epidemics of cholera and growing apprehension about the difficulty in containing them, the major powers began to meet in conferences to discuss the possibility of collaborative action to reduce the threat of epidemic disease. The history of the International Sanitary Conferences, the first of which was held in Paris in 1851, has been very well described (Goodman, 1971 ; Howard Jones, 1977 ; 1978). They were convened to discuss action by nations to control disease, but it took seven such gatherings before an International Sanitary Convention was signed and it was not until 1903 that the world saw a Convention that introduced some uniformity of approach among the participating nations against the importation of plague and cholera. The agreement over the Sanitary Convention led naturally to the consideration of a permanent body to coordinate the international health work needed.

International Health Organizations

The first of these bodies was the Office International d'Hygiene Publique (OIHP) headquartered in Paris with the prime initial orientation towards systematizing and collating the outputs of the succeeding Sanitary Conventions which eventually came to include typhus and yellow fever as diseases of concern internationally. A separate international health organization was established after World War I under the aegis of the League of Nations. It is a salutary lesson in international power politics to review the

machinations that prevented the logical formation of a single body. For example, the United States was not a member of the League of Nations, but instead was one of the most vocal and effective opponents to establishing a single coordinating body (Goodman, 1971). It is important to realize that the work of these bodies was essentially informational, to report on the presence of disease and advise countries on measures to be taken.

The work of the Rockefeller Foundation's International Health Division, established in 1913, and that of the League of Red Cross Societies, established in 1919, are often cited as examples of international work by non governmental organizations. There is no doubt that their work had a very positive effect on the health of people in many countries. The work of the Rockefeller Foundation in yellow fever in Perú, for example was of critical importance, (Cueto, 2001) and its campaign for hookworm eradication in the USA is said to have played a major role in eradicating the "germ of laziness" and contributing to the economic development of that part of the country (Ettling, 1981). However, in spite of the official title given to the work of these organizations, they are not truly international, because they did not involve any cooperative actions between nations.

After the end of World War II the World Health Organization was formed as a single body responsible for coordinating international health work and it was agreed that it would incorporate the work and mandates of the existing international health organizations. This brief historical overview would not be complete without pointing out that the countries of the Americas had formed their international health coordinating body as early as 1902, the Pan American Sanitary Organization with the explicit objective of coordinating the collection of information and the systematization of practices to prevent the spread of infectious disease in the Americas (Pro Salute Novi Mundi, 1992).

The Three phases of International Health Work

If we restrict our analysis to a period that begins with the twentieth century, the period up until the formation of the World Health Organization can be regarded as the first phase of the growth of interest in international health and the development of any semblance of collaborative international health work. The most important characteristic of this phase is that it represented the effort to control infectious diseases "at the border" (Arhin-Tenkorang, 2003) of the individual countries. All the actions,

beginning with quarantine, were to prevent ingress of disease or prevent diseases from leaving the infected area. This latter was accomplished by standards for inspection of ports to ensure that ships did not become infected or infested there. It has been pointed out that given the relative prevalence of disease in the rich and poor countries, the focus was on preventing the diseases of the poor from affecting the rich. Aginam refers to this as the age of isolationism where the developed world viewed the developing world as a reservoir of pestilence and disease. *"The real politic of nineteenth century public health diplomacy driven by international sanitary conferences was the desire to protect civilized Europe from exotic diseases and pathogens that emanated from the uncivilized non-European societies"* (Aginam, 2004).

The second characteristic was the utilitarian one. The prevention of disease was important not only in terms of the human condition, but also for trade and commerce. Indeed, the Pan American Sanitary Code of 1924, which is the formal treaty that sustains the current Pan American Health Organization, states specifically that its rationale is:

> The standardization of the measures employed at places of entry, for the prevention of the introduction and spread of the communicable diseases of man, so that greater protection against them shall be achieved and unnecessary hindrance to international commerce and communication eliminated (Pan American Sanitary Code, 2002).

The third characteristic of this phase is that any health concerns were for those of the individual countries. There was no explicit interest in the health of people globally and therefore the cooperation did not extend to providing any assistance for systematically improving the health of the poorer and unhealthier people of the world. Finally, this phase of international health is characterized by collective agreements between governments as representing nation states. Indeed the first sets of international sanitary conferences were attended by diplomats and the conventions were seen in the same light as other diplomatic treaties between sovereign governments.

The second phase of international health and international health work began after World War II and extends up to the latter decades of the 20th century. For the first time serious attention was paid to controlling and preventing disease globally and there is discernible international action specifically for this purpose. The driving forces are essentially humanitarian: self interest and

national security. There is clear evidence of nations cooperating among themselves to achieve common ends for instance, the successful eradication of small pox still remains as one of the beacons of international cooperation for a global health effort. The humanitarian aspect was dominant immediately after World War II, in spite of the fact that much of the debate was colored by the Cold War. The declaration of President Truman in his inaugural address in 1949 gives an idea of this focus, where he declared that:

> [w]e must embark on a bold new program for making the benefits of our scientific advances and industrial progress available for the improvement and growth of underdeveloped areas. More than half the people of the world are living in conditions approaching misery. Their food is inadequate. They are victims of disease. Their economic life is primitive and stagnant. Their poverty is a handicap and a threat both to them and to more prosperous areas. For the first time in history, humanity possesses the knowledge and skill to relieve the suffering of these people.

As a part of the post-war euphoria for collaboration among nations, there was a strong belief that genuine international cooperation could successfully address the health problems of the world. This was the phase of increasing recognition of what Aginam (2004) refers to as "mutual vulnerability to disease in a globalizing world". Self interest, however was also evident. A landmark publication by the Institutes of Medicine of the United States set out quite clearly why it was in the interest of that country to address health problems outside its own borders, (Institute of Medicine, 1997), and there was the obvious problem of americans acquiring diseases when they traveled abroad. At its very basic level, widespread disease in the underdeveloped countries could breed discontent and the possibility of social unrest which might spill over into the more developed countries. In addition, unhealthy conditions may be one of the reasons for migration to the more developed and healthier countries. Countries which are unhealthy and poor are usually not considered good markets for the products of healthier ones. According to Walt (2001), states cooperate in health because, although it may prove to be difficult, they recognize the benefit of promoting the international public good that is health. They may also do so because of shortcomings in national health systems which may be strengthened by collaborative action and, finally, although rarely, they may cooperate because of the threat of force. National security has also

come to the fore as a reason for all countries to be interested in health (Alleyne, 1996 & Health and Hemispheric Security, 2002).

The World Health Organization was the unquestioned and unchallenged forum through which countries sought to pool expertise and resources to address health issues. The cooperation through WHO was initially conceived as technical assistance, in that the experts from the various countries employed by WHO give out their expertise in an almost missionary fashion, and the function of the agency and its assistance were the transfer of knowledge and expertise from the developed to the developing world. There was little perception that the work of the agency had major importance in health terms for the developed countries.

The formal relationships between and among states in other fields of course affected their action in health. Panisset (2002) has produced an elegant description of international health as an integral part of international relations and foreign policy. His starting point was the attitude of countries of the Americas to Peru when cholera appeared there in 1992. He describes this second phase of international health as a vindication of the functional theory of politics as espoused by Mitrany, one of the doyens of internationalism. Mitrany was more interested in international politics, but his functionalism is relevant to this phase of international health.

> [t]he major principles of functionalism are that man can be weaned away from his loyalty to the nation state by the experience of fruitful international cooperation; that international organization arranged according to the requirements of the task could increase welfare rewards to individuals beyond the level obtainable within the state; that the rewards would be greater if the organization worked where necessary, across national frontiers, which very frequently cut into the organization's ideal working space (Mitrany, 1875).

The third phase of international health work, which started in the latter decades of the twentieth century and extends up to the present, is characterized not so much by a change in the intent of the work, but rather by a fundamental change in the number of actors involved and the plurality of organizations trying to improve health globally. Concern for health is still driven by an appreciation of collective risk, which has been accentuated by globalization. The rapid spread of information in itself contributes to some of the "modern" diseases and there is an ubiquity of vectors of disease that include humans, food and animals; concerns about this may be

seen in the preparations being made globally to confront the possibility of an epidemic of avian flu. Although the focus may be clouded sometimes, altruism and humanitarian concerns still drive some collective action for health.

It is in this third phase that we have seen a shift, with global health tending to replace the notion of international health more frequently, although there should be no confusion about these two substantially different concepts. It is not pedantic or semantic to insist that health is a state of being of people and is addressed individually or in populations which are distributed in some geographical space. One should be able to differentiate between global, national, local and individual health and the commonly used metrics of health reflect these distinctions. International health must imply actions by nations, and the term connotes a specific set of actors. The response to national disasters by collective action of nations is an excellent example of international effort that focuses on a national or sub-national space. International action can focus on a national, a regional or a global health issue. Actions to improve health globally do not necessarily involve cooperation among nations and therefore need not be international. Global health should refer to the state of health of people in the world as a whole, and must have a geographical connotation. Goodman's definition of thirty-five years ago is still the simplest and clearest, (Goodman, 1971) he defined international health as:

> "[a]ny or all of those activities for the prevention, diagnosis or treatment of disease which require the combined consideration and action of more than one country".

He clearly identified country and nation as being synonymous and posited that international health was necessary to improve world health. It has been suggested that the change of terminology with global replacing international was a part of a larger political and historical process that involved a change in the role of WHO and the increasing impact of globalization (Brown, 2006 & Yach 1998). It is still unclear why world health has given way to global health, but perhaps this is simply a preference for grammatical exactitude.

What is perhaps new is the growing appreciation of the fact that the health of the world is everybody's business and not just the concern of the national governments. The health of the world's people is being defined as a global public good and therefore there must be some global architecture for preserving it as such (Chen,

1999). There is the perception that the nation state cannot be the sole actor when so many of the determinants and outcomes of disease depend on influences outside the national boundaries, and it is in that context that concerns about governance arise.

Governance in Global Health

Much of the debate about governance stems from different interpretations of a concept which draws on theories of social science and public policy (Thibault ; Weiss, 2000). Rhodes (1996) for example, identifies six uses of the term, such as "the minimal state", "corporate governance", "the new public management"; "good governance"; "socio-cybernetic systems", and "self-organizing inter-organizational networks"; and proposes that the last "complements markets and hierarchies as governing structures for authoritatively allocating resources and exercising control and coordination".

Governance in this paper has more of a normative focus and is similar to the concept and definition as could be applied to the complex institution of a University (Gayle, Tewarie). It is taken to mean rather simply: "the structure and processes through which decisions get made that allow for the optimal functioning of the institution" and is fundamentally different from government. Effective governance of the institution or system provides the strategies, identifies the priorities and sets out the modalities for achieving the desired outcomes. This is not very distant from the manner in which the World Bank (1994) uses the term:

> Good governance is epitomized by predictable open and enlightened policy making; a bureaucracy imbued with a professional ethos; an executive arm of government accountable for its actions; a strong civil society participating in public affairs; and all behaving under the rule of law.

However, the Commission on Global Governance (1995) defines governance as...

> "governance is the sum of the many ways individuals and institutions, public and private, manage their common affairs".

The complexity of governance increases with the numbers of actors and interests involved, but the essential concept remains the same, that there must be structures and processes through which the whole enterprise must be managed. Thus, the main question is what are structures and processes that operate among and within nations to promote health in some defined geographic space which

in the context of global health will be at the world level. It would also seem to be important to frame governance in such a way as to be able to describe what is good governance as the World Bank has done and what is not. Simply to describe it in terms of a myriad of networks and actors and not to be able to define those characteristics that are amenable to change would seem to be inadequate treatment of the issue. It is of interest that in spite of all the challenges that WHO has faced, it would still seem that any structure that seeks to engage the multiple actors and weave some reasonable web from the numerous networks and players involved in global health, gives that organization a prominent place (Kickbusch, 2000).

The Role of the State

We have perforce to examine the nature of the interaction among nations before considering other actors. Right from the beginning with the formation of the International Sanitary Conventions, it was understood that the agreements were between governments representing nation-states. The preamble to the constitution of the World Health Organization begins:

> "The States parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of peoples, ...".
>
> "The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States".

It is clear that the "parties" to the agreement were nation-states as represented by their official governments. The governance structure of this organization does not admit formal participation and involvement of any entity but governments. To this day there is no recognition of the increased pluralism of actors within the nation state that is advancing rapidly and influencing our understanding of internationalism. The processes through which these international organizations functioned were derived from agreements and resolutions fashioned collectively by governments in various assemblies and translated into their technical work at the level of the country and predominantly, although not exclusively in collaboration with the national authorities. There has been no recognition of the history and subsequent development of the nation-state, nor appreciation that the absolute concentration of

power in the hands of the government as representative of the nation-state is a thing of the past and we are now in a post-Westphalian era. This phenomenon, designated, a "power shift", has been spurred by interconnectedness that has been accelerated by the growth and speed of communications (Matthews, 1997).

The Treaty of Westphalia of 1648 that marked the end of the Thirty Year War saw the dissolution of the Holy Roman Empire, the demise of feudalism in Europe and the appearance of the nation-state as the entity that would exert authority over a geographically defined space. The nation-state represented the form of social organization through which the lives of the defined population were ordered. That state was characterized by having a system of government responsible for protecting the basic rights of its citizens and the state and the government were virtually one and the same thing. But progressively we have seen the steady growth of pluralism within the nation state and although there is still a government as a central actor within the state, there are also several non-government actors which claim legitimacy in contributing to the ordering of the affairs within the nation-state (Drucker, 1999). Essentially those other actors can be classified loosely as the civil society and the private sector. It is not that the nation-state has disappeared, but there are now several legitimate actors within that state in addition to the government. The persistence and present relevance of the nation-state was captured in a famous editorial of the *Economist* (1995), "The nation-state is dead. Long live the nation-state".

But to be fair, cognizance must be taken of the state of the world when the current international system was established. As the Commission on Global Governance (1995) points out.

> When the United Nations system was created, nation-states, some of them imperial powers, were dominant. Faith in the ability of governments to protect citizens and improve their lives was strong. The world was focused on preventing a third world war and avoiding another global depression. Thus the establishment of a set of international, intergovernmental institutions to ensure peace and prosperity was a logical, welcome development.

It is sometimes also forgotten that at that stage the number of nation states was relatively few. In 1945 there were only 48 members of the United Nations, whereas today there are 192 with consequent increase in the complexity of arrangements, given also the wide variation in size and resources among them.

Governance in International Health Organizations

The main issue of governance in relation to both international and global health is the function of all the interested stakeholders in the nation-state, government as well as non-government ones. In the case of international health, in the sense of health activities carried out by collaborative action among nations, the reality is that for the most part they are inter-governmental. The great question for the near future is how their governance in terms of their structures and processes will be altered to incorporate the plurality of actors that claim legitimacy within the state.

The question of governance in global health then devolves into two separate but related issues. First, how will the new pluralism affect the governance of the organizations that have a mandate for the international work necessary to improve health globally? The second is how governance will evolve in a system in which a plurality of actors is involved.

As we have seen, the World Health Organization is still essentially an inter-governmental organization and its structures and processes do not admit of formal action by any beside governments. Its Governing Bodies are comprised of representatives of governments. It is of interest that initially the members of the Executive Board of WHO were supposed to serve in their personal capacities, as if that would remove the influence of government politics. But it has come to be accepted and formalized that the members do represent their governments. The Head of the Organization is elected by a purely political process in which the weight of the diplomatic efforts of a country counts for more than the intrinsic merit of the candidate. One of the major challenges for this organization will be to so redesign itself to take account of the pluralism that is currently being observed in the nation states. Will WHO allow civil society and the private sector into its councils with voice and vote equal to those of the governments? Will the national governments appreciate the anachronism of the current arrangement and so structure their delegations to reflect the contribution of the non-government state actors? It is easy to determine the locus of authority in a government and thus the lawful representative, but what will be the mechanism for ensuring the legitimacy of the other non-government representation? The multi–interest input into what is an international organization may be seen in the International Labor Organization which from its inception has recognized that the name international did not

preclude the participation of actors outside of formal governments in its governing bodies.

Article 1(International Labour) of its constitution states:

> "The Members of the International Labour Organization shall be the States".

Article 3 sets out its composition as follows:

> The meetings of the General Conference of representatives of the Members shall be held from time to time as occasion may require, and at least once in every year. It shall be composed of four representatives of each of the Members, of whom two shall be Government delegates and the two others shall be delegates representing respectively the employers and the workpeople of each of the Members.

Currently there is such a multitude of actors involved in global health that it might be better to follow Frenk and his colleagues and refer to a World Health System (Frenk, 1997). There is a plurality of actors and there is pluralism within those actors as well. There are several agencies of the United Nations beside WHO whose actions affect health globally. Reference is made only to the three main ones although other agencies, such as the Food and Agriculture Organization (FAO) and the United Nations Development Program (UNDP) also carry out activities related to health.

UNICEF. Created by the United Nations General Assembly in 1946 to help children after World War II in Europe, UNICEF was first known as the United Nations International Children's Emergency Fund. In 1953, UNICEF became a permanent part of the United Nations system, its task being to help children living in poverty in developing countries. Its name was shortened to the United Nations Children's Fund, but it retained the acronym "UNICEF," by which it is known to this day. Its governing body consists of representatives of 38 governments.

UNFPA. At the request of the United Nations General Assembly, a modest Trust Fund for Population was established in 1967 to provide training, research and advice in the field of population. In 1969, the fund evolved into the UN Fund for Population Activities. It was officially renamed the United Nations Population Fund (although retaining the acronym UNFPA) in 1987, to reflect its lead role within the UN system: promoting population programmes and coordinating population activities. This agency began with an emphasis on family planning as

important for population control. Its demographic orientation was evident in the series of population conferences that were held. But since 1994 the focus has shifted to sexual and reproductive health with an emphasis on the rights of women in this area. Its executive board comprises government representatives.

UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, is an innovative joint venture of the United Nations family. UNAIDS brings together the efforts and resources of ten UN system organizations to help the world prevent new HIV infections, care for those already infected, and mitigate the impact of the epidemic. Established in 1994 by a resolution of the UN Economic and Social Council and launched in January 1996, UNAIDS is guided by a Programme Coordinating Board with representatives of 22 governments from all geographic regions, the UNAIDS Cosponsors, and five representatives of nongovernmental organizations (NGOs), including associations of people living with HIV/AIDS. UNAIDS is the first of the UN agencies dealing specifically with health that includes other than government members on its main governing body.

Even within the UN system itself, there is no structure that permits or demands cooperation in health. As Williams has pointed out, there may be open competition between the specialized agencies, producing a crisis in the system (Williams, 1987). It is not evident that there has been much improvement in this area and this has contributed to some of the call for reform of the UN and its agencies. Given the fact that some of the heads of these are elected and some appointed by the Secretary-General, it is difficult to mandate cooperation which depends on the good sense and good will of the head of the agency involved. Also, the different source of funding for the various agencies means that there are different constituencies of influence and interest. The prospect for establishing such structures and processes that will lead to effective and efficient collaboration in these UN agencies is not very promising.

Governance in a World Health System

Are the prospects for good governance in the wider "World Health System" any better than among the formal agencies committed to health? As pointed out earlier, there are numerous actors involved in health. There are the governments, private business and civil society and their interaction and international reach have increased as we have witnessed the increase in

globalization. We have referred before to the phenomenon of globalization which as defined by Giddens (1990) is "the intensification of worldwide social relations which link distant localities in such a way that local happenings are shaped by events occurring many miles away and vice versa". This process with its intensification of interconnectedness driven inexorably by communication technology makes health a genuine global issue. Infectious disease was once thought to be the sole or main manifestation of this global interconnectedness, but now we know that some of the major determinants of the noncommunicable diseases are due to global influences. There can be no better example of a global phenomenon affecting noncommunicable disease than tobacco use, or more precisely the promotion of tobacco use by the tobacco industry.

The fact that the transfer of health risks is trans-national and their control is beyond the capacity of a single government has led to the view that the nation–state and its government are impotent to be primary actors in global health, hence the need to seek out and stimulate the growth of other actors. But there is a dilemma. While the risks are transnational and the state cannot control them, yet it is the state that has the authority for corrective action within its borders. As Jamison et al, (1998) put it:

> The authority of the nation state has been undermined by a combination of supranational forces leading to globalization, and by subnational forces leading to fragmentation and new forms of "tribalism". Nevertheless, the political structure of the world is such that sovereignty remains vested in individual nation states-one consequence being that national governments retain principal responsibility for the health of their populations.

There are numerous examples of businesses with global reach; trans-national business enterprises clearly influence health. Business coalitions have been formed to address specific health problems as in the case of HIV/AIDS (Global Business). There have been movements to strengthen global civil society by forming networks of diverse "third sector" actors (De Oliveira, Tendon, 1994).

The concept of what civil society and the non-governmental organizations can do in global health has been changed dramatically over the past 10 years by the Bill and Melinda Gates Foundation with assets of US$29 billion and expenditure on global health in 2005 of US$844 million (Global Health-Bill and Melinda Gates Foundation). This capacity has been enhanced even further by Warren Buffet's gift of US$31 billion and the charge that

US$1.5 billion is to be spent yearly. This Foundation whose global health mission is *"to help ensure that lifesaving advances in health are created and shared with those who need them most"* does indeed have the capacity to make a difference. It's decisions are shaped by enlightened leadership and its board, and its structures and processes have no formal link to any international health structure. Indeed, it is unlikely that any of the formal structures could accommodate an organization of this size.

But in the final analysis, any system of global governance for global health has to recognize the primacy of the nation state and more specifically the government as the primary actor that has the legal and moral authority to address the health problems within its jurisdiction, even though the determinants may be trans-national and the agreements for collaborative action may be international. It is only the government within the nation state that can pull the policy levers necessary for specific action to address many if not all the social determinants of health, even those which owe their genesis to trans-border spread of vectors. The origin of the risk may transcend national borders, but the corrective solution in most cases lies within the nation state. Much of the discussion on the problem of the plurality of agents and the complexity of achieving cooperation and collaboration loses much of its salience if the fundamental principle is observed, that it is the national program that is the focal point and the framework for action in the individual country. This is not to gainsay the fact that in many occasions there are large programs carried on by non-governmental organizations, including organized religion which provide care to populations. The balkanization of countries with different actors assuming responsibility for care or aspects of care has been seen not infrequently. However, this has to be an unsatisfactory situation and its persistence more often than not perpetuates the weakness of the state apparatus which has the legal and moral responsibility of providing the sanitary and social measures needed to ensure health. This does not mean that NGOs should not and cannot contribute to health outcomes at the country level and we have seen in at least one country-Guatemala, governments accepting the fact of plurality of institutions and contracting with NGOs to provide care under specific conditions.

Ethical Issues

No reflection on the health of individuals or global populations, and the responsibility involved, can escape ethical considerations. There would be general agreement that there must be an ethical code for population health as there is one for the individual care of patients by a physician. There is indeed an accepted code of ethics for public health for the American Public Health system (Thomas, 2002). That code embraces such principles as the need to observe human rights, distributive justice and duty as an ethical motivation, but these deal essentially with the actions of individuals who have the responsibility for public health within a country. It is doubtful if this code can be applied to global health.

Singer explores generally the type of global thinking and practice that have ethical dimensions. The essential question is whether individuals who put the welfare of their kith and kin above the welfare of strangers can be induced to accept that there is a moral, ethical responsibility to care for those who are not within their "circle" and those in proximity or those who are alike tend to be the group to which individuals justify themselves. It is difficult for the individual to be anything but utilitarian with respect to health. While theoretically the individuals may accept that there is a great deal of inequality among humankind and all persons have rights to the measures to protect and preserve health, at a practical level, they see this differently. But Singer argues that all human beings should be the basic unit of ethical concern. The question at the global level is what is the mechanism for achieving a situation in which each person's health, regardless of geographical location is valued equally and the reduction of inequities is a matter of policy at a higher level and not of individual volition? This can only be done by international cooperation, which may involve actors other than government intities. As noted before, the problem is the structure to achieve that cooperation. Singer posits the ideal of some form of global government, but quickly puts it aside as being unfeasible because of the complexity and rigidity of any such structure, apart from the reluctance especially of all states, large and small to relinquish any part of their sovereignty.

The operationalization of ethical principles at the global level must involve the question of the allocation of resources to address the determinants of inequalities among states as a matter of social justice. Some of these inequalities are socially determined and others may depend on the inadequacy of the local health systems.

The ability to measure the differences in health status as well as the weight of the determinants, is an essential pre-requisite to any effort to reduce the inequalities within and among countries. Thus, it becomes almost a matter of ethical necessity that systems be established to measure the state of individual and population health. It is unhelpful to report the state of health of countries as simply national averages, as such data hide the differences between groups within the country characterized by their geographical or social location and therefore make it impossible to show where the inequities lie or craft measures to address them. The approach to measurement of health thus has an ethical dimension and should not be grounded in the utilitarian approach which sees improvement of the average as being the goal to be achieved.

The efforts to improve health globally must include consideration of the research that is necessary. Much of the improvement of the recent past in developing countries has been due to the diffusion of the information and technology that has been derived from research, most of which has been carried out in the developed world (Jamison, Sandbu, Wang). Genuine international cooperation in health does take place as was the case for the sequencing of the human genome. However, most of the health research that is called international, as with many things in health called international are really "extra-national" and relate to activities carried out in developing countries by actors from developed countries.

Bhutta (2002) has outlined from the perspective of the developing world many of the ethical aspects of this "international" research which have come under increasing scrutiny recently, particularly with regard to the trials of anti-retroviral drugs in developing countries (Angell, 1997). As Bhutta points out, much of the controversy stems for the fact that some wish to see the issue solely in terms of guidelines and regulations and are not sensitive to the complexities involved in community participation and the prior and subsequent standards of care. The health research should not only focus on producing specific answers to questions, but also be concerned with the issue of equity and the extent to which the research and its results will result in reducing the inequities that are so evident. The ideal should be a partnership between the developing and developed country researchers which is based on mutual trust and decision making, national ownership, the early planning to translate findings into policy and practice and the commitment to develop local capacity in research (Costello, 2000).

Conclusions

Global health connotes the health of the world's people, and it can best be assured by collective international effort. The governance of that effort remains a challenge, especially in our highly interconnected world, but the best hope of efficient organization of the system lies in the international health organization, representing the collective will and effort of the nation-states in their post-Westphalian pluralist configuration. A recent paper from the UK Department for International Development argues for reform of the international development system if governance is going to work for the poor (UKDID, 2006).

> Effective international organizations are needed now more than ever to balance competing national interests and find solutions to problems that cannot be solved by individual countries alone. Only by working multilaterally will it be possible to: act when states fail to protect their people; enforce rules-based trade; tackle epidemics like AIDS or Avian flu that threaten us all; and manage the climate, forests, fisheries and water we all share. There is no alternative. Without an effective international system, the world would be a more unequal, dangerous and divided place.

REFERENCES

Aginam, O. 2004. Between isolationism and mutual vulnerability: a south-north perspective on global governance of epidemics in an age of globalization. Temple Law Review, 77; 297-312.

Alleyne, G.A.O. 1996. Health and National Security, Bulletin of the Pan American Health Organization.30; 158-163.

Angell, M. 1997. The Ethics of Clinical Research in the Third World, New England Journal of Medicine, 337; 847-849.

Arhin-Tenkoran G, D. Conceicao, P. Beyond communicable disease control: health in the age of globalization. Eds Kaul, I. Conceicao,P. Le Goulven, K. Mendoza, RU. 2003. Providing Global Public Goods. Managing Globalization, Published for UNDP. Oxford University Press, New York, Oxford.

Bhutta, ZA. 2002. Ethics in international health research: a perspective from the developing world, Bulletin of the World Health Organization, 80; 114-120.

Brown, TM. Cueto, M. Fee, E. 2006. The World Health Organization and the transition from International to Global Public Health, American Journal of Public Health, 96: 62-71.

Chen, L C. Evans, TG. Cash, RA. "Health as a global public good" in Kaul I, Grunberg I, Stern MA.eds., Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century. 1999. Oxford University Press: New York.

Commission on Global Governance, Our Global Neighbourhood. 1995. (Oxford University Press, Oxford).

Costello, A. Zumla, A. 2000. Moving to Research Partnerships in Developing Countries. British Medical Journal, 321:827-829.

Cueto, M. 2001. Sanitation from above: The Rockfeller Foundation and Yellow Fever in The return of epidemics. Health and Society in Peru during the Twentieth Century. Ashgate, Aldershot, Burlington USA. Singapore. Sydney.

De Oliveira, D. M. Tendon, R. 1994. Citizens Strengthening Global Civil Society. CIVICUS, World Alliance for Citizen Participation.

Drucker, PF. 1999. The New Pluralism. Leader to Leader No. 14, Fall. http://www.pfdf.org/leaderbooks/121/fall99/new-pluralism.html

Eliminating world poverty: Making Governance Work for the Poor. White Paper on International Development. 2006. Department for International Development DFID UK July http://www.dfid.gov.uk/wp2006/default.asp.

Ettling, J. 1981. The Germ of Laziness, Rockfeller philanthropy and public Health in the New South, Cambridge Mass, and London, Harvard University Press.

Frenk, J. Sepulveda, J. Gomez-Dantes, O. McGuiness,. MJ. Knaul, F. 1997. The Future of World Health: the New World Order and International Health. British Medical Journal, 314: 1404-1408.

Gayle, D J, Tewarie, B, White, AQ. Governance in the Twenty-First Century University, Approaches to Effective Leadership and Strategic Management. ASHE-ERIC Higher Education report: Volume 30, 1. Adrianna J.Kezar, Series editor.

Giddens, A. 1990. The Consequences of Modernity, Stanford University Press, Stanford, California.

Global Business Coalition on HIV/AIDS. http://www.businessfightsaids.org.

Global Health-Bill and Melinda Gates Foundation http//www.gatesfoundation. com/GlobalHealth

Goodman, N M. 1971. International Health Organizations and Their Work. Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, and London

Health and Hemispheric Security. 2002. Pan American Health Organization Washington, DC, November.

Herlihy, D. 1997. The Black Death and the transformation of the West, Harvard University Press Cambridge Mass. and London, England.

Howard-Jones, N. 1950. Origins of International Health Work. British Medical Journal; XX; 1032-1037.

Howard-Jones, N. 1977. International Public Health: The Organizational Problems Between the Two World Wars (1) WHO Chronicle, 31:391-403.

Howard-Jones, N. 1977. ditto(2) WHO Chronicle,; 31: 449-460.

Howard-Jones, N. 1978. ditto (3) WHO Chronicle,; 32:26-38.

Howard-Jones, N. ditto (4) WHO Chronicle,; 32:63-75.

Howard-Jones, N. 1978. ditto –Epilogue WHO Chronicle, 1978;32:156-166

Howard-Jones, N. International Labor Organization Constitution. http:// www.ilo.org/public/english/about/iloconst.htm

Institute of Medicine. 1997. America's Vital Interest in Global Health. Washington: National Academy Press.

Jamison, DJ. Frenk, J. Knaul, F. 1998. International collective action in health: objectives, functions and rationale. The Lancet.;351: 514-517

Jamison, DT. Sandbu, M. Wang, J. "Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries"? Working Paper 21. Disease Control Priorities Project. Bethesda, MD.

Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health-Accountability Intact? Social Science and Medicine, 51:979-989.

Matthews, JT. 1997. Power Shift. Foreign Affairs, 76; 50-66.

Mitrany, D. 1975. The Functional Theory of Politics. Martin Robertson & Company Ltd. London.

Pan American Sanitary Code. 2002. Basic Documents of the Pan American Health Organization.

Panisset, UB. 2000. International Health Statecraft, Foreign Policy and Public Health in Peru's Cholera Epidemic. University Press of America, Inc. Lanham, New York, Oxford.

Pro alute Novi Mundi. 1992. A History of the Pan American Health Organization. Pan American Health Organization.

Rhodes, RAW. 1996. The New Governance: Governing without government. Political Studies, 44; 652-667.

Siddiqi J. 1995. World Health and World Politics. The World Health Organization and the UN system.. University of South Carolina Press.

Singer, P. One world: The ethics of globalization. Yale University Press. New Haven & London.

The Economist. 1995-1996: "The Nation-State is dead. Long live the Nation-State". 337 (7946); 15-18.

Thibault, JF. As if the world were a virtual polity: the political philosophy of global governance. http//www: the global site.ac.uk/press/108thibault.htm

Thomas, JC. Sage, M. Dillenberg, J. Guillory, JV. 2002. "A Code of Ethics for Public Health" American Journal of Public Health; 92:1057-1059.

Truman, Harry S. 1949. Inaugural Address, January. ttp:////www.bartleby.com/124/pres53.html

Walt, G. 2001. "Global Cooperation in International Public Health" in Eds. Merson, M H. Black, RE. Mills, A J. International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies. An Aspen publication. Aspen publishers, Inc. Gaithersberg, Maryland.

Weiss, TG. 2000. Governance, Good Governance, and Global Governance: Conceptual and Actual Challenges. Third World Quarterly, 21; 795-814.

World Bank. 1994. Governance: the World Bank's Experience. Washington, DC.

Williams, D. 1987. The Specialized agencies and the United Nations. The System in Crisis St. Martin's Press, New York

Yach, D. Bettcher, D. 1998. The globalization of public health, I, Threats and opportunities. American Journal of Public Health,.88; 735-738.

Yach, D. Bettcher, D. 1998. The globalization of public health II: The Convergence of Self-Interest and Altruism. American Journal of Public Health, 88; 738-741.

ABOUT THE AUTHOR

George Alleyne, OCC, M.D., F.R.C.P., F.A.C.P. (Hon), DSc (Hon), a native of Barbados, became Director of the Pan American Sanitary Bureau (PASB), Regional Office of the World Health Organization (WHO) on 1 February 1995 and completed a second four-year term on 31 January 2003. In 2003 he was elected Director Emeritus of the PASB. In February 2003, Mr. Kofi Annan, the Secretary General of the United Nations appointed him as his Special Envoy for HIV/AIDS in the Caribbean. In October 2003 he was appointed Chancellor of the University of the West Indies. He currently holds an Adjunct professorship on the Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University. Has received numerous awards in recognition of his work, including: prestigious decorations and national honors from many countries of the Americas. In 2001, he was awarded the Order of the Caribbean Community, the highest honor that can be conferred on a Caribbean national.

GLOBALIZACIÓN Y SALUD: RETOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN UN MUNDO INTERDEPENDIENTE*

Julio Frenk

Octavio Gómez-Dantés

El desplazamiento de los asuntos humanos del marco restringido de la nación-estado al vasto escenario del planeta Tierra está afectando no solo el comercio, las finanzas, la ciencia, el medio ambiente, el crimen y el terrorismo; también está influyendo en la salud (Valaskakis, 2001). En 1997, un importante informe publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América señaló: "Las distinciones entre los problemas de salud domésticos e internacionales están perdiendo utilidad y en ocasiones generan confusión".[1] Esto se debe a lo que el gran historiador europeo Eric Hobsbawm (1994) denominó la virtual aniquilación del tiempo y la distancia.

No se quiere con esto sugerir que los contactos internacionales intensos son una novedad. Desde tiempos inmemoriales las fuerzas del comercio, la migración, la guerra y la conquista han unido a personas de lugares distantes. Después de todo, la expresión "ciudadano del mundo" fue acuñada por el filósofo Diógenes en el siglo IV antes de nuestra era. Lo novedoso es el ritmo, amplitud y profundidad de la integración. Como nunca antes, las consecuencias de las acciones que suceden en lugares lejanos se manifiestan, literalmente, en las puertas de nuestros hogares.

*Parte de las reflexiones sobre globalización y salud que aquí se presentan se basan, con modificaciones, en el siguiente artículo: Frenk, J. y Gómez-Dantés, O. 2002. Globalization and the Challenges to Health Systems. *Health Affaire* 21, 3:160-165.

El grado de proximidad en nuestro mundo se puede ilustrar con el número de viajeros internacionales, que se triplicó de 1980 a la fecha y hoy asciende a tres millones de personas diarias. Además, hace dos años, el tráfico telefónico alcanzó por primera vez en la historia los 100 mil millones de llamadas (Kearny, 2001). El mismo movimiento anti-globalización se globalizó en 2001 cuando activistas de todo el mundo se reunieron en el primer Foro Social Mundial en Porto Alegre, Brasil. No podemos subestimar las implicaciones de estos cambios para la salud. Además de atender los problemas domésticos, todos los países del mundo tienen ahora que enfrentar la transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud.[2]

El caso más obvio de la desaparición de las fronteras de la salud es la diseminación de enfermedades transmisibles. De nuevo, no se trata de un fenómeno novedoso *per se*. El primer caso documentado de epidemia trasnacional fue la plaga ateniense del 430 de nuestra era. Habiéndose originado probablemente en África, se diseminó en barcos que comerciaban con granos, a través de Persia, a la Grecia antigua (Porter, 1996). La Muerte Negra de 1347, que acabó con una tercera parte de la población europea, fue resultado directo del comercio internacional. En el siglo XVI, la conquista de los imperios azteca e inca constituyó un ejemplo temprano de guerra bacteriológica involuntaria a través de la introducción de la viruela y el sarampión en poblaciones que no se habían expuesto a estos padecimientos. La colonización del Caribe y Brasil casi condujo a la exterminación de las poblaciones indígenas, situación que obligó a la importación de esclavos de África occidental. Este tráfico, a su vez, llevó el paludismo y la fiebre amarilla al Nuevo Mundo, creando desastres adicionales (Porter, 1999). En este intercambio microbiano, es posible que Cristóbal Colón haya llevado una grave enfermedad de las Américas a Europa, la sífilis (Porter, 2004).

Otro ejemplo de la ininterrumpida historia de la transferencia trasnacional de infecciones es la pandemia de cólera de 1829, que se originó en Asia, pasó a Egipto y el Norte de África, entró en Rusia y cruzó a Europa. Tres años después llegó a la costa este de Estados Unidos. Más recientemente, la pandemia de influenza de principios del siglo XX, la mal llamada influenza española, produjo más decesos que la Primera Guerra Mundial.

Como podemos ver, las enfermedades infecciosas tienen un viejo expediente de presencia cosmopolita. Lo novedoso, como se mencionó anteriormente, es la escala de lo que se ha dado en

llamar "tráfico microbiano". El incremento explosivo del comercio y los viajes internacionales produce miles de contactos potencialmente infecciosos, y los *jets* han reducido el tiempo incluso de los viajes intercontinentales más largos, a menos del periodo de incubación de cualquier enfermedad infecciosa humana. Así, el "mosquito tigre", un potente vector del virus del dengue, se introdujo en Estados Unidos en los años ochenta en un cargamento de neumáticos usados provenientes del norte de Asia. De la misma manera, el brote peruano de cólera que se inició en enero de 1991, se convirtió en una epidemia continental en cuestión de semanas.

La tuberculosis es otro problema re-emergente. En el mundo hay alrededor de 9 millones de personas que sufren de esta enfermedad y más de 2 millones mueren por esta causa anualmente. Varias razones explican su regreso; una de ellas es la fragilidad de las personas inmuno-suprimidas. Frecuentemente la tuberculosis es uno de los primeros signos de infección con VIH. Otras variables que influyen en el desarrollo de esta enfermedad son el hacinamiento, la mala nutrición y la falta de atención a la salud, factores todos ellos comunes entre los socialmente marginados.

Las últimas adiciones a la lista de epidemias globales son el síndrome respiratorio agudo severo o SARS y la influenza aviar. Esta última es todavía un peligro regional, pero hay especialistas que anticipan una pandemia de este tipo de influenza (Osterholm, 2005). Al respecto, confrontamos dos grandes retos. En primer lugar, existe la necesidad de diseñar medicamentos más efectivos contra las enfermedades virales en general y, más en específico, contra la influenza. El *oseltamivir*, un inhibidor de neuraminidosa, puede reducir los síntomas y prevenir la transmisión de la gripe, pero sus verdaderos beneficios todavía están por demostrarse. El otro reto es la necesidad de nuevas tecnologías para producir vacunas contra la influenza, más económicas y de manera más rápida. Éste es un reto enorme, dada la demanda que se produciría en caso de una pandemia de esta naturaleza (Garret, 2005). Además, se necesita expandir la capacidad de producción de estas vacunas mediante el fortalecimiento de la infraestructura, la capacitación de los recursos humanos y la transferencia de tecnología a un mayor número de países que los nueve que están en condiciones de producirla.

La aceleración de la diseminación de las enfermedades infecciosas se relaciona con cambios radicales en nuestro ambiente y estilos de vida, lo cual ha llevado a Arno Karlen (1995) a hablar

de una nueva era bio-cultural. En efecto, para complicar aún más las cosas, no son solamente la gente y los microbios los que viajan de un país a otro; también lo hacen las ideas y los estilos de vida. El tabaquismo y la obesidad son los mejores ejemplos de los riesgos a la salud ligados a la globalización que están imponiendo una doble carga a los sistemas de salud en el mundo, complicando aún más las inequidades existentes. De hecho, los problemas que afectan **únicamente** a los pobres, como la malaria, no son los **únicos** problemas de los pobres. Las muertes relacionadas con el consumo de tabaco se están concentrando de manera creciente en los países en vías de desarrollo, que carecen de las estructuras legales y regulatorias para contrarrestar el enorme poder de las corporaciones multinacionales. La única manera de contrarrestar ese poder es acoplando las políticas nacionales con instrumentos globales, como la Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el primer tratado internacional de salud pública. México fue el primer país en firmar dicho tratado en la región de las Américas.

Pero la globalización de la salud va más allá de las enfermedades y los riesgos para incluir también a los productos para la salud. Por mencionar un ejemplo, las regulaciones sobre el acceso a medicamentos que requieren de prescripción en un país pueden ser subvertidas cuando un país vecino permite la compra indiscriminada de antibióticos, estimulando así la aparición de microbios resistentes en ambos países.

Otro desarrollo reciente con implicaciones potenciales para la prescripción irracional de medicamentos y la consecuente diseminación de resistencias microbianas es el creciente comercio de servicios y medicamentos a través de la Internet. El hecho de que no se trata ya de un fenómeno marginal queda demostrado con los esfuerzos recientes de la Organización Mundial de la Salud para controlarlo.[3]

Todos estos son factores contextuales que limitan el impacto final de los productos para la salud, particularmente los medicamentos y las vacunas, ya que, al final del día, todas las innovaciones tecnológicas tienen que proveerse a través de sistemas de salud concretos. Como lo hemos experimentado en el caso de los amargos debates alrededor del acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA, el desarrollo de fármacos efectivos en ausencia de mecanismos adecuados para hacerlos llegar a los pacientes puede crear dilemas éticos y políticos muy serios.

Por fortuna, ésta es una de las áreas en donde la interdependencia ha abierto nuevas avenidas para la acción colectiva internacional. Así, los esfuerzos iniciales de los años noventa por reducir el costo de los medicamentos contra el SIDA generaron resultados muy modestos. Hace unos años, sin embargo, una fuerte movilización internacional persuadió a varias compañías farmacéuticas multinacionales a establecer acuerdos con países en vías de desarrollo para ofrecer descuentos significativos en los precios de los medicamentos. México se benefició de estos acuerdos, y gracias a ello hoy se cuenta en nuestro país con acceso universal a los anti-retrovirales.

Fuerzas relacionadas con la globalización también posibilitaron la organización en 2001 de una Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU dedicada al VIH/SIDA, que aprobó una histórica Declaración de Compromiso. Ésta fue la primera vez en la historia que la Asamblea General dedica una sesión a un tema de salud, lo que subraya el creciente vínculo entre las pandemias como el SIDA, el desarrollo económico y la seguridad global.

La creciente complejidad de los sistemas de salud ha incrementado como nunca el valor de las comparaciones internacionales sobre este particular. Dado el enorme impacto económico y social de las decisiones de política, los países se pueden beneficiar de un proceso de aprendizaje compartido. Éste es el significado del esfuerzo que llevó a cabo en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud para evaluar el desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo.[4] El análisis comparativo tiene el potencial de promover la diseminación internacional de las mejores prácticas existentes.

Este tipo de bienes públicos globales relacionados con el conocimiento será clave para alcanzar mejoras adicionales en la salud.[5] De hecho, ahora sabemos que la mayor parte de los progresos en salud que se produjeron en el siglo XX pueden atribuirse al avance del conocimiento, a través de tres mecanismos. En primer lugar, el conocimiento genera nuevas y mejores tecnologías para el desarrollo de medicamentos, vacunas y procedimientos diagnósticos. En segundo lugar, el conocimiento científico, al ser interiorizado por las personas, estructura su comportamiento cotidiano en asuntos tan importantes como la higiene personal, los hábitos alimenticios, la sexualidad y la crianza de los niños. De esta manera el conocimiento ayuda a que las personas modifiquen sus estilos de vida para el beneficio de su salud. En tercer lugar, el conocimiento puede mejorar la toma de

decisiones de los gobiernos, tanto en la prestación de los servicios de salud como en la formulación de las políticas públicas.

Cada uno de estos mecanismos se ve limitado por una serie de brechas que debemos superar. Por lo que se refiere al uso del conocimiento para generar nuevas soluciones, nuestro principal reto es enfrentar "la brecha 10/90", que implica que apenas 10% de los recursos globales para la investigación en salud se destinan a los problemas que afectan a 90% de la población mundial. Por lo que toca al uso del conocimiento para mejorar los estilos de vida, el reto consiste en ampliar el acceso a él por parte de todas las personas, particularmente las más pobres. Democratizar el conocimiento es esencial para que las personas desarrollen el poder de enfrentar los riesgos añejos y emergentes. Este poder les permite asimismo ser usuarios informados de los servicios de salud y ciudadanos exigentes de sus derechos. Finalmente, la tercera brecha se refiere a la distancia que aún separa el conocer y el hacer, debido a una deficiente traducción de la investigación en decisiones para la acción inmediata. Aquí el gran reto es lograr que el **poder de las ideas** oriente las **ideas del poder**, es decir, las ideas de aquéllos que tienen el poder para diseñar e implantar las políticas de salud.

Diversos desarrollos recientes en nuestro país pueden servir para ilustrar este último punto. Gracias a la colaboración de varias organizaciones académicas e internacionales, el armamento analítico de las políticas de salud se ha visto considerablemente enriquecido durante los últimos años con herramientas como la medición de la carga de enfermedad, el análisis de costo-efectividad, las cuentas nacionales de salud y las encuestas estandarizadas. La aplicación rigurosa de estos bienes públicos globales relacionados con el conocimiento, aunada a la existencia de excelentes bases de datos nacionales, ayudó a catalizar una reforma estructural del sistema mexicano de salud.

Se trata posiblemente de un caso de libro de texto en lo que se refiere a políticas basadas en evidencias. En efecto, el análisis riguroso hizo posible que tanto los tomadores de decisiones como el público en general cobraran conciencia de diversas realidades críticas que requerían de una solución. Así, el cálculo cuidadoso de las cuentas nacionales de salud reveló que más de la mitad del gasto total en salud en México era gasto de bolsillo. Esto se debía al hecho de que aproximadamente la mitad de la población carecía de seguro de salud. Estos hallazgos resultaron inesperados, ya que había la creencia generalizada de que el sistema mexicano de salud

se financiaba básicamente con recursos públicos. En contraste, el análisis reveló la existencia de una paradoja inaceptable. Sabemos que la atención de la salud es una de las maneras más efectivas para luchar en contra de la pobreza. Sin embargo, la propia atención médica se convierte en un factor de empobrecimiento de los hogares cuando no se cuenta con los mecanismos sociales para garantizar un financiamiento justo que proteja a toda la población.

La conciencia del hecho de que millones de hogares habían estado pagando sumas catastróficas de sus bolsillos, generó una perspectiva diferente sobre la operación del sistema de salud. Los diseñadores de las políticas públicas ampliaron su enfoque para tomar en consideración diversos temas financieros que demostraron tener un enorme impacto sobre la prestación de servicios de salud y los niveles de pobreza de los hogares mexicanos. Otro bien público global que contribuyó a la reforma fue el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Este marco, publicado en el año 2000 como parte del *Informe sobre la Salud en el Mundo*, puso énfasis en el financiamiento justo como uno de los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud.[6]

Como consecuencia directa de los altos niveles de gasto de bolsillo, México mostró un desempeño muy pobre en la comparación internacional sobre justicia financiera. En lugar de generar una reacción defensiva, la constatación de este resultado echó a andar en 2001 un análisis detallado a nivel nacional, el cual demostró que los gastos catastróficos se concentraban en los hogares pobres y no asegurados. Este análisis fue llevado a cabo de manera conjunta por la Secretaría de Salud de México, la OMS y la Fundación Mexicana para la Salud, lo que constituye ejemplo de la forma en que los gobiernos nacionales, los organismos internacionales y las instituciones no gubernamentales pueden unir esfuerzos. El análisis a nivel nacional se basó en datos de las encuestas de ingreso y gasto para México, otro bien público global. Estas encuestas son producidas por muchos países del mundo y generan bases de datos homogéneas que son clave para las comparaciones internacionales.

El uso cuidadoso de los análisis nacionales e internacionales generó las herramientas necesarias para promover una profunda reforma legislativa que fue aprobada en el 2003 por una amplia mayoría en el Congreso de México, estableciendo un sistema de protección social en salud. Este sistema está reorganizando e incrementando el financiamiento público hasta en un punto

porcentual del PIB durante un periodo de siete años. El objetivo es ofrecer un seguro universal de salud que beneficiará a 50 millones de mexicanos, pobres en su mayoría, que hasta ahora habían quedado excluidos de los esquemas formales de aseguramiento por ser auto-empleados, estar fuera del mercado de trabajo, o trabajar en el sector informal de la economía.

Uno de los sellos distintivos de la experiencia mexicana ha sido la inversión en investigación para el diseño de la reforma, el seguimiento de su implantación, y la evaluación de sus resultados. Éste es un claro ejemplo de la posibilidad de armonizar dos valores centrales de la investigación en salud: la **excelencia científica** y la **pertinencia a la toma de decisiones.**

La necesidad de contar con investigación sólida para iluminar la toma de decisiones se acentúa en estos tiempos, cuando todos estamos buscando mejores maneras de fortalecer los sistemas de salud. Debido a los vacíos en nuestro conocimiento actual, cada iniciativa de reforma debe ser vista como un experimento cuyos efectos deben ser documentados en beneficio de cualquier otra iniciativa, presente o futura. Ello requiere de una sólida inversión en la investigación de sistemas de salud. Cada innovación es una oportunidad de aprendizaje. No aprovecharla nos condena a redescubrir, con un enorme costo, lo que ya se sabía o, peor aún, a repetir los errores del pasado. Para **reformar** es indispensable **informar,** o de lo contrario se corre el peligro de **deformar**.

El caso mexicano también demuestra que el dilema entre la investigación local y la global es falso. Como hemos visto, la globalización permite convertir al conocimiento en un bien público internacional que puede llevarse al centro de las agendas nacionales con el fin de hacer frente a algún problema local. Esta aplicación, por su parte, retroalimenta el acervo global de experiencias, generando así un proceso de aprendizaje compartido entre las naciones.

Por último, la reforma mexicana ilustra la manera en la que los bienes públicos del conocimiento pueden empoderar a los tomadores locales de decisiones para hacer avanzar la agenda de salud en la competencia por atención y recursos públicos. Los responsables de la salud pueden usar las evidencias globales para demostrar que, además de su valor intrínseco, un sistema de salud con un buen desempeño contribuye al bienestar general de la sociedad, al mejorar la productividad, incrementar las capacidades educativas, desarrollar el capital humano, generar empleo, proteger el ahorro, aliviar la pobreza, mejorar la competitividad y estimular

de manera directa el crecimiento económico. Estos argumentos han sido una poderosa herramienta para convencer a los tomadores de decisiones sobre la necesidad de movilizar **más dinero para la salud**. Pero también es necesario garantizar a los ciudadanos que tengamos un sistema de salud eficiente para obtener **más salud por el dinero**.

El desempeño de los sistemas locales de salud también puede incrementarse con uno de los más potentes motores de la globalización: la revolución de las telecomunicaciones. La telemedicina está abriendo enormes perspectivas de mejorar el acceso de las poblaciones marginadas a los beneficios de la innovación, ya que apunta hacia un futuro en donde la distancia física no constituya un obstáculo significativo para la atención de la salud.

El reto, por supuesto, será asegurarse de que las brechas geográficas no sean simplemente sustituidas por las brechas digitales, y que las nuevas tecnologías no generen nuevas formas de exclusión social. La magnitud de este reto resulta clara cuando constatamos que el 80 por ciento de la población mundial, que vive en los países en vías de desarrollo, representa menos del 10 por ciento de los usuarios de la Internet.[7] Las nuevas formas de exclusión social se alimentan de las viejas calamidades de la pobreza y la desigualdad. Los 1,300 millones de personas que sobreviven con un dólar al día nos recuerdan las enormes brechas que aún es necesario superar.

La exclusión y la desigualdad son uno de los lados obscuros de la globalización; la insensibilidad hacia las culturas locales es otro. Juntos pueden explicar una de las paradojas más dolorosas de nuestros días: precisamente cuando la tecnología ha acercado como nunca a los seres humanos, estamos siendo testigos de la reaparición de la intolerancia en la forma de xenofobia, exterminio étnico y opresión.

Y con la intolerancia, como un gemelo siamés, viene el terrorismo, tradicionalmente el instrumento de las minorías fanáticas ofendidas que se resisten a creer en la persuasión. En su esencia, el terrorismo es la peor forma de deshumanización ya que convierte a la gente inocente en un simple blanco de ataque. El arsenal del terrorismo se ha expandido para incluir a las armas químicas y biológicas. De acuerdo con las agencias de inteligencia, en años recientes varios grupos militantes del mundo han tratado de desarrollar o adquirir armas biológicas para fines terroristas. Mucho se ha discutido sobre la viabilidad y posible magnitud de

este tipo de ataques. Lo que parece claro, sin embargo, a la luz de los acontecimientos recientes ocurridos en Nueva York, Madrid y Londres, y el rápido crecimiento del poder de la biotecnología, es la necesidad de fortalecer nuestros sistemas de vigilancia a través de redes internacionales de laboratorios de salud pública, mecanismos eficientes de intercambio de información y programas de capacitación para personal especializado. Independientemente de que se materialice o no un ataque bio-terrorista, estas medidas en sí mismas pueden mejorar el funcionamiento cotidiano de nuestros sistemas de salud para el bien común (Henderson, 2001).

En el largo plazo el mayor reto que enfrentamos es el de construir un orden mundial caracterizado por la paz en medio de la diversidad. En vez de afirmar nuestras identidades rechazando o destruyendo lo que es diferente, nuestra obligación es tratar de suavizar las confrontaciones, equilibrar los reclamos y buscar acuerdos (Berlin, 1992). De esta manera, podremos vivir de acuerdo a lo que Vaclav Havel (1995), ex presidente de la República Checa, denominó un código básico de coexistencia mutua.

La salud puede contribuir a este objetivo porque involucra aquellos fenómenos que unen a todos los seres humanos. Es ahí, en el nacimiento, la enfermedad, la recuperación y finalmente la muerte que todos encontramos nuestra humanidad común. En momentos críticos para el mundo la salud ha sido de manera consistente una de las pocas aspiraciones verdaderamente universales. De hecho, antes de la constitución de las agencias técnicas especializadas, los asuntos de salud eran un bien básico de la diplomacia internacional. Hoy la salud nos ofrece de nueva cuenta la oportunidad concreta de reconciliar el **interés propio** de cada país con el **interés común** de todas las naciones. Hoy, como nunca, la salud es un puente para la paz, un terreno común, una fuente de seguridad compartida.

Si hemos de construir un nuevo orden mundial en el que los valores como la salud sean promovidos en aras de la justicia y la seguridad, será necesario renovar la cooperación internacional. Para concluir, permítanme sugerir tres elementos para esa renovación, tres "e": intercambio de experiencias, evidencia y empatía.

Los sistemas de salud en todo el mundo están enfrentando retos sin precedentes, muchos de los cuales, como ya se mencionó, están relacionados con la globalización. La revolución de las comunicaciones nos ofrece la oportunidad de intercambiar

experiencias sobre las mejores maneras de enfrentar esos retos. Para que el intercambio sea útil, deberá estar basado en **evidencias** sobre las alternativas. Solo así seremos capaces de construir una base sólida de conocimientos sobre lo que verdaderamente funciona y sobre las posibilidades de transferirlo a otros países cuando resulte cultural, política y financieramente razonable.

Pero hay un valor más. El filósofo británico Isaiah Berlín (2001) propuso el estudio comparativo de otras culturas como antídoto contra la intolerancia, los estereotipos y el peligro o engaño por parte de individuos, tribus, estados, ideologías o religiones que se presentan como los poseedores únicos de la verdad. Y esto nos conduce al tercer elemento, la **empatía**, esa característica humana que nos permite participar emocionalmente en una realidad ajena, comprenderla, relacionarnos con ella y, al final de cuentas, valorar aquellos elementos esenciales que nos hacen a todos miembros de la raza humana.

Al involucrarnos en este proceso de renovación, haríamos muy bien en recordar las palabras de un líder universal, el Dr. Martin Luther King Jr. (1968), quien hace casi 40 años escribió lo siguiente:

> "En realidad las cosas se reducen a esto: que la vida toda está interrelacionada. Todos nos encontramos atrapados en una red inescapable de reciprocidad, entretejidos en la vestimenta de un destino común. Cualquier cosa que afecta a uno directamente, afecta a todos los demás de manera indirecta".

Sigamos tejiendo juntos el destino de una mejor salud para la humanidad entera en este mundo interdependiente que tenemos el privilegio de compartir.

NOTAS

1. Board on International Health, Institute of Medicine. 1997. "America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests". Washington, D.C.: National Academy Press.

2. Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., McGuiness, M., and Knaul, F. 1997. *The New World Order and International Health.* BMJ 314:1404-1407.

3. World Health Organization. 1999. Medical Products and the Internet. Geneva: WHO.

4. World Health Organization. 2000. World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.

5. Kaul, I., Grumberg, Y., and Stein, M., eds. 1999. *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century.* New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.

6 . World Health Organization. World Health Report 2000. *Health Systems: Improving performance.* Geneva: WHO.

7. United Nations Development Programme. 1999. Human Development Report. New York: Oxford University Press.

REFERENCIAS

Berlin, I. 1992. "The pursuit of the ideal". In: Berlin, I., *The Crooked Timber of Humanity.* New York: Vintage Books.

Berlin, I. 2001. Nacionalismo: notas para una conferencia futura. *Letras Libres* 3, 34.

Garret, L. 2005. The Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.

Havel, V. 1995. A Courageous and Magnanimous Creation. *Harvard Gazette* June, 15.

Henderson, D. 2001. Testimony Before the Foreign Relations Committee of the U.S. Senate, September 5.

Hobsbawm, E. 1994. *The Age of Extremes: A History of the World*, 1914-1991. New York: Pantheon Books.

Karlen, A. 1995. Man and Microbes. *Disease and Plagues in History and Modern Times.* New York: Simon and Schuster.

Kearny, A.T., Inc. 2001. Foreign Policy. "Midiendo la globalización". *Este País,* May.

King, ML, Jr. 1968. *The Trumpet of Conscience.* New York: Harper.

Osterholm, M. 2005. Preparing for the Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.

Porter, R. 1996. *Illustrated History of Medicine.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Porter, R. 1999. Health, Civilization and the State. *A history of Public Health from Ancient to Modern Times.* London & New York: Routledge.

Porter, R. 2004. *A Short History of Medicine.* Blood and Guts. New York and London: WW Norton & Company.

Valaskakis, K. 2001. Westfalia II: por un nuevo orden mundial. *Este País* 126.

DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES

Julio Frenk se graduó en 1979 como médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México. En la Universidad de Michigan obtuvo: Maestría en Salud Pública (1981), Maestría en Sociología (1982) y Doctorado Conjunto en Organización de la Atención Médica y en Sociología (1983). De 1987 a 1992 fungió como Director General Fundador del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Entre 1995 y 1998 fue Vicepresidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, una organización de la sociedad civil, y Director de su Centro de Economía y Salud. En 1998 el doctor Frenk fue nombrado Director Ejecutivo encargado de Pruebas Científicas e Información para las Políticas en la Organización Mundial de la Salud con sede en Ginebra, Suiza. Actualmente es el Ministro de Salud de México.

Octavio Gómez Dantés es médico cirujano egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana de México. Cuenta con una Maestría en Salud Pública y otra Maestría en Políticas de Salud, ambas de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Ha sido investigador en el Instituto Nacional de Salud Pública de México y en la Fundación Mexicana para la Salud, en donde realizó investigaciones en las áreas de políticas de salud y salud internacional. Fue también asesor de la Academia Nacional de Medicina en un proyecto sobre el impacto del Tratado de Libre Comercio de América del Norte sobre los servicios de salud en México. En el momento actual es Director General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud de México.

NEW INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS: PLATFORM FOR GLOBAL HEALTH GOVERNANCE

Guillermo J. Avilés Mendoza[*]

"The purpose and scope of these Regulations are to prevent, protect against, control and provide with and restricted to public health risks, and which avoid unnecessary interference with international traffic and trade (Article 2 - International Health Regulations 2005)".

Introduction

In May 2005, the World Health Assembly (WHA) ratified the new International Health Regulations ("IHR 2005" or "Regulations"). The revised IHR empowers the World Health Organization (WHO) and Member States to meet the 21st Century global health challenges affecting international traffic and trade. The IHR is a key global governance instrument for the protection of international spread of disease, and in order to obtain its intended goals it must be administrated under ethical governance principles promoting the cooperation among Member States, WHO, intergovernmental organizations, international bodies, corporations and non-government organizations. The importance of the IHR is evidenced by the fact that, in light of the recent pandemic risk posed by the avian influenza, the fifty-ninth WHA called for its immediate voluntary compliance. The IHR will be binding to all the Member States starting in June 15, 2007 and calls for fundamental changes to the health surveillance systems and as a result, generates challenges and opportunities for the 21st Century global health governance (Fidler & Gostin 2006:93).

The broader scope of the IHR introduces obligations at local, national and international levels, which in turn call for an analysis of the new Regulations. Accordingly, this article provides an overview of the IHR within the global health perspective and analyses important Articles for the implementation of the Regulations.

[*]The views expressed in this article are the author's and should not be attributed to the U.S. Department of Health and Human Services.

Second, the IHR empowers Member States and the WHO by opening the channels of collaboration with intergovernmental organizations and/or international bodies. The IHR provides the World with a unique global platform for the creation of interdisciplinary collaborative mechanisms that will facilitate the flow of information, technical and operational, between the multiple relevant actors of the new IHR system. Thus, in order for the IHR to be the effective global health governance instrument, the components of the system must work under the similar governance principles. As a result, this public policy analysis should be a useful tool for governments, non-government organizations, international organizations, corporations, media, and other local, national and international entities interested in the successful application of the IHR and its implications in global public health security.

The new IHR global health surveillance framework has been explained by a variety of exponents that inspired this paper (Baker & Fidler 2006, Fidler & Gostin, 2006, Fidler 2005). Therefore, this paper also intends to promote policy analysts to continue identifying and addressing constrains for the implementation of the new IHR. I want to encourage analysts from non-traditional publishing geographical areas to share their views with the broader audience. After all, the World is a global village that regardless of differences (political, cultural, geographical, economical, etc.) is united by the pursuit of healthier and safer generations. The global village will benefit from the fruits of multi-interdisciplinary policy analyses leading to a holistic viewpoint that will guide the public health leadership of the 21st Century to an efficient administration of the IHR.

In sum, in this article I share an international law and global governance analysis of the new IHR and support their implementation and integration into State Members' political and economical platforms, as within the Regulations' framework. In doing so, I encourage States Parties to collaborate through multiple channels to create partnerships that will mobilize financial resources to facilitate implementation of their obligations under the IHR. States Parties should take advantage of the unique unprecedented opportunity the IHR offers for global health governance (Fidler & Gostin, 2006:93).

I. Glance at the World Health Organization and International Law

World Health Organization

The World Health Organization was established in April 1948 as a specialized health agency for the United Nations (UN). The main objective of the WHO is the achievement of the highest possible level of health to all the people (Article 1 WHO Constitution). All Member States of the United Nations may become Member States of WHO by ratifying the Constitution of the WHO (Article 4 WHO Constitution). The WHA is the WHO's policy-making governing body in charge of the revision of the International Health Regulations and is currently composed by 192 Member States.

The WHA has the authority to write recommendations, make treaties and legally binding regulations to Member States with regards to any matter within the competence of the WHO. First, under Article 23 of the WHO Constitution the WHA has the authority to write recommendations to Member States. The recommendations are non-binding but are a resourceful guidance tool to Member States. Second, under Article 19 of the WHO Constitution grants the WHA the…

> "…authority to adopt conventions and agreements with respect to any matter within the competence of the Organization".

International legal scholars highlight the under usage of treaty-making power by the WHO as compared to the pre-WHO era where international sanitary conventions played important roles in the evolution of international public health law (Fidler 2005: 331 & Aginam 2004: 62). The international law dormancy period at the WHO was attributed to the organization's embedded culture of non-international legal experts (Fidler 1996:80). The analysis of the reasoning behind the lack of the WHO international law strategies is beyond the scope of this article. However, the fact that in 2003 the WHO negotiated the Framework Convention on Tobacco Control marks the beginning of public health treaties under Article 19 of the WHO Constitution.

Second, under Article 21 of the WHO Constitution the WHA has the authority to adopt legally binding regulations concerning five public health areas [1]. Member States are bound to comply

with the adopted regulations unless they exercise their right to "contract-out" as stipulated in WHO Constitution Article 22. Under the principles of the Vienna Convention on the Law of Treaties the regulations enacted under Article 21 of the WHO Constitution are a treaty because they are a written manifesto where States agree to be legally bound to the regulations.

In July 1951 the WHA exercised its power under Article 21 and approved the International Sanitary Regulations, which in 1969 became the International Health Regulations (IHR). The old IHR are a regulatory mechanism for the sharing of epidemiological information on the international spread of cholera, plague and yellow fever. In 1995, after two minor revisions in 1973 and 1981, the WHA recognized the need for the enactment of a new IHR and ordered the WHO Director General to revise the Regulations. Once again we observe a period of international law dormancy by the WHO which can be regarded as a contributing factor to the non-compliance by some Members States and to the overall ineffectiveness of the IHR as shown by the outbreaks of cholera in Perú, plague in India, Ebola hemorrhagic fever in Zaire and the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in China (Gostin, 2004: 2624). Moreover, the increased concern in the proliferation of biological weapons and their bioterrorism implications, particularly after the sarin gas attack in Tokyo subway in 1995 and the anthrax attacks in the United States in 2001, demonstrated the need for a global public health surveillance system that encompasses more than the three reportable diseases under the old IHR.

The outbreak of SARS in 2003 was the turning point that speeded up the revision process of the IHR. The Chinese Ministry of Health on February 11, 2003, informed the WHO Director General of an outbreak of acute respiratory syndrome with three hundred reported cases. The disease was detected as early as November 2002 and when reported to the WHO was in its way to twenty-four countries and thousands of SARS cases. The SARS outbreak was the judgment call for the WHA to act on the IHR revision. The accelerated IHR revision process had one proposed text publication in January 2004 and three intergovernmental negotiations in November 2005, February 2005 and May 2005 (Fidler & Gostin, 2006: 85). The IHR (2005) was adopted by the WHA on May 23, 2005 and will be legally binding as of June 15, 2007. In summary, the WHO has two international law instruments to achieve the highest possible level of health for all the people. The

active role of the WHO in global health governance was reaffirmed with the recent exercise of their treaty-making power and the revision of the International Health Regulations.

International Trade Law and Public Health

International trade law has also been a contributing driving force in the global public health agenda. The 1947 General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) made public health a trade-related international concern. Recognizant of the effects of public health measures on trade the international community, through the GATT, established trade-restricting health measures that addressed the threats posed by the spread of diseases (Fidler, 2005: 336). Moreover, the creation of the World Trade Organization (WTO) in 1995 and its new agreements made it clear that the globalization of the markets had created a stronger interdependent bond between public health and international trade law. Of particular importance is WTO's Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). The TRIPS narrowed the international public health agenda by restricting governments' capabilities to protect and promote public health. However, the growing international concern of the imbalance between international trade and the health interests generated a twenty-first century momentum where the WTO affirmed its supports for the protection of public health. The integration between international trade and public health will continue to be driven by the globalization of markets and the new IHR is the platform for the global surveillance system that will secure international trade.

II. International Health Regulations (2005)

Purpose and Scope

The new IHR covers all public health threats or risks that may interfere with international traffic and trade. This is an all-inclusive scope, incorporates a new public health surveillance and response system build upon core capacities at the local, national and international level. The broader scope of the IHR (2005) makes the Regulations one of the most ambitious global health projects. The scope of the IHR is emphasized by the broad definition of "disease". Under the IHR "disease" is an illness or medical condition, irrespective of origin or source that presents or could present significant harm to humans (Article 1.1 IHR 2005). The broadness of the definition relies on the fact that the IHR

applies to any medical condition that may pose a risk of interfering with international traffic and trade. The expansion of the IHR scope overlaps with other international legal regimes and created unprecedented challenges for the WHO that requires co-operation among the different international organizations for the successful global health governance (Fidler 2005: 364). In the last section of this article I expand on the importance of cooperative frameworks for the successful application of the IHR as the platform for global health governance.

The IHR calls for the implementation of the Regulations with "full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons". The IHR is silent as to penalties for States that implement the Regulations against these principles of dignity, human rights and fundamental freedom. However, this should not deter other States from reporting a State that disregards the fundamental principles protected under the IHR.

The importance and the need for the new IHR were reaffirmed on May 2006 at the fifty-ninth WHA when Member States were called to comply immediately, in a voluntary basis without prejudice, with the relevant provisions of the IHR. The voluntary immediate compliance and accelerated implementation process is based on the possible emergence of a pandemic arising from the current outbreaks of avian influenza, caused by the highly pathogenic H5N1 strain of *Influenza virus A*. The broader scope of the IHR requirements introduces constrains at local, national and international levels, which in turns call for an analysis of the new Regulations. The following look at the Regulations provides: 1) important dates for the implementation of the requirements; 2) administrative mechanisms for rejection and/or reservations and dispute settlement procedures; and 3) brief description of the global public health surveillance system under the IHR.

A Date to Remember: June 15, 2007 Entry into Force of the New IHR

As stated above, the IHR (2005) were ratified on May 2005 and will be legally binding starting June 15, 2007. The Regulations grant a one-year extension to State Parties with proper notice of compliance problems before December 15, 2006 (Article 59.3 IHR 2005). Given the broader scope and core capacity obligations of the IHR it is foreseeable that Member States with economies in transition will face compliance problems and request the extension. The Ministry of Health from each State has the governmental

responsibility to inform their respective government officials the importance of the compliance with the Regulations. The Ministries of Health are responsible for advocating the adjustment of the legislative and administrative agendas to promote compliance. The Regulations call for designation of the authorities responsible for the implementation of the Regulations implying that the responsibility is not only on the Ministries of Health. Therefore, the IHR are a call for health diplomacy at the local, national and international governmental levels. In order to have a successful compliance rate we need diplomatic exercises advocating the formulation of laws and administrative provisions implementing the IHR.

Rejection/Reservation of the IHR (2005) by Member States

As stipulated in Article 22 of the WHO Constitution Member States can reject or make reservations to legally-binding regulations promulgated by the WHA under Article 21 of the WHO Constitution. The IHR provides Member States with 18 to reject or make reservations (Article 59 IHR 2005). Member States had until December 15, 2006 to reject or make reservations to the Regulations. If a Member State partially rejects the Regulations it will be considered a reservation and administered under Article 62 of the IHR. The reservation processes under the Regulations is complicated and deserves a brief description. A reservation is accepted when more than two-thirds of Member States do not object to the reservation. On the other hand, when one-third of the States object to the reservation the Director General provides 3 months to the reserving State to consider the withdrawal of the reservation. If the reserving State decides to move forward, the reservation is taken to a vote at the WHA. The IHR Review Committee provides a recommendation to the WHA on the State's reservation. Since the majority vote of the WHA will probably be the same view of the States that objected the reservation; as result, there is no independent appeal process for an objected reservation. State Parties are bound to comply with the Regulations to the full extent even when they have raised reservations objected by the majority. The reservation approval process should be governed by the ethical standards calling for transparency and fairness.

Settlement of Disputes Developing from the Interpretation and/or Application of the Regulations

Article 56 of the Regulations governs the mechanisms States Parties can use for the settlement of disputes that might arise from the interpretation and/or application of the Regulations. First, the dispute resolution processes require that the States Parties engage in good faith negotiations or...

> "...any other peaceful means of their own choice, including good offices, mediation or conciliation" (Article 56.1 IHR 2005).

This is an important clause because many times States start the dispute in an adversarial mode, seeking tribunals for the resolution of instances where a negotiation in a neutral venue or the assistance of a third neutral party can resolve the dispute. Alternative Dispute Resolution (ADR) allows States Parties in disagreement to use "any other peaceful means of their own choice". Once again, the implementation of the Regulations will be a challenge to States Parties and multiple disputes may arise from their interpretation and/or application. Non-adversarial ADR as the first process to settle disputes decentralizes the enforcement and makes State Parties the main decision makers in the implementation of the Regulations. Furthermore, requiring the use of non-adversarial processes as the first step for the resolution of disputes is also a call for the collaborative scheme that the Regulations want to promote (Article 44 IHR 2005).

On the other hand, the Regulations do not describe the way the information generated during the non-adversarial dispute settlement processes will be administered. Is the settlement information confidential? According to the Regulations there is no requirement to file documentation if the dispute is settled. This might create more disputes than the ones intended to reduce. Let me explain my point with a hypothetical of a dispute between two States Parties that mediate their dispute and reached an amicable agreement with a confidentiality clause. Let's assume for this hypothetical that the Parties' interpretation of the IHR is erroneous and as a result their agreement goes against the applicability of the requirements of the Regulations. Therefore, the lack of a review mechanism for agreements reached by non-adversarial ADR processes is a flaw that might create more disputes than the ones intended to reduce. One alternative to prevent this possible flaw is to create a repository of agreements with a filing requirement with

the Director General. Another option is to have a WHO certified third neutral party review the settlement agreement.

If the State Parties in dispute fail to settle the dispute via the non-adversarial ADR processes they need to inform the Director General, "who should make any effort to settle" the dispute (Article 56.2 IHR 2005). It is unclear whether the Director General will continue to advocate the non-adversarial processes or will require the Parties to proceed to arbitration as stipulated under Article 56.3. Moreover, the IHR arbitration clause stipulates that State Parties may opt to accept compulsory arbitration as the dispute settlement mechanism for specific disputes or to all the disputes concerning the interpretation or application of the IHR. States Parties that accept arbitration as compulsory must accept the arbitral award as binding and final. States parties should be aware that arbitration is a process that requires allocation of resources and might take months before a resolution is achieved. On the other hand, non-adversarial ADR processes are most of the time simpler and quicker. State Parties should take advantage of the non-adversarial ADR processes to settle the disputes concerning the interpretation or application of these Regulations.

Compulsory arbitration bypasses the non-adversarial processes and it should be used in a case-by-case basis. The Regulations work under the assumption that, Parties that failed to settle their disputes will agree to utilize arbitration as the dispute settlement mechanism. However, the Regulations are silent as to what happens when one of the Parties in dispute declines to participate in the voluntary arbitration. International trade agreements are known for their compulsory arbitration clauses and enforceable mechanisms. The IHR non-adversarial processes are a great first step to settle disputes; however, the lack of compulsory enforcement mechanism makes the compliance an option rather than a requirement. As globalizations integrate international trade law with public health, the best practices of disputes settlements should be promulgated.

Core Capacity Assessment by 2009

Each State Party must conduct, before June 15, 2009, the assessment of their existing national structures and resources to meet the minimum capacity requirements with regards to: 1) surveillance; 2) reporting; 3) notification; 4) verification; 5) response; and 6) collaboration (Annex 1 IHR 2005). The WHA in May 2006 urged States Parties to initiate a process of identifying and addressing administrative and legal constrains that might affect

the timely implementation of the Regulations. States Parties are required under paragraph 1 of Article 5 to comply with the minimum capacity requirements by June 15, 2012.

Baker and Fidler analysis of the IHR (2005) under the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) evaluation guidelines for an effective public health surveillance system is a great resource for the assessment requirement (2006:1059). Under the CDC guidelines an effective public health surveillance system will have 10 key attributes: usefulness, sensitivity, timeliness, stability, simplicity, flexibility, acceptability, data quality, positive predictive value, and representativeness.

Implementation Plans and Extensions to the 2012 Core Capacity Obligations

Each State Party must also develop plans of action before June 15, 2009. The plans of action, also referred as implementation plans, are a key instrument for the application of the Regulations and State Parties must be aware of that fact. If a State Party, after conducting the initial assessment, determines that is incapable of complying with the minimum requirements by June 2012, the Party can request an extension of two years to fulfill the obligation (Article 5.2 IHR 2005). The request for extension must be supported with the implementation plan. Moreover, under "exceptional circumstances, and supported by a new implementation plan", the Director General with the advice of IHR Review Committee can grant a second extension until June 2016. The implementation plans will guide States Parties in the development, strengthening and maintenance of the minimum capacity requirements of the Regulations and are the mandatory supporting evidence for the extensions. As a result, is in the best interest of the States Parties to commence their assessment of their national structures and resources, and establish elaborated implementation plans as soon as possible. In Table 1, I share an example of a matrix that States Parties can use as model for their implementation plans.

Table 1. Sample Implementation Matrix of Core Capacity Requirements for Surveillance and Response as Described in Annex 1 of the IHR (2005).

ASSESMENT OF NATIONAL STRUCTURES & RESOURCES FOR	2006	JUNE 2007	JUNE 2009	2010 - 2011	JUNE 2012
Surveillance	Voluntary Compliance	IHR (2005) Entry into Force	Assessment due with Plans of Action (AP) (2009-2012)	Plans of Action Implementation	Full Compliance
Reporting	Voluntary Compliance	IHR (2005) Entry into Force	Assessment due with Plans of Action (AP) (2009-2012)	Plans of Action Implementation	Full Compliance
Notification	Voluntary Compliance	IHR (2005) Entry into Force	Assessment due with Plans of Action (AP) (2009 2012)	Plans of Action Implementation	Full Compliance
Verification	Voluntary Compliance	IHR (2005) Entry into Force	Assessment due with Plans of Action (AP) (2009-2012)	Plans of Action Implementation	Full Compliance
Response	Voluntary Compliance	IHR (2005) Entry into Force	Assessment due with Plans of Action (AP) (2009-2012)	Plans of Action Implementation	Full Compliance
Collaboration	Voluntary Compliance	IHR (2005) Entry into Force	Assessment due with Plans of Action (AP) (2009 2012)	Plans of Action Implementation	Full Compliance

National IHR Focal Point

Each State Party is responsible for identifying or establishing the National IHR Focal Point, a national center that must be accessible at all times for communications with the WHO IHR Contact Points (Article 1 1 IHR 2005) The WHA urged States to establish immediately the National IHR Focal Point with the delegated authority to communicate official information State Parties must understand the relevance of the National IHR Focal Point in the information-sharing system of the IHR and identify a center capable to work in a 24 hours schedule the seven days of the week States Parties are encouraged to ask for guidance from the WHO for the establishment of their National IHR Focal Point The ideal center serving as the National IHR Focal Point should have an interdisciplinary team of experts that will channel all the IHR communications with the WHO The communications between the National IHR Focal Point and the WHO should be enhanced with technology For instance, each National IHR Focal Point should have access to telephone lines, fax machine, computers, scanners, access to Internet and other technologies that facilitate the transfer of surveillance information with the WHO Contact Points

Without a center serving as the National IHR Focal Point the State Party will face many challenges in the implementation of the Regulations and weaken the global health surveillance system that prevents and reduces the international spread of disease and minimizes the interference with international traffic Therefore, it is in the best interest of the global village for each State Party to obtain endorsement from the highest political officers within their respective jurisdictions for the establishment of the National IHR Focal Point and the implementation of the Regulations States Parties should provide their governmental cabinets a clear definition of the roles and responsibilities of the National IHR Focal Point within the State's organizational and communication structures Establishment of a reliable National IHR Focal Point is an imperative under the Regulations in which the long terms benefits outweighs the short terms burdens that State Parties will face

Public Health Emergency of International Concern

The IHR global public health surveillance system is based on time-sensitive communication procedures that the States Parties and the WHO must follow to determine whether an event constitutes a public health emergency of international concern A public health emergency of international concern is an extraordinary manifestation of a disease, which is determined to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease and might require a coordinated international response (Article 1 1 IHR 2005) The new IHR departs from the disease-specific reporting and covers any disease event that might interfere with international traffic and trade The lessons learned from the SARS outbreak showed us the importance of having a system that allows the international community for rapid preventive responses rather than restorative actions The IHR promotes the sharing of accurate and sufficiently detailed public health information in assisting the verification, assessment and assistance processes

Global Public Health Decision-Making Instrument

Annex 2 of the Regulations provides States Parties with one page decision-making instrument that guides the State's responsible authorities in the determination of whether a disease event may constitute a public health emergency of international concern Familiarity with the global decision-making instrument in Annex 2 can't be taken for granted States should make every

effort to provide technical assistance at the community, local and national level to ensure that the decision instrument is used for the determination of a public health emergency of international concern This innovative public health decision-making instrument is the base of the global surveillance system and all States shall promote its application for the detection of health events that may constitute a public health emergency of international concern and interfere with international traffic and trade

Notification & Verification

Once the State's responsible authorities determine the event may constitute a public health emergency of international concern, the National IHR Focal Point must provide notice to the WHO within 24 hours The Regulations are flexible as to the way notice should be provided to the WHO as long as is done via the most efficient means of communication available (Article 6 1 IHR 2005) Another source of surveillance information is reports from sources other than State's notifications or consultations A major advancement in international public health surveillance is Article 9 of the Regulations that will permit the WHO to accept reports from other sources than States and interpret them according to epidemiological principles The official use of third party non-governmental surveillance reports are a great tool for the WHO to commence the verification communications with the State Party in whose territory the event is allegedly occurring Non-governmental international organizations, intergovernmental organizations and other State Members can be sources of the reports Once the State Party is notified of the alleged event it must provide within 24 hours the available public health information on the status of events been verified (Article 10 3) In the event the State Party refuses to collaborate the WHO may share the alleged information with other States Parties

Temporary and Standing Recommendations

Under the IHR the WHO has the authority to circulate temporary recommendations with respect to a public health emergency of international concern or standing recommendations with specific health measures (Articles 15 and 16) The Regulations provide detail criteria for the issuance of recommendations and a list of the possible public health measures needed to avoid the interference with international traffic and trade (Articles 17 and 18) Although the recommendations are not legally binding is in

the best interest of governments to familiarize themselves with the list of health measures the WHO may issue and make the necessary legislative arrangements to establish processes that will allow them to enforce the WHO standing recommendations

Public Health Measures Balancing Act between State's Sovereign Right to Apply Protective Measures and Minimization of Interference with Human Rights and International Traffic

As stated above, the Regulations are to be applied with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons at all times This article will not discuss the health measure procedures under the Regulations, but States are reminded that in order to implement the measures they must have evidence of a public health risk and the measures shall be the least intrusive and invasive ones with the express consent of the traveler Article 45 governs the confidentiality of personal health information collected under the Regulations States are called to keep the information confidential and to proceed anonymously as required by their respective national laws This is a critical balancing act between States' sovereign right to apply protective measures and interference with human rights Many States do not have laws that govern the confidentiality of health information for their own territories and now are facing a legal requirement for the collection, interpretation and dissemination of personal information of health information in a confidential and anonymously fashion Experts in the field called for the enactment of public health information privacy laws that protect the information from been used for non-public health surveillance purposes (Gostin 2006 1700) Once again the IHR present challenges to the States parties that call for a coordinated collaborative implementation effort

III. Global Health Governance under the IHR (2005)

Globalization, Driving Force for the Integration Between Trade and Public Health

Globalization drives the world's economic, technological, political and cultural integration Global trade in goods is currently enhanced by the WTO, which encourages the reduction of trade barriers and the disappearance of borders Open markets as results of trade agreements between countries, expanded the range and efficiency of the travel industry The integration driven

by globalization has no sings of stopping as more trade agreements continue to open ports for the trade purposes As discussed above the WTO's agreements have integrated public health into the globalization movement Globalization has brought the world closer together but it has also created new challenges for the twenty-first century The WTO Director General listed the growing shortage of energy resources, the destruction of the biosphere, spread of pandemics, the volatility of financial markets, and the migratory movements provoked by insecurity, poverty or systemic political instability as product of impeding consequences of globalization Therefore, with the progress associated with globalization the twenty-first century society must be prepared for the risks associated with the amalgamate trend The IHR provides the world with a unique opportunity for the establishment of a safer and secure global network that will protect international traffic and trade and reduce the health related risks associated with globalization

IHR (2005) Platform for Global Governance of Healthier and Secure Channels of Trade

With the reduction in trade barriers, people and goods are free to move among States, augmenting the chances for the occurrence of a public health emergency of international concern The SARS outbreak is the perfect example of globalization's contribution to the spread of diseases In less than 4 months twenty-four countries had reported thousands of SARS cases The possible emergence of a pandemic arising from the current outbreaks of avian influenza makes of the IHR an imperative global agenda for the preservation of healthier and secure channels of trade The WHO with the IHR provides States with an instrument that protects them from public health risks and prevents the unnecessary interference with international traffic and trade

Global governance occurs when States, international bodies, intergovernmental organizations, public and private non-government organizations, in sum all relevant international actors, work together for a common goal The IHR is the platform of global health governance for the preservation of healthier and secure channels of trade in the 21st century Unlike the previous IHR the new IHR provides an all-inclusive approach that calls for the integration of sectors that benefit from safer international traffic and trade The IHR integrates public health in multiple areas of global policy such as trade, security, and human rights

The IHR clarifies the role of public health in its global integration with economical, social, and political interests The IHR global governance platform invites non-government entities to participate in the development, implementation and enhancement of the new public health surveillance system The participation of non-government actors is one of the landmarks for the IHR global health governance platform For example, as explained above, the IHR grants the WHO the official authority to use non-governmental epidemiological information in the assessment of a public health emergency of international concern, shifting the reporting system from a bilateral to the multilateral framework where all relevant actors work together for the preservation of healthier and secure channels of international traffic and trade

Article 14 and 44 of the IHR (2005) are the Pillars of the Platform for Global Health Governance

Article 14 of the IHR calls for the WHO to work closely with intergovernmental organizations and international bodies in the

> " implementation of these Regulations, including through the conclusion of agreements and other similar arrangements"

The WHA decided that for the purposes of Article 14, the WHO is expected to co-operate with at least eleven intergovernmental organizations and international bodies

1 United Nations
2 International Labor Organization
3 Food and Agriculture Organization
4 International Atomic Energy Agency
5 International Civil Aviation Organization
6 International Maritime Organization
7 International Committee of the Red Cross
8 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
9 International Air Transport Association
10 International Shipping Federation
11 Office International des Epizooties

The co-operative scheme under the IHR Article 14 calls for the inclusion of global governance bodies and for the recognition of the IHR as the platform for global health governance The WHO faces unprecedented challenges with the IHR, which calls for the establishment of closer working relations with non-

traditional partners The same all-inclusive scope for disease surveillance should apply to the establishment of partnerships for the implementation of the Regulations

Article 44 of the IHR is cardinal in the execution of the global health governance platform Article 44 is simply titled "Collaboration and assistance" and calls for States to work together in mobilizing financial resources to facilitate implementation of their obligations under the Regulations Collaboration for the mobilization of resources is necessary for the success of the IHR as many States with economies in transition don't have the financial resources for making the infrastructure changes in route to the fulfillment of the core capacities required for surveillance, reporting, notification, verification, and response under the IHR (Gostin, 2006 1700) Therefore, financial mechanisms are necessary for the implementation of the platform for global health governance States parties are encouraged to create multiple channels of collaboration leading to a united front that will assist them in negotiating lower prices for the goods or services necessary for the implementations of the Regulations In Figure 1, I share the conceptualization of Article 44 as the collaborative platform leading to the global health governance of the twenty-first century

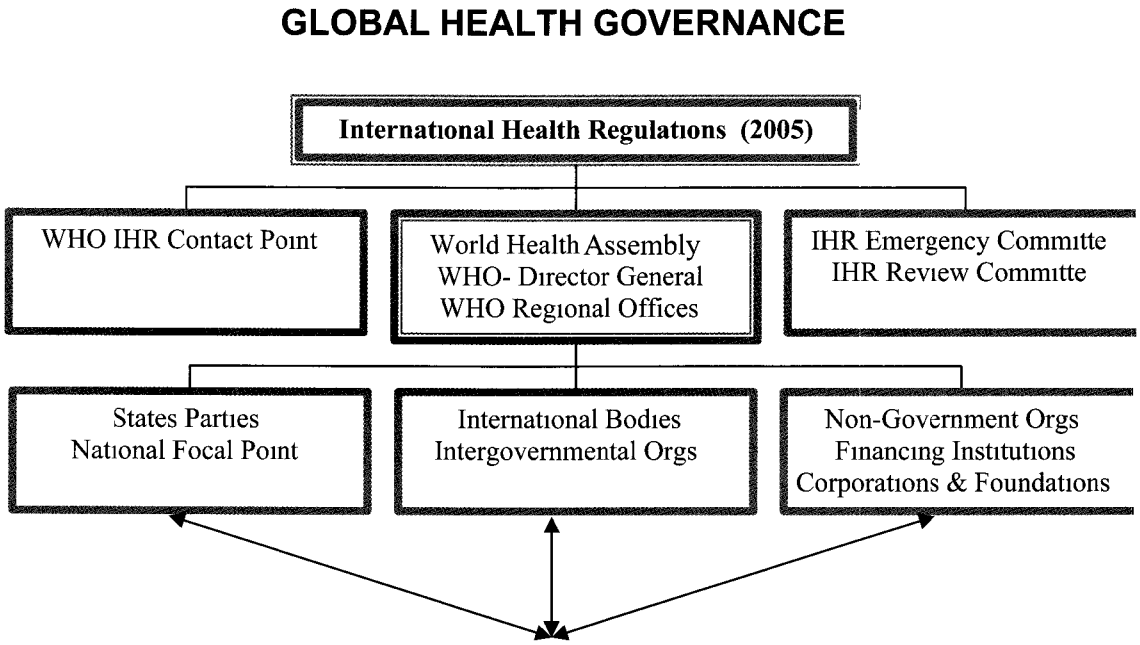


Figure 1 IHR's collaborative platform leading to global health governance

Under Article 44, States Parties should establish multiple channels of collaboration with multilateral development banks, corporations and philanthropic entities for the implementation of the new IHR First, Multilateral Development Banks institutions provide financial support and professional advice for economic and social activities to States with economies in transition The Multilateral Development Banks typically refers to the World Bank Group and the four regional development banks African Development Bank, Asian Development Bank, European Bank for Reconstruction and Development and the Inter-American Development Bank Group Second, States parties should open the channels of collaboration with private corporations The growing number of corporations searching for tangible initiatives to fulfill their corporate responsibility makes the partnering with private corporations a win-win enterprise as all parties will benefit form the fruits of a successful IHR Finally, States should reach out to philanthropic organizations working closely in the global health agenda For example, the Bill and Melinda Gates Foundation works extensively in the global health projects In summary, States with economies in transition will benefit from the multiple channels of collaboration for the mobilization of financial

resources that will reduce the financial burden they will face in the implementation of their obligations under the new Regulations

The IHR channels of collaborations also call for technical, logistical, operational and legal support among States for the development, strengthening and maintenance of the public health capacities required under the Regulations States parties are to assist among themselves in the development of the public health capacities and legal and administrative provisions The multi-levels (local, national, international) channels of collaborations make the IHR the platform for the global health governance The global platform is the stage for the creation of interdisciplinary collaborative mechanisms that will facilitate the flow of information between the multiple relevant actors of the new IHR system

Conclusion

Globalization has brought the world closer together but it has also created new challenges for the twenty-first century Globalization reduces trade barriers and augments the risk of a public health emergency of international concern The broader scope of the new IHR introduces a new surveillance system for the protection of international traffic and trade The new Regulations are a unique global platform for global health governance where States, intergovernmental organizations and non-governmental actors are given an active role in public health security The IHR establishes collaborative mechanisms that will facilitate the flow of information, technical and operational, between the multiple relevant actors of the global public health surveillance system The Regulations are the latest integration of international law and public health and prepare us to face the twenty-first century challenges posed by globalization Implementation of the IHR obligations is a public health imperative in which the long terms benefits outweighs the short terms burdens The world as the global village will be safer and healthier with the IHR The blue prints for the new global health governance platform are in place for all relevant actors to take action

Acknowledgements

The author wishes to thank Professor Lawrence Gostin and Professor David Fidler for providing literature on the IHR (2005) He also wishes to thank Dr Joxel Garcia and Yanka Epstein at the

Pan American Health Organization for the valuable support they provided

NOTE

1 WHA has the authority to adopt legally binding regulations concerning five public health areas including "sanitary and quarantine requirements and other procedures designed to prevent the international spread of disease" (Article 21 WHO Constitution)

REFERENCES

Aginam, Obiiofor 2004 "Globalization of Infectious Disease, International Law and the World Health Organization Opportunities for Synergy in Global Governance of Epidemics" *New Eng J* Int'l Law & Comp Law 11, no 1 59–73

Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) Accessed on August 3, 2006 at http //www wto org/english/thewto_e/ minist_e/min01_e/mindecl_trips_e htm

Baker, Michel G and Fidler, David P 2006 "Global Public Health Surveillance under the New International Health Regulations" *Emerging Infectious Diseases* 12, no 7 1058

Centers for Disease Control and Prevention Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems recommendations from the guidelines working group MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001 50 1–36 Accessed on August 10, 2006 at http //www cdc gov/mmwr/preview/ mmwrhtml/mm5030a5 htm

Fidler, David P 1996 "Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases" *Emerging Infectious Diseases* 2 no 2 77- 84 Accessed on August 4, 2006 at ftp //ftp cdc gov/pub/EID/vol2no2/adobe/ vol2no2 pdf

Fidler, David P 2005 "From International Sanitary Conventions to Global Health Security the New International Health Regulations" *Chinese Journal of International Law* 4, no 2 325-392

Fidler, David P and Lawrence O Gostin 2006 "The New International Health Regulations an Historic Development for International Law and Public Health" *Journal of Law, Medicine and Ethics* Spring 2006 85-94

Gosting, Lawrence O 2004 "International Infectious Disease Law, Revision of the World Health Organization's International health Regulations" *Journal of American Medical Association* 291, no 21 2464

Gostin, Lawrence O 2006 "Public Health Strategies for Pandemic Influenza" *Journal of the American Medical Association* 295, no 14 1700

IHR (2005) Article 14 and 44

International Sanitary Regulations 1951

Vienna Convention on the Law of Treaties 1969 Accessed on July 31, 2006 at http //www worldtradelaw net/misc/Viennaconvention pdf

World Health Organization 1995 Forty-eight World Health Assembly Resolution 48 7 Revision and updating of the International Health Regulations

World Health Organization 2003 WHO Framework Convention on Tobacco Control Accessed on July 31, 2006 at http //www who int/tabacco/fctc/ text/en/fctc_en pdf
World Health Organization 2005 Third Report of Committee A Fifty-eight World Health Assembly Agenda item 13 1 International Health Regulations
World Health Organization 2005 Fifty-six World Health Assembly Provisional Agenda Item 14 6 Revision of the International Health Regulations Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
World Health Organization 2006 Fifty-ninth World Health Assembly Agenda item 11 1—Application of the International Health Regulations (2005)
World Health Organization 2006 About WHO Accessed on July 28, 2006 at http //www who int/abn/
WHO Constitution Article 1
WHO Constitution Article 4
WHO Constitution Article 23
WHO Constitution Article 19
WHO Constitution Article 21
WHO Constitution Article 22
World Trade Organization 2001 Declaration on the TRIPS agreement and public health Accessed on August 10, 2006 at http //www wto org/ english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e htm
World Trade Organization Director General Remarks at the Master of Public Affairs Inaugural Lecture at the Institut d'Etudes Politiques de Paris October 2005 Accessed on August 3, 2006 at http //www wto org/ english/news_e/sppl_e/sppl12_e htm

ABOUT THE AUTHOR

Guillermo J Aviles Mendoza has a degree in Genetics and Cell Biology from the College of Biological Sciences at the University of Minnesota He worked at the National Human Genome Research Institute where he published his findings on pre-clinical stem cells gene therapy He completed a law degree with emphasis in international alternative dispute resolution at Hamline University School of Law He is the recipient of the gold medal as the most effective arbitrator at the International Competition for Online Dispute Resolution He served as coordinator of the international environmental public health partnership between the Pan American Health Organization, the U S Environmental Protection Agency and the U S Centers for Disease Control and Prevention He serves as Ombudsman for the National Institutes of Health He is a board member of a non-profit organization focusing on international negotiations

GLOBALIZACIÓN, IDENTIDAD Y SALUD PÚBLICA: REFLEXIONES, COMENTARIOS Y PERSPECTIVAS

LA GLOBALIZACIÓN Y LOS DILEMAS DE LA SALUD UNIVERSAL

Mirta Roses Periago
Fernando Lolas Stepke

Sentidos y alcance del término globalización

El término globalización, como otros de rápida difusión, es polisémico Significa cosas diferentes para personas diferentes Por de pronto, se significa con el una mayor disponibilidad de recursos técnicos y tecnológicos que han achicado el planeta, reducido las limitaciones físicas y temporales, y facilitado las operaciones cotidianas Los aparatos de comunicación, los vehículos de transporte y los microprocesadores eliminan las barreras debidas a espacio, tiempo y capacidad personal Los avances tecnologios como teléfonos celulares, aviones de pasajeros y computadores personales, no solamente deben verse en su valor instrumental Han modificado cualitativamente el valor y alcance de la vida humana, en algún sentido reduciendo limitaciones, pero en otros invadiendo los terrenos de la intimidad y aumentando las demandas hechas al cuerpo humano Las adicciones provocadas por Internet, la obsesión por la comunicación permanente, el sedentarismo de la televisión y los computadores han modificado habitos, expectativas, y la disposición del tiempo Hasta nuestra fisiología concebiblemente se ha alterado Y ello incide no solamente en las técnicas y tecnologías 'duras', de aparatos y máquinas Las tecnologias 'blandas', de la comunicacion, de la relacion interpersonal, y de la planificación se han modificado radicalmente

Esta mayor disponibilidad de bienes y recursos no conlleva mayor accesibilidad automáticamente Basta pensar en las masas desposeidas de África, en las hambrunas de los paises sobrepoblados, en la carencia de servicios básicos en que viven millones de personas La distribución de los avances y sus beneficios refleja las inequidades preexistentes Por ende, el "nosotros" que parece aludir a la especie humana y sus triunfos civilizatorios es aún un término no incluyente

Para algunos, la globalización es el desarrollo acelerado y la difusion progresiva de estos recursos Otro sentido, sin embargo, adquiere dicho término cuando alude a una forma de vivir, supuestamente civilizada, que se extiende benéfica a todas las personas capaces de adoptarla Valores como la democracia, la libre determinacion de los pueblos, y la justicia, corporizados en instituciones y practicas sociales, son hoy el patrón bajo el cual se juzga lo que antes se conocia como progreso Ahora –aunque menos que hace algunas decadas- hablamos de desarrollo y lo oponemos a la simple posesion de bienes y recursos naturales Envuelve la aplicacion de racionalidad explotadora a ellos y su pronta multiplicacion financiera en activos que reditúen inversiones Se supone que tales bienes desembocan en bienestar, y que este bienestar deriva de dos fuentes del conocimiento científico, por una parte, y de los valores dominantes en las potencias economicas, por otra Así, el conocimiento se opone a las simples creencias de los pueblos no industrializados, y cualquier forma de gobierno o relación interpersonal que no calce con los patrones aceptados en ciertas regiones del mundo, es de antemano rechazada por los abanderados de la globalización Es evidente que en este segundo sentido, la globalización tampoco es global Supone practicas hegemonicas que monopolizan las conciencias, estableciendo una jerarquía valorica incontestable Tampoco abarca a todos los pueblos y seres humanos, pues algunos se resisten a un destino no trazado ni labrado en su contexto propio Sin embargo, algunos sostienen que ésta es la entraña misma de la noción de globalizacion

En tercer lugar, para algunos el primero, la globalizacion es un concepto economico La ampliación de los mercados, los acuerdos de libre comercio entre países, el libre movimiento de bienes y personas sin fronteras ni controles nacionales, son elementos que universalizan a las transacciones comerciales y las repercusiones económicas Para adaptarse, los paises pequeños y los productores de materias primas deben conocer su posicion en el concierto mundial e insertarse en la carrera por atraer las inversiones financieras que permitan asegurar el crecimiento económico Los que no logren modificar sus prácticas empresariales, productivas o salariales están condenados al fracaso

Tampoco esta variante conceptual de la globalización es global Por la dinámica del mercado y las competencias financieras, este modelo excluye los pueblos que por el azar de sus recursos naturales, geográficos o humanos se hallan en desigualdad

relativa El sistema económico mundial no se convierte en sistema, un todo armónico de elementos complementarios, pues cada uno intenta ganar las posiciones ventajosas y productivas

La polisemia del término globalización alude a dimensiones técnicas, culturales y económicas, pero un breve examen de sus usos como descripcion de procesos sociales revela que ninguna de ellas identifica un fenómeno realmente global, al menos en el momento actual y considerando los efectos observables Tampoco cabe predicar de el un caracter siempre positivo o benéfico, puesto que en los tres ámbitos descritos agudiza exclusiones y limitaciones preexistentes en la sociedad

La globalización como ideal benéfico y las formas del poder

La respuesta a la descripción crítica consiste en señalar que el proceso globalizador aún no produce todos sus beneficios, porque está incompleto y en desarrollo Es absurdo pretender que todos los seres humanos gozaran instantáneamente de beneficios En el caso de la innovación tecnológica, por ejemplo, se requiere expansión física, reduccion de costos de transacción e inversión, balance entre la difusión y la protección de la propiedad intelectual e industrial, imitación controlada y aceptación cultural Igualmente, sería injusto esperar que los beneficios de la globalización cultural lleguen a masas ignorantes de las lenguas de la civilizacion, como por ejemplo, el inglés y sus supuestos culturales esenciales Cabe suponer que a medida que los excluidos de hoy aprendan a convivir con las tecnologías sociales e instrumentales de los globalizadores hegemónicos, irán gozando de sus beneficios Obviamente, el argumento no precisa ser repetido para la globalizacion economica, pues allí los profetas del desarrollo y del progreso en clave globalizante sugieren aguardar

Es evidente que el concepto de globalización, aun en una resumida descripción, debe ser examinado en sus implicaciones ideologicas, lo cual entraña una meditación sobre el poder Aun suponiendo que una humanidad homogeneizada y globalizada, sin diversidad cultural y regionalismos de creencias y valores, fuera una meta deseable, ello supondría la sujeción de quienes piensan diferente y la eliminación de aspiraciones discordantes con el paradigma deseable

Una consecuencia de la globalizacion como axiologia o teoria valorica es considerar las diversidades como negativas El poder debe entenderse en su dimension saludable, esto es, como beneficente admonicion a un comportamiento razonable, deseable

y civilizado, que conduce a los pueblos a su culminación histórica bajo la guía de sapientes directores

Ninguna de estas afirmaciones es exclusiva de la contemporaneidad La idea imperial siempre significo aglutinación de pueblos diversos bajo la égida de un poder central, con aspiraciones de perennidad y universalidad De hecho, los imperios siempre son artificiosas arquitecturas de naciones, cuya evolución incluye periodos de crecimiento, apogeo y decadencia La periferia de los imperios es siempre el sitio donde se observan las inevitables corrupciones del poder, y donde emergen poderes alternativos A cambio de sujeción, los imperios ofrecen paz universal, como la *Pax Romana*, que formalizó el estatuto del ciudadano del imperio y genero deseo en los pueblos marginales por ingresar al espacio imperial Esta paz era pagada con sujeción al poder, ejercido por caudillos, por instituciones o por burocracias que asentaron el principio del excedente para financiar lujos como las ciencias y las artes

Independientemente de la denominación, las confederaciones de naciones a las que se puede denominar imperios (Roma, Sacro Imperio Romano Germanico, Austria-Hungria, Unión Soviética, Yugoeslavia) tuvieron como su carácter más acusado la imposicion de metas, valores y practicas culturales a poblaciones heterogéneas Esas formas de globalización se acrecientan ahora con las dimensiones tecnologica y economica, desarrolladas a escalas inéditas Es por tanto una diferencia de magnitud, no de principio, lo que distingue a la globalizacion actual de sus formas previas

Es importante destacar que en algunas lenguas la palabra poder incluye dos acepciones netamente separables Así, en francés encontramos *pouvoir* y *puisance*, en alemán *macht* y *gewalt*, palabras que al ser traducidas por *power* o poder pierden la sutileza de una distincion de valor para nuestro argumento De hecho, hay formas de poder que simplemente son violentas imposiciones Y las hay que son acatadas con el consenso de los gobernados o los sometidos En el segundo caso podemos aplicar la expresion "poder legítimo" para señalar que el poder aceptado por el consenso de los gobernados es diferente de la simple sujecion a norma ajena En esta distinción radica, por ejemplo, la posibilidad de distinguir entre normas de conducta heterónomas, dictadas sin autonomia de los que deben seguirlas, y autonomas, reflexivamente adoptadas tras sopesar su alcance y caracter

La globalización y la salud como valor deseable

Esta descripción, que una lectura superficial podría considerar negativa, es todo lo contrario Abre las puertas a una reflexión sobre metas, derechos y deberes en el contexto de lo fáctico Porque es verdad que las naciones y los pueblos, en su tránsito desde la banda a la tribu y de la tribu al Estado, aspiran siempre al dominio de otros seres humanos y a la imposición de sus valores y creencias El celo colonizador es lo mismo que el celo evangélico, y el conquistador cristiano está tan firmemente convencido de la sacralidad de su misión como el conquistador musulmán o pagano Y en principio, también, no puede desconocerse que siempre hay y habrá vencedores y vencidos, pues independientemente de los métodos o la violencia empleada, la meta es una forma de sujecion que haga a los dominados sentir que su sujeción es legitima Legalidad y legitimidad suelen disociarse en las empresas imperiales, porque mientras aquella es la imposición de una letra, esta es la adopción de un sentimiento de pertenencia y solidaridad Corporizan las dos formas de poder mencionadas antes

Hay que imaginar cómo es la vida en las formaciones sociales para abordar el tema de la salud, el bienestar y la calidad de la vida Sigue siendo válida heuristicamente la distinción de Tonnies entre *Gemeinschaft* y *Gesellschaft* Quienes conviven en la primera tienen en el "cara a cara" el fundamento de sus relaciones interpersonales, las cuales se convierten en fines en si mismas La cohesión queda asegurada porque todos los participantes son fines para los demás y contribuyen a una empresa común conocida y reconocida como fruto del cuerpo social En la *Gesellschaft* impersonal, en cambio, los agentes sociales persiguen sus fines propios y usan a sus coetáneos para su cumplimiento A menudo ni los conocen por nombre y la relación se da en la virtualidad de papeles sociales abstractos Ortega y Gasset decía que las sociedades son "desalmadas", no tienen alma ni interioridad personal Pues no es el policía la persona quien me pide el cumplimiento de la ley, sino el policía generico, el representante abstracto de un principio jurídico también abstracto que, paradójicamente, sólo se hace concreto en sus consecuencias y en sus trasgresiones La *Gesellschaft* de la modernidad no es sólo desalmada por sus dimensiones, y la estilización de los papeles sociales que culmina en la estricta diferenciacion del trabajo especializado También lo es porque somos multitudes solitarias cuyos miembros instrumentalizan las relaciones en la prosecución

de sus intereses individuales o de grupos dentro de la sociedad mayor

En este espacio de relaciones y, sobre todo, de significaciones, cabe situar la pregunta por la salud y el bienestar Virchow, fundador de la patologia celular, sostenia que la política es la medicina de las sociedades, y la medicina, la política del cuerpo Esta afirmacion puede fácilmente ser extrapolada en un experimento mental La fantasía de vivir en un estado de plenitud (individual) es también la de vivir en un Estado justo y solidario (social) Por ende, aunque la fisiologia parezca muy ajena a la sociología, en realidad cabe suponer que se vive corporalmente en forma distinta en una sociedad de cara a cara que en una sociedad impersonal La salud en una *Gemeinschaft* no es la misma que en una *Gesellschaft*

Digamos que las dimensiones del fenómeno salud incluyen, tanto la sensación de plenitud y bienestar, como las expectativas y deseos susceptibles de satisfacción La desesperanza es tan mortífera como las bacterias, y es sin duda, una plaga de la modernidad ilustrada Y una vida de calidad no solamente se deja reducir a los determinantes de la calidad de la vida (como condiciones materiales y salud), sino también a la dimensión prospectiva, a la proyección esperanzada y esperanzadora, un factor diacrónico de anticipacion que se identifica a veces con la sensación de confianza en el futuro, la seguridad ante las adversidades presentidas, y la conclusión razonable y apropiada de los proyectos personales y grupales La inestabilidad politica hace a las personas vivir y vivenciar diferente No quiere significar que la salud sea mas mala en el tormentoso escenario de guerras y revoluciones, porque la experiencia histórica sugiere que durante estos eventos las personas demandan menos atención médica Quiere decirse solamente que se vive distinto y que ese cambio en estilo de vida modifica la forma en que se siente lo que es saludable y lo que no lo es

Suele desconocerse la raigambre valorica del concepto de salud, que queda reducido a una materialidad estimable en la corporalidad, la sobrevivencia o el ajuste a la norma Sin embargo, reiteradamente se comprueba que la salud, en tanto valor, modifica las percepciones y las expectativas, en el sentido de brindar satisfacciones a quienes demandan servicios, y recompensas a quienes los brindan, cuando la relación entre unos y otros es armónica

Los universales de la salud y la globalización

El debate sobre la universalidad de las normas morales puede extenderse al concepto mismo de universalidad de los valores que las justifican y fundamentan El diseño de sistemas de cuidado de la salud apropiados debe contemplar al menos tres dimensiones La primera es el arte, esto es, la calidad técnica de los servicios Éstos deben estar a la altura del estado del arte en el mejor de los contextos La segunda es lo positivo de su funcionamiento, tanto para quienes los operan como para quienes los usan La tercera es la justicia a que aspiran, esencialmente en el sentido de equidad Como justa distribucion de beneficios, y como evitación de desigualdades evitables

La eficacia de un sistema sanitario depende de sus recursos y de su eficiencia Y en la eficiencia entra, no solamente la competencia técnica de sus integrantes, sino también la apropiada utilización de los recursos primarios, secundarios o terciarios, como se expresa en las tres dimensiones de lo apropiado (o correcto), lo bueno (o positivo) y lo justo (o equitativo)

Asi como la evaluacion ética siempre debe hacerse en un contexto cultural particular, la adecuada comprension de demandas y ofertas en los sistemas sanitarios debe contemplar el contexto local Precisamente el gran desafío de los organismos internacionales es mediar entre las aspiraciones locales de grupos y personas y los grandes determinantes históricos de la vida social En este sentido, la tarea de una entidad como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es, por una parte, reconocer y discernir las determinaciones macrosociales y macroeconómicas para adaptarlas contextualmente a las demandas y necesidades de las poblaciones a las que sirve Es, por decirlo en términos simples, una función de integración por la cual se humaniza e individualiza lo que son los grandes desafíos, las notables perspectivas y las dimensiones del proceso de globalización La idea de una salud universal, igual para todos los seres humanos, es una aspiración noble que debe tomar en cuenta las limitaciones y deficiencias de aplicación de los principios morales universales El servicio de la comunidad internacional es proveer fundamentos conceptuales y operativos para la idea de un "bien común publico y universal" que se convierta, progresivamente, de aspiración en realidad para la mayoría y, eventualmente, para todos los seres humanos

En esta tarea, la OPS, fiel a su misión, integra las opiniones y deliberaciones de los ciudadanos e instituciones que constituyen

sus Estados Miembros, y las transforma en políticas públicas saludables que son adoptadas por los países en la medida de sus prioridades Se trata de aprovechar las ventajas de la globalización adaptándolas a los contextos locales en el plano de la salud colectiva e individual

DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES

Mirta Roses Periago se graduo de medica cirujana en la Universidad Nacional de Cordoba en 1969, y obtuvo un diploma en Salud Publica con orientacion en Epidemiologia, y el titulo de Especialista en Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Buenos Aires Tambien realizo estudios en Medicina Tropical en la Universidad Federal del Estado de Bahia, Brasil En 1974 ingreso al Ministerio de Salud Publica de Argentina, en donde ocupo cargos en las areas de Epidemiologia, Investigacion y Emergencias Sanitarias Se incorporo a la Organizacion Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud en 1984 como coordinadora de la Unidad de Epidemiologia del Centro de Epidemiologia del Caribe, con sede en Trinidad y Tobago En 1986 se traslado a la Republica Dominicana como epidemiologa, y en 1988 fue designada Representante de la OPS/OMS en ese pais Entre julio de 1992 y enero de 1995 se desempeño como Representante de la OPS/OMS en Bolivia, y en 1995 asumio el cargo de subdirectora de la OPS, integrando el grupo de subdirectores de la Organizacion Mundial de la Salud y del Grupo Global de Gestion de Programas En septiembre de 2002 la doctora Roses fue elegida por los paises de las Americas, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana

Fernando Lolas Stepke obtuvo su grado de medico-cirujano de la Universidad de Chile y continuo estudios de postgrado en las Universidades de Chile y de Heidelberg, Alemania, en medicina psicosomatica, psiquiatria e historia Ha desempeñado cargos como Director de la Clinica Psiquiatrica de la Universidad de Chile, Vicerrector de Asuntos Academicos y Estudiantiles de esa universidad y luego Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioetica que fundo en 1993 En 1998 se incorporo a la Organizacion Panamericana de la Salud como Director del Programa Regional de Bioetica, actualmente forma parte del Area de Fortalecimiento de Sistemas de Salud Es Academico de Numero de la Academia Chilena de la Lengua y Correspondiente de la Real Academia Española Doctor *Honoris Causa* de diversas universidades latinoamericanas, fue nombrado Profesor Titular de la Universidad de Chile en 1989, y ha escrito mas de treinta libros y sobre cuatrocientos articulos cientificos en español, aleman, ingles, polaco y portugues

LOS EFECTOS DE LA MIGRACIÓN

Rosa Pérez Perdomo

I. Introducción

La movilidad de poblaciones es un hecho reconocido a traves de la historia, sin embargo, en la época moderna diversos factores han contribuido a su aumento Entre ellos los avances en la tecnología de la comunicación que hace el viajar más facil, la comercializacion entre paises, incluyendo el efecto del intercambio producto de la globalizacion, la inestabilidad política, pobreza y desempleo en paises desaventajados económicamente son, entre otros, factores que contribuyen a este fenómeno Las causas de la migración pueden ser politicas, economicas o naturales En el año 2003, la Organizacion Internacional para la Migración (OIM), estimó que a través del mundo una de cada 35 personas es un emigrante Otras referencias indican que aproximadamente 175 millones o un 2 9% de la población del mundo vive temporal o permanentemente fuera de sus paises de nacimiento (Buchbinder, 1999)

La movilización de poblaciones suele tener una amplia variedad de repercusiones en las personas que emigran, así como en las poblaciones donde éstas se asientan Estos efectos pueden ser tanto en el ámbito social-cultural como en la salud pública La emigración puede ser voluntaria y planeada, o forzada, pero en ambos casos es un evento estresante en la vida de los que la experimentan

La migración intencional en America Latina y el Caribe es un proceso social de profundas raices históricas, que ha constituido una modalidad de interrelación entre los paises de la Región y entre éstos y el resto del mundo A partir de los años sesenta, se ha observado una creciente migracion intra-regional y hacia otras regiones, principalmente a Estados Unidos y algunos países de Europa (Gómez y Madrigal, 2004)

Los países latinoamericanos y caribeños han sido escenario de transformaciones sociales y económicas, de grandes problemas sociopolíticos, de alteraciones de los ecosistemas y de enormes desastres naturales Todos estos factores han contribuido a incrementar los desplazamientos de personas, creando un aumento en el flujo migratorio Este flujo tiene dos vertientes

- La migracion intra-regional, que aunque antigua, se ha acentuado en las ultimas decadas y se ha reportado que alcanza una poblacion de 2 2 millones de personas
- La migracion fuera de la region que ocurre principalmente hacia los Estados Unidos, la cual se ha incrementado notablemente en la ultima decada (Gomez, 2004)

II. Efectos de la migración

A Efectos sociales en el emigrante

Las personas que emigran llevan consigo su propia cultura, hábitos, costumbres, religion, creencias y condiciones de salud, de las cuales algunas son genéticamente preestablecidas Desde el punto de vista social, el emigrante tiene que adoptar un nuevo ambiente social y cultural que lo puede llevar a redefinir su sistema de valores

La perdida de las redes de apoyo social y el aislamiento o marginación, junto con la dificultad de adaptacion a culturas y los valores diferentes a los de su lugar de origen, pueden hacer difícil el proceso de aculturacion Otras variables sociales que pueden agravar este proceso son las barreras de lenguaje, los prejuicios sociales y etnicos, la desproteccion jurídica e institucional, y la falta de acceso a la seguridad social (Grondin, 2004)

B. Efectos en la salud

La emigracion puede ocasionar ciertos cambios en los hábitos de los emigrantes como la dieta, consumo de alcohol y cigarrillos, y actividades de ejercicio que pueden tener consecuencias directas en su salud física Esto puede ocasionar cambios en los patrones de morbilidad Por otro lado, los emigrantes pueden estar expuestos a la adquisición de nuevas condiciones endemicas en la población a la que inmigran y para la cual no tienen inmunidad adquirida

1 En el área de salud mental

Estudios de migración reportan un amplio margen de condiciones que van desde la depresion y estrés traumático, hasta el suicidio y otras formas de sicopatología (Friis, Yngve y Persson, 1998) Los efectos en la salud en la poblacion que emigra es un hecho que continúa generando controversias Por ejemplo, en Estados Unidos algunos estudios han demostrado que algunos inmigrantes gozan de una salud superior comparados con los

nacidos en Estados Unidos, esto a pesar de tener mayores tasas de pobreza y pobre acceso a unidades de salud Sin embargo, otros estudios señalan que éstos experimentan mayores tasas de enfermedad y peor salud que la esperada (Kandula, Kersey y Llurie, 2004)

En general, la salud de poblaciones y grupos se mide a través de indicadores La utilización de indicadores de salud importantes, tales como el sobrepeso y obesidad, actividad física, uso de tabaco, abuso de sustancias controladas, conducta sexual responsable, salud mental, entre otros, suele servir de base para establecer comparaciones entre poblaciones En esta sección describiremos hallazgos de diferentes estudios relacionados con la salud de los migrantes, particularmente hispanos en Estados Unidos

2 Mortalidad infantil

En Estados Unidos se ha reportado que los niños de migrantes puertorriqueños que han vivido mayor tiempo en los Estados Unidos, y aquellos de origen puertorriqueño pero nacidos en Estados Unidos, tienen tasas de mortalidad infantil mayores comparados con migrantes recientes o residentes en Puerto Rico Este hallazgo es un ejemplo de que la migración y la aculturación no siempre tienen resultados positivos Debemos preguntarnos si estos hallazgos indican que la experiencia con la cultura de Estados Unidos afecta la salud infantil, o si esto es el resultado de una migración selectiva reciente de madres mas saludables hacia los Estados Unidos (Landule, Oropesa y Gorman, 2000)

3 Sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad han aumentado dramáticamente en años recientes Esto se reporta en todas las edades y grupos étnicos Sin embargo, algunos estudios han encontrado aumento en la obesidad en inmigrantes según aumenta el tiempo de residir en Estados Unidos Entre éstos, adolescentes asiaticos e hispanos nacidos en Estados Unidos tuvieron una probabilidad dos veces mayor que la primera generación de adolescentes nacidos fuera del pais (Popkin y Udry, 1998)

4. Fumar

Sin embargo, tradicionalmente el uso de tabaco en los inmigrantes a Estados Unidos, en promedio, es menor que en los

nacidos en el país de la misma etnicidad y en la población en general de los nacidos en Estados Unidos Un dato preocupante es que la tasa de adolescentes fumadores ha aumentado entre la población de latinos estudiantes de escuela superior Este dato establece la necesidad de dirigir las campañas de intervención para no fumar a estos adolescentes, hijos de familias inmigrantes (Kandula, 2004, Kershaw, et al 2001, Unger, Cruz, Rohrbach, Robisl y Baezconde-Garbanati, 2000, Wiecha, 1996)

5 Abuso de sustancias

En general, los inmigrantes en Estados Unidos tienen tasas significativamente menores en el abuso de sustancias que los nacidos en Estados Unidos Esto incluye el uso de alcohol, drogas ilicitas, drogas prescritas e inhalantes De otra parte, el tiempo residiendo en Estados Unidos ha sido asociado con una mayor tasa de uso de alcohol y drogas ilícitas Los inmigrantes que llevan residiendo en Estados Unidos por mas de 15 años tienen una tasa similar de drogas ilícitas que la poblacion nativa, evidenciando así el impacto negativo del proceso de aculturación (Jonson, Geest y Cho, 2002)

6. Conducta sexual responsable

En el caso de conducta sexual responsable, los resultados no son similares al uso de tabaco y alcohol En este indicador, los problemas de inmigrantes comparados con los nativos no presentan grandes diferencias Un hecho que debe levantar preocupación es que en el caso de los inmigrantes se reporta que los padres parecen tener menos apoyo para que sus hijos eliminen las actividades sexuales, por lo que esto los pone en mayor riesgo de embarazos y otras consecuencias En relación a los latinos, por ejemplo, se reporta una de las tasas mas altas de fertilidad que en cualquier otra poblacion en Estados Unidos (Blake, Ledsky, Goodenow y O'Donnell, 2001, Kandula, 2004, Lee, Orsay, Lumpkin, Ramakrishman y Callahan, 1996)

7 En relación a trauma y violencia

En relacion a trauma y violencia los datos de inmigrantes son escasos Algunos estudios han demostrado que el uso de asiento protector y cinturón de seguridad en los vehiculos es menor en las comunidades latinas (Harper, Marine, Garrett, Lesote y Lowenstein, 2000, Lee et al , 1996, Sorenson y Shen, 1996 y 1999) Estudios

de Sorenson y Shen (1996 y 1999) han reportado que entre los latinos inmigrantes hay un mayor riesgo de muertes por homicidios

La revisión de algunos indicadores de salud en poblaciones inmigrantes demuestra que la aculturación puede tener tanto impactos negativos como positivos Las razones para estas diferencias son complejas, pudiendo ser el resultado tanto de la preservación de hábitos y costumbres del país de origen, como de la adquisición de nuevos hábitos del país al que emigran De igual forma, la contribucion de la genética en relacion a ciertas enfermedades es un factor de importancia fundamental

Por otro lado, también evidenciamos la falta de datos en relacion a la salud de los inmigrantes El examinar información de la salud de los migrantes a través de indicadores nos ha evidenciado que no siempre el migrante tiene peor salud o peores habitos que la población nativa Estos resultados relativamente positivos en la salud de los inmigrantes, se conocen como una paradoja epidemiológica Es decir, a pesar de los perfiles socioeconómicos, exposición a discriminación y pobre acceso a cuidados de salud, algunos indicadores de salud son positivos en la población inmigrante

Sin embargo, existen áreas en que el migrante es quien vive en peores condiciones de salud, destacándose entre éstas los traumas y la violencia, factores ambos preocupantes La violencia, por ejemplo, porque esto afecta enormemente la proyección de la poblacion migrante en la comunidad, propiciando generalizaciones y rechazo Es evidente que los efectos en la salud tanto positivos como negativos en las poblaciones migrantes sugieren mayor investigación y estudio Estos estudios son necesarios para los migrantes y para la población que los recibe, ya que de una u otra forma ambos pueden ser impactados por los hallazgos Conocer las condiciones de salud de los migrantes provee un perfil de morbilidad que ayudaría a dirigir las acciones a áreas prioritarias Por otro lado, la población en la que viven puede usar esta información para planificar la prestación de servicios de forma adecuada, conocer realidades, y romper con mitos y creencias

C Efectos de la migración en el país al que se emigra

Las migraciones masivas suelen tener efectos en el país al que se inmigra, y éstos pueden ser de diversa naturaleza algunos de estos efectos son la tension social que surge ante la falta de acogida entre los grupos y el consecuente discrimen, la introducción de nuevas condiciones de salud, repercusiones en el sistema de

cuidado de servicios de salud, educacion y trabajo, la introduccion de nuevas costumbres y habitos principalmente en el ámbito de la alimentación, y cambios sociales tanto positivos como negativos Los países que reciben estas grandes migraciones reconocen el efecto que éstas producen Sin embargo, su reacción y manejo a estas poblaciones dependerán de si esta inmigración es aceptada Aquellos paises que asi lo reconocen toman medidas para minimizar las barreras linguisticas y culturales, incluyendo el desarrollo de políticas y el ofrecimiento de servicios específicos dirigidos a grupos étnicos particulares

Por otro lado, los inmigrantes suelen llenar vacios ocupacionales al realizar trabajos de menor remuneracion y destreza Esto, a su vez, se convierte en una fuente de conflictos entre los que los rechazan y los que entienden que la presencia de inmigrantes es beneficiosa porque llena un vacio en el ambiente laboral a menor costo

D Efectos en los sistemas de salud pública

Muchos de los efectos discutidos suelen tener un impacto directo en el sistema de salud publica Primero, habrá un aumento en la demanda de servicios, particularmente de atencion a problemas curativos, el cual requerira que se cuente con profesionales de salud preparados para atender personas con diversidad de idiomas y trasfondos culturales Esto implica que el país que recibe debe fortalecer sus instituciones de salud a través de la capacitación de sus profesionales de salud para poder trabajar con poblaciones culturalmente diferentes, así como para proveer conocimientos de condiciones de salud que pudieran ser prevalentes en la población inmigrante, ya sea porque geneticamente la portan o porque las adquirieron a través de los hábitos y costumbres propios del pais de origen

El manejo de personas inmigrantes indocumentadas conlleva riesgos particulares, principalmente porque, dada su condicion de ilegalidad, éstas tienden a evadir o no tienen acceso a los servicios médicos, y posiblemente menos aún a los preventivos Además, la gran mayoría de estas personas no tiene seguro médico, por lo que tienden a utilizar las facilidades de salud del gobierno, particularmente las clínicas externas y salas de emergencia Esto puede traducirse en el empeoramiento de condiciones crónicas, lo que a su vez aumenta el riesgo del paciente y puede ocasionar un alza en el costo de los servicios médicos, ya que las condiciones avanzadas podrian requerir tratamientos costosos

Actualmente los latinos representan más del 40% de la población migrante en Estados Unidos Sin embargo, se ha reportado que esta población tiene acceso limitado a los cuidados de salud y encara barreras economicas, culturales y de lenguaje que afectan su estado de salud, diagnóstico temprano y cuidado adecuado, siendo los inmigrantes ilegales los más afectados Según un estudio llevado a cabo mediante encuesta entre la población de inmigrantes mexicanos en Texas, menos de un tercio de los participantes tenían seguro médico, y de éstos un 72% eran indocumentados (Urrutia, Marshall, Trevino, Lurie y Minguia-Bayona, 2006) En general, la proporción de hispanos que permanece sin seguro médico en Estados Unidos es de 32 4% Ha sido demostrado que el miedo a ser reportado a las autoridades de migración disminuye la posibilidad de recibir cuidado médico y dental, medicamentos prescritos y espejuelos De igual forma, se ha demostrado que los inmigrantes indocumentados enfermos reciben un tratamiento desigual, comparado con otros recipientes de *Medicaid,* incluyendo menos procedimientos y estadias más cortas por el mismo tipo de procedimiento (Berk y Schur, 2001)

El derecho a la salud se ha considerado como un derecho inclusivo, que no solo abarca la atención apropiada de la salud, sino también los principales factores determinantes, tales como acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos, nutrición apropiada, vivienda digna y acceso a la educación (Grondin, 2004) En este contexto, se podría plantear que para los gobiernos y los diferentes grupos que tienen que enfrentar los efectos de las movilizaciones de personas, preservar los derechos humanos de los inmigrantes es fundamental y representa un gran desafío

III. La inmigración en Puerto Rico

En Puerto Rico, la inmigración ilegal proviene principalmente de la República Dominicana La inmigración de los dominicanos a los Estados Unidos comenzó alrededor del año 1920, pero existe un consenso en que la inmigración masiva comenzó hacia los años sesenta, se aceleró para la década del 1970 al 1980, llegó a un máximo a mediados del 1990, y luego comenzó disminuir Esta disminución se podría atribuir a leyes de inmigración más exigentes promulgadas por el Congreso en el año 1996 y también a la expulsión de indocumentados de la República Dominicana (Castro, Boswell y Fascell, 2002)

Desde el año 1970, han llegado a los Estados Unidos unos 692,000 inmigrantes provenientes de la Republica Dominicana (Camarota, 2001) Actualmente se han enumerado 764,495 dominicanos en los Estados Unidos (Gómez et al , 2004) En Puerto Rico viven cera de 56,146 distribuidos a través de toda la Isla, pero con la mayor concentracion en el área de San Juan (54 5%) Según los datos del Censo del 2000, con relación a la población de hispanos que han inmigrado a los Estados Unidos, los mejicanos representan el 58 5% de la población de inmigrantes, luego los puertorriqueños con un 9 6%, en tercer lugar los cubanos (3 5%), y en cuarto lugar los dominicanos con un 2 2 por ciento En un estudio reciente de la población dominicana en Puerto Rico, utilizando grupos focales, los participantes indicaron que la accesibilidad a los servicios de salud se ve afectada por el estado ilegal de su residencia y que en ocasiones se sienten discriminados al buscar servicios (Siaca y Acosta, 2004)

De igual forma, en un estudio similar llevado a cabo en Boston, Massachussets por la Oficina de Refugiados e Inmigrantes en el 1999, se identificaron como las barreras de acceso a servicios de salud más comunes, las siguientes la falta de un intérprete, el desconocimiento del sistema de salud de Estados Unidos y no tener un seguro de salud

IV. Emigración de Puerto Rico a Estados Unidos

Un reporte reciente del Centro de Estudios Puertorriqueños ha evidenciado un patrón de cambio de la migración de los puertorriqueños a Estados Unidos, el cual resumiremos en esta sección (Duany, Matos-Rodríguez, 2006) Despues de la Segunda Guerra Mundial, la migración puertorriqueña a Estados Unidos ocurrió principalmente hacia New York y otros estados del noreste Posteriormente, a partir de 1960, los puertorriqueños se diseminaron a través de todos los Estados Unidos Sin embargo, durante la década del 1990 el estado de Florida se convirtió en el segundo estado con la mayor concentración de puertorriqueños Entre las razones que se citan para este cambio, se encuentran la reducción del sector de manufactura, nuevas oportunidades de empleo en otros estados y el bajo costo y la ausencia de impuesto del estado en Florida

Los puertorriqueños, al igual que cualquier población migrante, se ven influenciados por la cultura del país al que emigran En particular, las barreras del lenguaje, la necesidad de aumentar la educación bilingue, el impacto en la denominación

religiosa, la interacción social, y las relaciones interraciales, son mencionadas por los autores de este estudio como consecuencias culturales que estarán ocurriendo entre la heterogeneidad de la migración hispana a la Florida

En relacion al estado de salud de los puertorriqueños en Florida, no se presentaron datos recientes Sin embargo, datos de la década de 1990 reflejan que, en general, la salud de los puertorriqueños residentes en Estados Unidos se considera peor que la de otros grupos hispanos La conclusión de este informe en relación a salud, más bien señala la necesidad de conocer sobre las tasas de enfermedades crónicas e infecciosas, las causas de mortalidad, obesidad, actividad física, fumar, abuso de sustancias y la falta de cobertura de cuidado de salud De otra parte, es de vital importancia establecer comparaciones entre los puertorriqueños residentes en Puerto Rico y los que residen en los Estados Unidos Esto dirigido hacia tener la oportunidad de conocer el impacto sobre la salud del ambiente y la cultura del país al que se emigra

V. Consideraciones éticas

El tema de la migración tambien ha sido visto desde una dimensión ética Este enfoque se fundamenta en que la migración afectaría la forma con que se conceptualiza una nación, las ideas con las cuales se justificaria el convivir, y los ideales políticos que parecen justos de proponer y defender La dimension ética de la migracion ha sido enfocada a través del efecto de ésta en el modo de vivir considerado normativo en una comunidad y sus implicaciones en la convivencia política y sus diferentes elementos, incluyendo el concepto de ciudadanía (Ponce, 2003)

Desde esta perspectiva, se ha cuestionado si seria ético objetar el libre movimiento de la gente y tratar los movimientos de la gente y bienes de manera desigual Se ha expresado que la respuesta a estas preguntas dependería de si la unidad de análisis es el individuo, una comunidad nacional o la comunidad global

A nivel nacional, se consideraria ético

a Establecer prioritariamente la lealtad y solidaridad con las personas oriundas del pais, esto asumiendo que el Estado se basa en un consentimiento popular

b Restringir la migracion internacional si ésta se percibe como una amenaza a los intereses del pais o nación

c Tratar los movimientos de bienes y capitales asimetricamente si es requerido por el interés nacional

Sin embargo, si se toma el mundo como la unidad de análisis, la lealtad y solidaridad deberían estar dirigidas hacia el bienestar humano, lo que hace las consideraciones anteriores carentes de una base ética o inconsistente con esta (Mehmed, 2005) Es decir, los argumentos eticos contra el libre movimiento fallan en capturar las implicaciones globales

El proceso migratorio conlleva varias etapas, las cuales pueden variar si la migración es planeada y organizada, o si es un proceso abrupto e inesperado Sin embargo, aun cuando de intensidad diferente, se reconoce una etapa previa a la partida, particularmente difícil en caso de una migración no planificada, y una etapa de aculturación al país al que se emigra En el caso de las salidas abruptas, se menciona un sentimiento de perdida de empleo, carrera y un lugar en la sociedad, lo que puede dar lugar a una pérdida de identidad, acompañada de incertidumbre con relación al futuro (Organización Mundial de la Salud, 2003)

Aun cuando reconocemos grandes diferencias en la intensidad de las etapas, segun sea el tipo de migración, tenemos que aceptar que ambas producen desarraigo e inestabilidad en el que las vive Los procesos de adaptacion a este nuevo ambiente se pueden ver influenciados en forma positiva si se emigra a un lugar donde se tienen familiares y amigos, se habla el mismo idioma, se tiene o se puede obtener empleo con relativa facilidad, en fin, si el país al que se emigra no tiene grandes diferencias culturales con el pais de origen, el proceso puede ser menos difícil No es ese el caso de aquellos que sufren migraciones forzadas por conflictos y emergencias sin una etapa previa de preparación, siendo estos grupos los mas vulnerables a problemas que afectan su bienestar social y emocional En estos momentos, el Congreso de los Estados Unidos se encuentra en el proceso de legislación del "Comprehensive Immigration Reform Act, 2006", el cual, entre otras cosas, pretende criminalizar la contratación de inmigrantes ilegales, y la que se aplicaria tanto al inmigrante como al patrono La proposición de esta Ley ha generado grandes protestas y movilizaciones en diferentes partes de los Estados Unidos

VI. Conclusión

Desigualdades sociales y politicas, asi como otros factores, conducen a la migracion En la medida que estas situaciones persistan

en los paises desaventajados económicamente, continuaremos observando el aumento de estos desplazamientos poblacionales, representando un desafío para los países que los reciben Se necesitan esfuerzos concertados entre países para buscar soluciones a este complejo problema En esta situación las organizaciones internacionales, como la OIM, pueden desempeñar un rol preponderante Esta organización tiene como norte el principio de que la migración, en forma ordenada y bajo condiciones humanitarias, beneficia a la sociedad y a los propios migrantes Ademas, encara los variados desafíos que plantea la gestion de la migración a nivel operativo, fomenta la comprensión de los asuntos migratorios, alienta el desarrollo social y económico, y vela por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes

REFERENCIAS

Berck, M L & Schur C L 2001 "The Effect of Fear on Access to Care among Undocumented Latino Immigrants" *Health Affairs* 3, 4 151-156

Blake, S M , Goodenow C , Ledsky, R , and O'Donnell, L 2001 "Recency of Immigration, Substance Use, and Sexual Behavior among Massachusetts Adolescents" *American Journal of Public Health* 91, 5 7094-7098

Buchbinder, Marcos 1999 Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario *Boletin de Temas de Salud de la Asociacion de Medicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires* 11, No 105 Retirado el 10 de Julio de 2006, de http //www medicos-municipales org ar/bts0599 htm

Camarota, Steven A 2001 Backgrounder Immigrants in the United States, 2000 A Snapshot of America's Foreign–Born Population Retirado el 12 de Julio de 2006, de http //www cis org/articles/2001/back101 html

Castro, Max J , Boswell, Thomas D and Fascell, Dante B 2002 *The Dominican Diaspora Revisited Dominicans and Dominican-Americans in a New Century* University of Miami, Florida Coral Gables

Duany, Jorge and Matos-Rodriguez Felix V 2006 Puerto Ricans in Orlando and Central Florida Retirado el 26 de junio de 2006, de http //www hispanicchamber net

Friis, Robert, Agneta, Yngve and Viveka, Persson 1998 Review of Social Epidemilogic Research on Migrants Health Findings, Methodological Cautions and Theoretical Perspectives *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26, 3 173-180

Gomez, Miguel y Madrigal, Johnny 2004 Migracion interna en Costa Rica en el periodo 1927-2000 Simposio Costa Rica a la Luz del Censo del 2000 Retirado el 20 de junio de 2006, de http //ccp ucr ac cr/noticias/simposio/ponencia/gomez htm

Grondin, Danielle 2004 Well –Manager Migrant's Health Benefits All- *Bulletin of the World Health Organization* 82, 8 561

Harper, J S , Marine, W M C J Lezotte, Garrett, D Lowenstein and S R 2000 Motor vehicle crash fatalities a comparison of Hispanic and Non-Hispanic Motorists in Colorado *Annals of Emergency Medicine* 36, 6 589-596

Johnson, T P , Van Geest, J B and Y I Cho 2002 Migration and Substance Use Evidence from the U S National Health Interview Survey *Substance Use and Misuse* 37, 941-972

Kandula, Namratha R , Kersey, Margaret and Llurie, Nicole 2004 Assuring the Health of Immigrants What the Leading Health Indicators Tell Us *Annual Review of Public Health* 25, 357-376

Kershaw, Josephine 2001 "AAPI Youth Tabacco Use A Comparative Analysis of Current Cigarette Use Data from the Florida, Texas, and Nacional Youth Tabacco Surveys" *Asian American Pacific Island Journal of Health* 9, 1 25-33

Landule, Nancy S , Oropesa, R S and Gorman Bridget K 2000 "Migration and Infant Death Assimilation or Selective Migration Among Puerto Ricans?" *American Sociological Review* 65, 6 888-909

Lee, P E Orsay, J Lumpkin, V Ramakrishman and Callahan, E 1996 "Analysis of Hispanic Motor Vehicle Trauma Victims in Illinois, 1991-1992" *Academic Emergency Medicine* 3, 3 221-227

Mehmed, Ugur 2005 Migration without Borders The Ethics, Economics and Governance of Free Movement Retirado el 8 de mayo de 2006, de http //www immi se/aom/2005/artiklar2005/ugur htm

Organizacion Mundial de la Salud 2003 *Informe sobre la Posicion de la OIM con relacion al Bienestar Sicosocial y Mental de los Migrantes* Salud Mental Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas Ginebra, 10 de noviembre

Ponce, Fernando 2003 La Ciudadania en Tiempos de Migracion y Globalizacion –Una Aproximacion desde la Etica- Globalizacion, Migracion y Derechos Humanos Retirado el 2 de mayo de 2006, de http //www uasb edu ec/padh/centro/documentos/listado articulos/globalizacionmigracion htm

Popkin, B M and Udry, J R 1998 "Adolescent Obesity Increases Significantly in Second and Third Generation U S Immigrant the National Longitudinal Study of Adolescent Health" *Journal of Nutrition* 128, 4 701-706

Siaca, Aleyda y Acosta, Awilda 2004 *Estudio de Necesidades de Salud de la Poblacion Dominicana Residente en Puerto Rico* Secretaria Auxiliar de Planificacion y Desarrollo Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Sorenson, S B and Shen, H 1996 "Homicidal Risk Among Immigrants in California, 1970 through 1992" *American Journal of Public Health* 86, 1 97-100

Sorenson, S B and Shen, H 1999 "Mortality Among Young Immigrants to California Injury Compared to Disease Deaths" *Journal of Immigrant Health* 1, 1 41-47

Unger, J B , Cruz, T B Rohrbach, L A , Robisl, K M and Baezconde-Garbanati, L 2000 "English Language Use as a Risk Factor for Smoking Initiation Among Hispanic and Asian American Adolescents Evidence for Social Norms" *Health Psychology* 19, 5 403-410

Urritia-Rojas, Ximena, Marshall, Khia, Trevino, Elizabeth, Lurie, Sue Gena and Minguia-Bayona, Guadalupe 2006 "Disparities in Access to Health Care and Health Status Between Documented and Undocumented Mexican Immigrants in North Texas" *Hispanic Health Care International* 4, 1 5-14

Wiecha, John M 1996 "Differences in Patterns of Tobacco Use in Vietnamese, African-American, Hispanic, and Caucasian Adolescents in Worcester, Massachussets" *American Journal of Preventive Medicine* 12, 1 29-37

DATOS BIOGRÁFICOS DE LA AUTORA

Rosa Perez Perdomo, MD, MPH, PhD, obtuvo su Grado de Medicina en el año 1966 de la Universidad Autonoma de Santo Domingo En 1976 obtuvo su Grado de Maestria en Salud Publica de la Escuela de Salud Publica, Recinto de Ciencias Medicas, y en 1992 un Doctorado en Filosofia de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, con una concentracion en Epidemiologia Ocupacional Su mayor interes reside en las areas de la enseñanza e investigacion de la Epidemiologia Su experiencia es muy amplia en el desarrollo de la investigacion y en actividades academicas En el año 2001 fue nombrada Decana de la Escuela de Salud Publica del Recinto de Ciencias Medicas, cargo que ocupo hasta el año 2004 Editora del Boletin de la Asociacion Medica, y autora de un sinnumero de publicaciones e investigaciones con enfasis en Epidemiologia Desde enero del año 2005 hasta el presente, ocupa el cargo de Secretaria de Salud de Puerto Rico

GLOBALIZATION AND IDENTITY LOSS

Emilio Mordini

The concept of globalization in the current usage has come to have a meaning which is almost exclusively economic in nature, of which the vast public has a rather confused perception, accompanied by a sense of obscure threat Thus, for example, faced with a sudden fall of his country's stock market, which has blown away a good part of his savings, the layperson is offered the explanation that it was brought on by the serious economic crisis in Russia, or Mexico, or the collapse of the Asian stock markets, without being able to understand the reasons for these far-reaching effects, caused by "globalization" Other times he realizes that an unemployment crisis that hits a certain production sector in his own region is caused by the fact that the enterprise that operated in that sector found it more advantageous to move its production facilities to third world countries, where labor costs much less There are numerous examples, and they all fall within what we might call market globalization (capital, job, raw material, product, service markets) Therefore the current meaning of globalization is reduced to that of an "economic globalization" From this standpoint, globalization raises a whole series of problems that, since they are often "new", are such only in a relative sense, since they are nothing more than the world-scale projection of problems inherent in the market economy as such Therefore, alongside those who see in the expansion of the "free market" according to the pure dynamics of its internal "laws" the condition of a long-term increased economic prosperity for all of mankind, there are those who stress the real risks of disastrous economic and social consequences for broad areas and strata of humanity, if "rules", corrective measures, and guarantees are not promptly drafted to balance the economic logic with the needs for justice and the guarantee of basic human rights

Acknowledgments - This work was partly funded by a grant from the European Commission - DG Research – Contract nr QLG6-CT-2002-01796

It is not, in any case, with this type of problems (crucial, complex, and urgent) that I intend to deal, but rather several disturbing characteristics that the globalization process shows, not so much on the economic level, as on the more general human and anthropological level, signs of unease that had appeared well before economic globalization asserted itself with all its evidence, i e , since when, several decades ago, the expression "global village" had been coined to symbolically indicate the new sociological charter the world was destined to adopt, mainly as a result of the massive spread of communications and information Among the most significant of these disturbing characteristics is undoubtedly a strong acceleration of that phenomenon of a loss of "individual identity" that has been afflicting pretty much all the so-called "advanced" societies for some time now

When contemporary philosophy speaks of the problem of "individual identity" (or "personal identity"), it is referring to a fairly complex but, all in all, rather byzantine matter, i e , the problem of understanding and explaining how a person can remain the same, even through the physical, mental, and existential changes he goes through during his lifetime To be clear, by saying that it is a rather byzantine matter, I do not mean to suggest that it is a banal problem, since the answers provided for it may entail highly significant effects, for example in the ethical and bioethical field There is, however, another sense of the individual identity that, while being less studied, has a more radical concrete importance and human value I can express it by saying that every human being has a fundamental need to "know his own identity", i e , to know "who he is", to have an overall "image" of himself that can give meaning to his actions and to his life as a whole This progressive crumbling of man's image has notoriously been contributed to by numerous "disorienting" moments connected with the dissolution of the "value" frameworks, broadly speaking, which long constituted an implicit common reference of Western civilization (moral, religious, social, political values) The "polytheism of values" of which Max Weber spoke, and which characterizes "advanced" societies, seems to have reduced the horizon of the "sense" on the basis of which each individual "identifies" his existence in the world, his duties, the authentic way of relating with others, and the final destiny of his life with a series of "subjective options" played in a situation of uncertainty, sensibility, or a more or less non-rational "faith" All this has been joined by the succession of numerous "images of man" proposed

by the developments of the various sciences, which have sought, and often claimed, to reveal the "mechanisms" of his existence initially the physical, chemical, thermodynamic, and electrical mechanisms of the functioning of his body, but then the mechanisms of his psyche also, whether conscious or unconscious, or those of his social or linguistic conditionings, interconnecting them in a more or less arbitrary manner All these "objective", but partial, images intrinsically lack unity and, when they claim to offer it, they do so in a "reductionistic" sense, i e , claiming to explain the most fundamental facts of subjectivity, such as the freedom of choice, self-conscience, and moral sense, as "effects" of determinisms that do not depend on us Today, the neurosciences and artificial intelligence are the sectors in which it is most possible to measure the risk of disorientation that arises, as far as the possibility to grasp one's identity is concerned It is no longer *I* who want, choose, reflect, build a life ideal, strive, fight, suffer, and hope, but instead all this is the result of what is written in my genetic code, in my neuronal system, in the ways in which these structures of mine react to environmental stimuli, and so on

The deleterious effect of these various factors is not, however, the same for every man indeed, for quite a few people, this variety of positions, stimuli, knowledge, and images can be an enrichment, if they have a global and unitary frame of reference from which to draw *criteria for judgment* and for the assessment of these different contributions, placing each of them in its proper dimension and giving it a specific meaning As can be seen, this frame of reference is a "preliminary" condition, a sort of ground in which each individual's identity is "rooted" from its origin, and which enables him to not be exposed all alone, and almost like a clean slate, to the various stresses which he is not really able to judge and assess

These roots of an individual's identity are spontaneously offered and guaranteed to each by the implicit awareness of belonging to a *vital community*, i e , to a collectivity that does not consist simply of a "plurality" of human beings, but recognizes itself in a common *history* and *destiny* In the same family, which is the most fundamental of these communities, the blood tie has a much richer and profound meaning than that of a biological tie in reality, it means the graft of a "stock" that has its own *history*, i e , a legacy of ideals, life models, and values, passed down from generation to generation and consigned to the memory handed down from father to son This stock has experienced vicissitudes

of suffering, glory, and mistakes, for which its present members may feel pride or sometimes even shame, but which they cannot really consider "extraneous", since the various members somehow feel they are participants in a common *destiny*, with which they all feel solidary and to which they all contribute This "belonging" broadens, with similar connotations, to the *kin*, the tribe, the city, and the nation, and gives concreteness to the individual identity

In the 19th century, this profound concept of an existential solidarity gave rise to the precious development of the idea of a *nation*, capable of creating strong feelings of identity, the striving for great ideals, of arousing forms of heroism as well as inspiring literary and artistic expression the individual had, at the same time, the precise perception of his unrepeatable identity, responsibility, and creativity, and the awareness of making a positive contribution to the formation of the national community, its enrichment, and its glory In this way the idea of a nation, developed by romantic thinking, became an authentic *ideal* which, in reality, formed the fundamental engine of Western history throughout almost that entire century, and continued to be so even when certain elements making up this idea started to become corrupted In fact, it must be remembered that while the founding fathers of 19th-century national thought, on the one hand, developed the idea of a specific identity of the single nations, on the other hand they stressed their mutual complementarity and the fecundity of a harmonious coexistence With very few exceptions, even when they let themselves be led to celebrate a sort of "primacy" of the nation to which they belonged (something historically understandable in the case of nations that were still fighting to come together in political unity, like Italy and Germany), they did not slip into the claiming of a right of supremacy and dominion of their nation over others Suffice it to mention, in this regard, the names of Mazzini and Bolívar

Unfortunately the degeneration of this idea into the aberrant forms of *nationalism* (which, in particular, had cancelled the above-said original concept of the positivity and complementarity of the national differences) led to tragic historic experiences which marked the first half of the 20th century, and these caused a reaction of rejection of the very concept of nation (today this term has practically disappeared, almost censured, from ordinary and, even more so, from political discourse, in which it has been replaced by the weaker term "country") With this, however, an authentic ideal vacuum has been created in contemporary Western

civilization, into it have gone the tacit and worst surrogates of the idea of nation, such as racial and ethnic egoisms, which in reality are nothing more than projections at the collective level of the individualistic spirit that pervades everything today Today the generalized loss of national identities causes phenomena which might be called "of regression" or "historic involution" Many of those that could be considered the most solidly formed nations, and sometimes with a considerable historic legacy behind them, are seeing the occurrence of phenomena of separatism, often very accentuated and even violent, centrifugal and disintegrating, exasperated exaltations of differences that the historic process had gradually overcome and integrated into the unity of the nation But the cultural, social, and political vacuity of these phenomena becomes clear as soon as we realize that they have not at all produced the formation, or perhaps the recovery, of communities authentically inspired by a spiritual and ideal sense of "belonging" to a common tradition, history, and destiny, but actually reveal themselves to be attempts to pursue a better defense of local interests, clothed as vague and generic talk of trampled identities Thus the picture history presents today is the paradoxical one of a *globalization*, which tends to dissolve various types of frontiers among peoples, stimulates or produces mass migrations, mixings of traditions and cultures, and seems to project the future toward the existence of a planetary society while, on the other hand, there is an increasing swarming of particularisms, secessionisms, bloody tribal conflicts, and ethnic, racial, and religious intolerances The common result of these two opposite dynamics is a growing loss of identity, i e , of those communities of roots that provide a human being with an aggregating basis of reference for being himself, while at the same time feeling existentially similar to other human beings with whom he can share the belonging to a common heritage of values, customs, ideals, and commitments

To overcome this situation, which many today justly consider negative, and especially to be able to hope to give a sense and value to the unstoppable process of globalization that is taking place, the idea might come to mind to reattempt, on a large scale, something similar to the building of the ideal of nationality, and to proceed with its historic realization However, today it appears practically impossible to repeat such a process for all of mankind, precisely because the elements for perceiving that community of history and destiny which, as has been seen, made it possible for the idea of nation to mature (not by chance, it was born just less

than two centuries ago, as the result of a profound *reflection* on history) are objectively missing While it is true that today various peoples are starting, even if with many uncertainties, to conceive a community of history and destiny (like the peoples of Europe and of the two Americas), it is no less true that this awareness does not crop up in many other parts of the world and, even more, that these different "common histories", having remained separate in space and time for millennia, and even continuing to be almost mutually unknown by one another, cannot give rise to the sentiment of a common history of mankind It may be that in a not-too-distant future a similar awareness may develop, perhaps thanks to a non-scientific reflection on the common *history of humanity*, interpreted no longer from a political-military standpoint, but from an anthropological one, i e , considering how the human race, at the most various latitudes, has gone through stages of "cultural evolution" which are similar in many aspects, giving rise to forms of civilization and culture that are both original and extremely different, but also very similar in many ways, comparable, understandable, and appreciable by all This could be accompanied also by the awareness of a *common destiny* that the mankind of the coming generations could be forced to experience, faced with the serious ecological problems that are forming on the horizon, as well as with the serious social problems that the development of globalization will bring to the fore more and more

These are obviously futuristic prospects Nevertheless, an immediately practicable path could be the same one that once characterized the changing of the concept of nation, i e , that of the enhancement of *diversities*, which globalization tends to make disappear, but which an elementary wisdom should, instead, attempt to safeguard, considering them not as a sign of "extraneousness", or even of inferiority, compared to the life models or values different from those of one's own group, but instead as authentic sources of *wealth* Many nations, in the best times of their history, have been nourished by the diversities existing within them, and they reaped fruits such as civilization, splendor, success, and power The sense of national identity managed to be felt very strongly even in nations that incorporated populations of different languages, religions, and ethnic origins (for example Switzerland, the United States, and Russia)

Thus there is no lack of historic examples to back this project which, however, presupposes the availability of a precise spiritual attitude, i e , the intimate belief that the *others* have many things

that I *don't have*, and that they *are of value* in themselves, or could even have value for me (or for us) also It is not an easy mentality to acquire, since it presupposes the coming aware of ones cultural, historic, knowledge, institutional, and political *limits* Every culture has cultivated the illusion of being somewhat the *center* of the world and of history (it is not a deformation attributable only to the vituperated "Eurocentrism" it has been common to the Chinese, as well as to the Mexican-American, and even the "primitive" cultures) Today it is a matter of giving up finding a new "center", to instead realize that the human limitedness never permits for either an individual or a single community or culture, however "advanced" it may be, to embrace the entire range of what is good, beautiful, and valid for all men, while they all have something to contribute and something to learn and assimilate from the others Thanks to this new awareness, the man of the globalization age may continue to find the particular roots of his identity, and at the same time be open and enrich himself with what comes to him from the contact with and sharing of the contributions of the traditions other than his own

ABOUT THE AUTHOR

Emilio Mordini is a clinical psychoanalyst and founding Director of the Centre for Science, Society and Citizenship He was formerly Director of the Psychoanalytic Institute for Social Research (1986-2001) and Professor of Bioethics at University of Rome "La Sapienza", at the Dept of Gynecology, Obstetrics and Child Care (1994-2005) He was originally trained as a medical doctor (M D *Magna Cum Laude* from "La Sapienza", 1981, specialization in gastroenterology, 1984) before switching to psychoanalysis (registered psychoanalyst, Medical Association of Rome, 1989, member of the Italian Society of Psychiatry, 1992) and then to ethics and social sciences (M Phil *Magna Cum Laude*, from the Pontifical University of Rome "Angelicum", 1994) Since 1994 Dr Mordini has served in ethical panels of the European Commission He is also served as a project reviewer in various national programmes (Spanish Ministry of Health, French CNRS, Wellcome Trust, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna) Since 2003, Emilio has been a certified expert of the Italian Ministry of Education, University and Research (decree n 603 March/24/ 2003) His current research concerns biometrics and identification technologies, and their social, ethical, cultural and legal implications This research focuses on the political, social and ethical implications of recent developments in identification technology, notably biometrics, RFID, MEMS, smart tags, implantable microchips and the ways in which these change our ideas about human identity, about the distinction between private and public data, and indeed about the borderlines between personal identity and body integrity, including the so called "*informatisation* of the body"

EXPERIENCIAS, PROCESOS Y DINÁMICAS REGIONALES

POVERTY, INEQUITY AND PUBLIC HEALTH IN THE AFRICAN REGION

Luis G Sambo

Summary

Poverty is widespread in the African Region The people living in this Region also face a heavy and wide-ranging burden of disease, which takes its toll on social and economic development and shortens life expectancy The distribution of poverty or poor health is also not random The Region exhibits determinants of poverty and health that may not be shared with other regions Poverty, inequity and poor public health in the African Region can be tackled by sustained economic growth that is also geared to addressing inequities The contributions of the health sector to poverty reduction include interventions both outside and within the health sector, mainly a strong advocacy platform targeting stakeholders and partners It should also encompass doable orientations on the way other sectors incorporate health considerations into policies and practices that improve and protect public health A concerted effort by countries of the African Region and their partners is gathering momentum for change and to help the Region to accelerate progress towards national and international health goals including those related with the Millennium Declaration In order to succeed countries of the Region need to allocate a higher percentage of their national expenditure to health and their partners need to increase their assistance to these countries However, increased aid can only lead to progress if recipient countries commit themselves to policies that aim at economic growth, more efficient management of health resources, addressing the social determinants of health, reducing poverty and bridging inequality gaps

Introduction

The people living in the African Region[1] face a heavy and wide-ranging burden of disease, which takes its toll on social and economic development and shortens life expectancy The HIV/AIDS epidemic, malaria as well as the resurgence of tuberculosis continues to

reduce life expectancy in some countries (WHO, 2003a) Progress in human development made by some African countries in the 1970s and 1980s has been sharply reversed by HIV/AIDS In addition, countries in the Region continue to suffer from man-made emergencies, large-scale migration, famine, and economic decline Other infectious diseases and –increasingly- non communicable conditions and complications of pregnancy and childbirth, are also a severe burden

Poverty is widespread in the African Region Among the basic indicators, the disparity in maternal mortality between the Region and other regions in the world gives a stark picture of the level of poverty in the African Region (Figure 1) The distribution of poverty or poor health is also not random (Nolen, Braveman, Dachs, Delgado, Gakidou, Moser, Rolfe, Vega & Zarowsky, 2005) There are unequal opportunities to be healthy associated with membership in less privileged social groups, such as women and rural residents To decrease the magnitude of poverty, and to eliminate health disparities that are systematically associated with underlying social disadvantage, it is important to identify the determinants as well as manifestations of health disparities

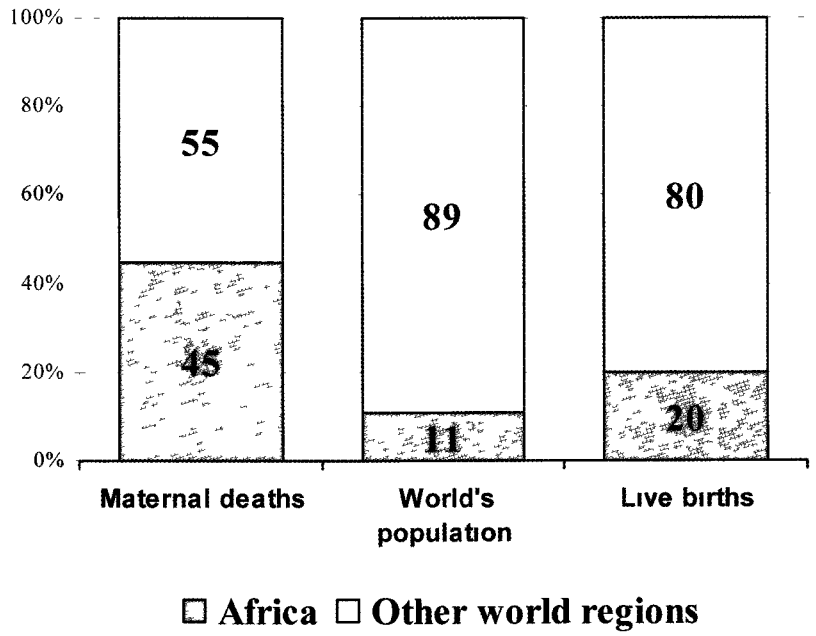


Figure 1 Source World Health Organization

Discussions of poverty and public health should include the consideration of equity because it often influences the relationship

between poverty and ill-health Moreover, its consideration is necessary for effective intervention For example, investments to improve the geographical and financial accessibility of preventive and curative health services may not improve the inequity in their use, without active support for the women, children, rural dwellers, and others most likely not to use these services (Braveman & Gruskin, 2003) Although the literature on poverty, inequities and health is fairly extensive, that dealing with the African Region is not The African Region exhibits features that may not be shared with other regions, and that are important determinants of poverty and public health Examination of these is an important first step to understanding the way forward

This paper describes the poverty, inequity and public health situation in the African Region It also presents the distribution of the major determinants of poverty and public health Potential options for interventions are also described, as well as outlining what needs to be done by countries, the World Health Organization (WHO) and other partners to address the problem

Poverty and Public Health in the African Region

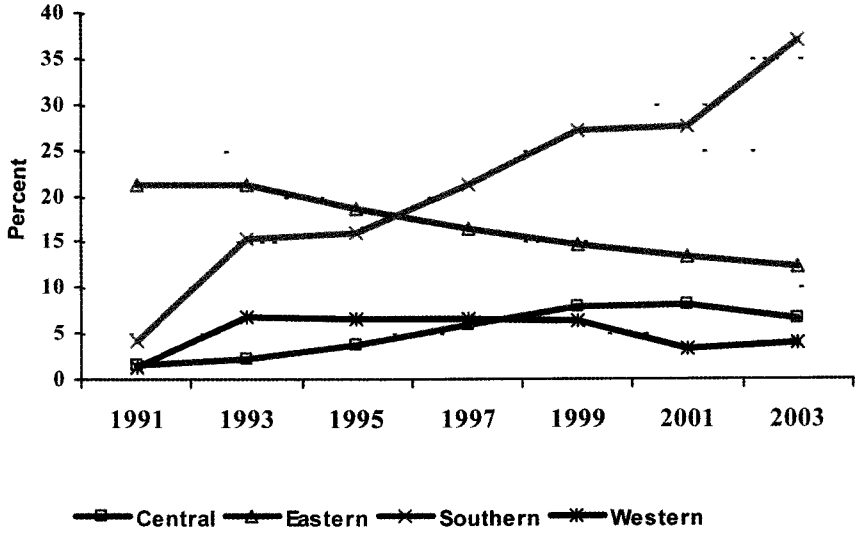
The concept of poverty is multidimensional and includes material deprivation and the multiple social disadvantages associated with it Thus, it also connotes the inability of people to meet economic, social (including health) and other standards of well-being However, for ease of monitoring and statistical analysis of the global poverty situation a narrower definition of poverty (based on income levels) is widely used (OECD, 2001 41) A large proportion of the populations of the African Region live in poverty using this definition of poverty Some 76% of the populations of the African Region live on less than US$2 a day, and 46 5% on less than US$1 a day While poverty has declined in other parts of the world, such as East and South Asia, over the past 20 years, the trend in the African Region has been strongly in the opposite direction Between 1981 and 2001 the GDP of countries of the Region decreased by 13% resulting in a doubling in the number of people in the Region living on less than US$1 a day from 164 million to 314 million (World Bank, 2005 4)

There is also a very strong relationship between the poverty situation described above and poor health in the Region The most important public health problems are HIV/AIDS, TB, malaria, epidemic prone diseases, maternal and child health problems

Non-communicable diseases, mental health problems and injuries are also emerging as important disease burdens

Africa is the region of the world that is most affected by the HIV/AIDS pandemic The Region has about 10% of the world's population and is home to more than 60% of all people living with HIV infection about 25 4 million people Without ready access to antiretroviral drugs, all of these people are likely to develop full-blown AIDS within the next ten years and will die if they do not get treatment Some 17 million African people have already died from AIDS, and about 12 million children have lost at least one parent to AIDS In 2004 alone, an estimated 3 1 million people became infected with HIV, while 2 3 million died of AIDS (UNAIDS/WHO, 2004) Despite efforts to prevent the infection and spread of disease, success on a large scale has been demonstrated in only a few countries where the rates of new HIV infections have stabilized or have been declining Even in these places, the incidence of HIV infection remains unacceptably high In the majority of African countries, new HIV infections are on the increase, indicating that preventive measures have not been effective enough (Figure 2)

Figure 2. Trend of HIV Prevalence among Pregnant Women in the WHO African Region, by sub-region, 1991 – 2003



Source World Health Organization

In the African Region, approximately 2 4 million new TB cases and 500,000 TB related deaths occur each year Nine of the 22 countries in the world responsible for 80% of all TB cases are in this Region, and 11 of 15 countries in the world with the highest incidence are also in the African Region On average, 35% of TB patients reported in countries in the African Region are co-infected with HIV, and in most countries in Southern Africa, over two-thirds of children and adults with TB are co-infected with HIV TB is also occurring more and more in younger economically productive members of society, especially girls and women closely resembling the trend of HIV prevalence (WHO, 2005a 10)

The African Region accounts for over 90% of an estimated 300-500 million clinical cases of malaria that occur across the globe every year At the same time, children in the Region account for 90% of the nearly one million malaria related deaths that occur in children worldwide Furthermore, malaria contributes significantly to anaemia in pregnant women and low birth weight in newborns Estimates show that countries in Africa with endemic malaria have 1 3 percentage points less economic growth per annum compared to similar nonendemic countries, and that the annual cost of lost productivity and providing treatment for malaria in the Region is US$12 billion (WHO/UNICEF, 2003 17)

A woman in the African Region faces a 1 in 16 risk of dying due to pregnancy and childbirth during her lifetime compared with 1 in 2,800 in developed countries For each maternal death, a further 30 women are affected by complications such as chronic anaemia, infertility and obstetric fistula (WHO, 2004a) Close to 4 4 million children die each year, 12,000 each day, from easily preventable or treatable illnesses and conditions The chief causes are neonatal conditions, acute respiratory infections, malaria, diarrheal diseases, measles and HIV/AIDS Close to 35% of deaths are due to the effect of under nutrition on diarrhoea, pneumonia, malaria and measles (Black, Morris & Bryce, 2003)

Major epidemics continue to occur in the Region Thus, epidemics of meningitis, cholera, dysentery, and hemorrhagic fevers, to name a few, exact a very high toll of mortality and disability every year In 2004 for example, the number of cases of meningitis in six countries affected by the epidemic totalled 31,520 with 4,294 deaths During the same year, 27 countries reported 81,306 cases and 2,029 deaths due to cholera (WHO, 2004b) Currently, the Region is also threatened by a potential deadly pandemic of avian influenza Other poverty-related diseases such as schistosomiasis, infection by soil-based helminths, sleeping sickness, visceral

leishmaniasis, lymphatic filariasis and Buruli ulcer are also taking their toll but are neglected by governments and partners Progress has stalled on drug research and development to treat these diseases, but they still have a considerable negative impact on human development in the Region and have become worse while efforts have focused on other diseases (Roungou, Mubila, Dabira, Kinvi & Kabore, 2005, Meda, Rangou & Dabiré, 2004)

Health systems in the Region are straining under a double burden a high mortality and morbidity due to communicable diseases coupled with increasing rates of noncommunicable diseases including mental illness and injury (WHO, 2000a) Road traffic deaths in the African Region are 50% higher than the world average The death toll is only the tip of the iceberg with millions injured or disabled each year in road traffic crashes (Peden, Scurfield, Sleet, Mohan, Hyder & Jarawan, 2004) Those most at risk of injury and death are pedestrians and users of motorized two-wheelers, who tend to be from lower income groups Armed conflicts are a frequent occurrence in African countries and may represent a major cause of ill-health, and even in countries that have not experienced armed conflicts there is a heavy toll from firearm injuries and other types of interpersonal violence, which can lead to physical disability (WHO, 2002a)

Inequities and Public Health

There are discrepancies in magnitude of poverty between and within countries across Africa Findings from studies done in developing countries (including several from the African Region) show that people in the highest socioeconomic class of the population are more than twice (or more) likely to have access to health services than people in the lowest 40% (Davidson, Abbas & Victora, 2004)

According to the World Bank classification of countries in income groups, in terms of gross national income (GNI) per capita 37 of the 46 countries in the African Region were low income countries with US$735 or less annual per capita income in 2003 Four countries were in the lower middle income bracket of US$736 – 2,935 Four others were in the upper middle-income bracket of the US$2,936 – 9,075 None of the countries in the African Region were in the high income bracket of US$9,076 or more (UNDP, 2003 250) Using these categories, the distribution of health indicators (healthy life expectancy, life expectancy, probability of death, and maternal mortality ratio) seem to improve

as one moves from low income countries to upper middle income countries (Table 1) For example, the average life expectancy at birth in low income countries is 47 8 years compared with 60 8 years in upper middle income countries, a difference of 13 years Thus, the populations living in relatively economically affluent countries can be expected to lead longer and healthier lives than their counterparts living in relatively low income countries The inequalities in health outcome across countries reflect the underlying inequalities in the distribution of various health determinants Access to improved water sources, sanitation, adult literacy rate, and the combined education enrolment ratio are lower among low income countries than among the lower and upper middle income countries

TABLE 1: The Distribution of Health Outcomes (life expectancy) and Selective Social Determinants by Level of Income of Countries in the African Region, 2003

Source UNDP 2003

Variable Mean values	Low income countries (n=37)	Low middle income countries (n=5)	Upper middle income countries (n=4)
Male healthy life expectancy (at birth)	40 3	47 6	51 0
Female healthy life expectancy (at birth)	42 0	49 8	54 4
Life expectancy (at birth)	47 8	55 7	60 8
Population with sustainable access to improved water source (%)	55 5	77 2	85 8
Population with sustainable access to improved sanitation (%)	50 9	69 2	74
Adult literacy rate (%)	56 3	78 2	81 2
Combined education enrolment ratio	43 5	76	77 3
Maternal mortality ratio	960 6	238	181 3

Determinants of Poverty, Inequity and Public Health

The determinants of poverty, inequity, and public health in the African Region can be categorized into three broad categories factors that are due to immutable factors like climate, geography and history, potentially modifiable global factors such as international trade, peace and stability, and national or country-level factors, including the health system and the HIV/AIDS pandemic

Climate, Geography, and History

The topography of most of Africa, which is a series of plateau surfaces, the escarpment of which form barriers of falls and rapids in the lower courses of rivers, is not suitable for use of these rivers as transportation routes into the interior The Region's rugged terrain is also not conducive to overland transportation of goods to the exterior Moreover, the Sahara desert is an important barrier of high-volume overland trade between sub-Saharan Africa and the coastal areas and trading partners in the north, including Europe This geographic barrier to transportation of goods, and thus trade has had important negative impact on the Regions economic development Most people live in areas with few rivers to provide irrigation and a rugged terrain that does not permit cheap irrigation Erratic rainfall and a secular decline in rainfall across the continent during the past 30 years did not permit extensive agricultural development The warm and wet tropical climate has also been a very conducive place for breeding of insects and other vectors of diseases that plague the continent, particularly malaria These diseases have negatively impacted socio-economic development in the Region (UN Millennium Project, 2005a 146)

The period of European colonization of Africa that began in the 15th century continued until the conclusion of World War II after causing immense human misery as well as economic and social devastation The post-independence era has also been marked by a rise in cross-border and civil wars in countries

Global Influences

Environmental degradation has also contributed to poverty and poor health in the Region The actions of both African and industrialized countries have contributed to the worsening of the situation The major deforestation of the Region, for example, was partly caused by local demand for land, construction materials and fuel with increasing population growth But it was also caused by

the international demand for timber and other forest products (UN Millennium Project, 2005b 3)

In other parts of the world, globalisation and good economic governance may have resulted in higher living standards Globalisation however did not have similar positive effect on the economy nor decreased poverty or improved public health of the African Region (UNDP, 1999) Greater liberalisation of trading and finance systems and the creation of global markets where Africa is increasingly failing to compete have exacerbated the poverty situation, including the inability to pay for health services It has also led to outflow of skilled (including health) workers from Africa to the developed countries (Joint Learning Initiative, 2004 18) Foreign aid has generally been used to encourage the cultivation of cash crops such as cotton, cocoa and coffee in place of subsistence farming

The African Region continues to struggle under the severest onslaught of man-made disasters and disasters associated with natural hazard Parts of the Region continue to face food shortage due to droughts, increasing HIV/AIDS prevalence and armed conflicts, leading to complex humanitarian emergencies (Commission for Africa, 2005 34) The African Region is vastly rich in natural resources but struggle for control over diamonds, timber, gold, minerals and oil resources have been the cause of instability and wars with direct negative effect on social welfare and health

National or Country-level Factors

Rapid population growth, and migration to urban areas which tends to be fastest in countries of the African Region, has exacerbated the problems associated with the global determinants outlined above It seriously hinders the availability of farmland and increases environmental degradation (deforestation, soil degradation, fisheries depletion, reduced freshwater) Without safe water for drinking and for use in food preparation, populations are vulnerable to an array of waterborne diseases including cholera, typhoid and other diarrheal infections, as well as to parasites such as guinea worm and schistosomes In 2002 the percentage of people in the African Region with access to safe water supply was 84% for urban and 45% for rural areas Collecting water is also a time-consuming, physically stressful task that falls disproportionately on women and children Only 58% of the urban and 28% of the rural population has access to adequate sanitation facilities (WHO, 2005b 42) Hundreds of thousands of people, particularly children,

die every year from diseases caused by micro organisms, chemicals in the water supply, or diseases caused by poor sanitation

Air pollution is one of the most serious environmental problems in the African Region and a continuing threat to health, especially in urban areas As cities grow, more vehicles, industries, homes and power stations are contributing to the pollution load Urban air pollution contributes to illnesses, such as lung cancer, heart disease, asthma, and bronchitis Indoor air pollution has also impacted on people's health Most people living in rural areas, informal settlements and city slums in the Region continue to rely on traditional fuels such as crop residues and firewood for cooking and heating, and these low-quality fuels, combined with inefficient stoves and poor ventilation creates high levels of pollutants inside the home (WHO, 2002b) Chemical pollution is another problem Exposure to certain chemicals can cause effects ranging from acute intoxication to birth defects and cancer Hazardous practices in agriculture or public health use of certain chemicals have profound repercussions on health The use of DDT is a particular problem Banned in much of the world because of its fat solubility, persistence and ability to travel, this pesticide is used in some parts of Africa in the absence of cheaper alternatives and because of its effective role in vector control (Govere, Lyimo, Bagayoko, Faye, Ameneshewa, Guillet, Murugasampillay & Manga, 2004)

From being an overwhelmingly rural part of the world just 20 years ago, Africa is urbanizing rapidly Currently 37% of its people live in cities, but by 2030 this proportion is expected to reach 53% Rapidly expanding cities are often characterized by slum-dwelling, inadequate water and sanitation services and wastewater problems Microbes flourish and infectious diseases become epidemic The overcrowding that always accompanies rapid urbanization contributes to a host of social and behavioural problems including disintegration of families, homelessness, crime, violence, drug use and sexual abuse (WHO, 2003b 4)

Health related behaviours are also important determinants Risky sexual behaviour contributes to the current high levels of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS Chronic diseases are linked to a few common and modifiable risk factors high blood pressure, high cholesterol levels, high blood sugar levels, tobacco use, inadequate intake of fruits and vegetables, and being overweight, obese or physically inactive These risk factors are increasing due to urbanization and globalisation (WHO, 2002c 7) As people move out of villages into towns and cities, a traditional

diet rich in fruits and vegetables is gradually being replaced by a diet rich in calories from animal fats and low in complex carbohydrates This dietary change is combined with a decrease in physical activity as people move away from traditional farming into sedentary jobs Global marketing of tobacco, alcohol, and fatty, sugary and salty foods has reached into all but the most remote parts of the Region

Health Systems

The health system itself can be viewed as a determinant of poverty, inequity and public health Persons who are in poor health less frequently move up and more frequently move down the social ladder than healthy persons The role of the health system becomes particularly relevant through the issue of access to preventive and curative health services (Braveman et al , 2003) The health system can directly address inequities not only by improving equitable access to care, but also in the promotion of intersectoral action to improve health status The health system is also capable of ensuring that health problems do not lead to a further deterioration of people's social status and of facilitating sick people's social reintegration

Equitable and sustainable access to properly functioning health systems, however, has not been attained across the Region There have always been geographical disparities and these have worsened over the last decade Many people, particularly those in rural areas, often have to travel long distance to receive basic health care Once they reach a hospital or a clinic, they may only receive health care if they pay for it Inevitably, many people may forego treatment because they cannot afford it, while those who pay may find the cost ruinous and the quality of service limited Rapid turnover of people in key positions, lack of continuity in policy, lack of resources, poor management of available resources and poor implementation are seen in many countries as major constraints for improving the health systems Most countries in the Region inherited a colonial, European model of health care that was primarily intended for colonial administrators and expatriates, with separate or second-class provision made –if at all– for Africans (WHO, 2000b 14)

Most countries in the Region do not have a health information system capable of collecting, storing, analyzing and reporting data to inform policy and decision-making Although the critical baseline for judging a population's health is derived from the

registration of births and deaths, these events go unrecorded for most of the people in Africa For example, less than 10% of deaths are registered in the Region Even when deaths are registered, often the causes of death are not given or attributed reliably (Mathers, Ma Fat, Inoue, Rao & López, 2005)

In some parts of the Region, over half of the population do not have access to essential medicines and are thus unable to benefit from proven treatment of common diseases In the absence of affordable and good quality medicines, some people in the Region unwittingly resort to poor quality or cheap counterfeit medicines Only 10% of countries in the Region have comprehensive medicine regulatory capacity (WHO, 2005c 9)

Although the absolute numbers of health professionals has increased, the health professional-to-population ratio overall has fallen There are many factors that have contributed to the growing shortage of health workers across the Region These include high disease burden that has necessitated the need for more health workers to take care of the sick, large losses of health care workers due to migration and death (particularly due to AIDS), inadequate or lack of human resource policies and plans that have not matched with increasing demands of health service delivery, and a weak or stagnant health system infrastructure that has not matched with population growth (Awases, Gbary, Nyoni & Chatora, 2004)

In African countries, overall public and private sector expenditure on health is about 5% of gross domestic product (GDP) Out of the total expenditure on health, government contributes 51% (of which 20% comes from external sources), and private enterprises and household contribute about 49% Almost 80% of the latter consists of out-of-pocket expenditures by household Heads of states of African countries made a commitment in Abuja to allocate at least 15% of their annual budgets to the health sector By end of 2002, only two countries had spent 15% and above of their budgets on health (Chatora, 2005)

The HIV/AIDS Pandemic

Not only is the epidemic contributing to high disease burden, it is also a major constraining factor for development It destroys human capital, it wrecks the mechanisms that generate human capital formation, it makes investment less attractive, and it drains the human and institutional capacities that drive sustainable

development For example, with the massive turnover resulting from AIDS, firms face heavy costs of re-assigning and re-training workers (WHO, 2001 47) Skilled workers have died or fled in large numbers, leaving countries without the technical or entrepreneurial leadership Large numbers of orphans left by AIDS have strained the social support networks The direct time and expense of the frequent funerals may have a significant adverse effect on the local economy The disease is overwhelming health systems and their overstretched and shrinking workforces (WHO, 2004c 8)

The Way Forward

Multisectoral Interventions

The Millennium Development Goals (MDGs) recognize the interdependence between poverty, inequities and public health The MDG framework shows that without significant gains in poverty reduction, food security, education, women's empowerment and improved living conditions in slums, or sustainable environment many countries will not attain health targets And without progress in health, other MDG objectives will also remain beyond reach At current rates not all countries of the Region are growing fast enough to achieve the UN MDGs, particularly Goal 1 cutting poverty in half by 2015 (UNDP 2005 18)

Poverty, inequity, and poor public health in the African Region can be tackled by sustained economic growth, bolstered by more investments in infrastructure (electric power, roads, ports, and communications), environmental sustainability, and improving urban management Governments in the African Region have the greatest role to play to make sure that economic growth does not lead to widening inequities and that poor people share in overall growth, with a focus on expanding their access to secure land tenure, making it easier for them to start small businesses, and broadening their access to microfinance Increased public investment in education and public health is also important It is the state authorities that should take the lead in emphasizing human rights and social equity to promote the well being of all people and to ensure that poor and marginalized people fully participate in decisions that affect their lives (UNDP, 2004 15) But striving for macroeconomic stability should not lead to marginalizing and cutting expenditures on the social sector The challenge is to secure a level of spending consistent with macroeconomic stability and that best promotes health development and equity in health (World Bank, 2006 198)

Health Sector Interventions

Considering the multidimensional nature of poverty, the contribution of the health sector to poverty reduction should include interventions both outside and within the health sector The health sector should collaborate with other sectors to influence most of the underlying conditions required for public health, including clean water and sanitation, food and drug safety, tobacco control, access to health-related education and information, and standards for safe working, housing, transport and environmental conditions At the very least it could contribute by setting and enforcing standards on these underlying conditions

The health sector should develop and maintain a strong advocacy platform targeting stakeholders and partners operating outside the health sector in order to sensitise them on the contribution of health to poverty reduction, and to provide orientations on how other sectors (education, agriculture, transport, energy, water and environment, finance and planning, housing, sanitation, industry) should incorporate health considerations into policies and practices to improve health outcomes A first step to do this is by generating evidence on the linkages between public health and environmental and socioeconomic determinants The health sector should also undertake a routine assessment of potential health implications of development policies for different social groups In order to do this, routinely collected data on health, health care and other health determinants should be disaggregated into groups by factors such as wealth, gender and race/ethnicity that reflect poverty and social disadvantage (Nolen et al , 2005)

At the health system policy level countries need to put in place reforms with a view to shifting the focus of health systems away from an overly curative approach to a more preventive and promotional pattern of health interventions, with a view to accelerating the improvement of the health status of the poor Extending health coverage to underserved areas for the benefit of vulnerable populations, reinforcing immunization programmes against childhood illnesses through regular monitoring and mobilization of adequate funding, as well as improving the local production of vaccines, medicines, and diagnostics will also be needed (OECD/WHO, 2003 53)

Development of a national health financing system that contributes to improved health outcomes in an equitable and efficient way and that protects populations against the impoverishing effects of

illness is important Equitable financing would increase access to health care for the poor, improve people's health and thus their ability to earn a living, thereby indirectly reducing poverty It could also reduce the prevalence and depth of poverty by protecting the poor and vulnerable from further impoverishment resulting from health care expenses (WHO, 2005d) This would require securing more sustainable funding for health systems, choosing and purchasing cost-effective interventions, setting appropriate financial incentives for service providers, and ensuring equitable access to quality health services

Another important intervention option is strengthening health promotion initiatives, including healthy behaviour to improve health and prevent priority diseases, particularly those afflicting the poor It is important to focus on promoting adequate nutrition, food safety, reduction of environmental and behavioural risk factors, especially those leading to HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases, cardio-vascular diseases, diabetes, and cancer Promoting multisectoral interventions aimed at mobilizing individuals, families and communities to participate more in health promotion and prevention interventions will also be needed (WHO, 2002c 101)

The health sector should also scale up interventions against the major public health problems of the Region For HIV/AIDS, the emphasis should be on prevention and control of infection, as well as care and support of people living with AIDS Access to antiretroviral medicines and local production of generic medicines needs to be promoted Increasing the coverage of access to a directly observed short course treatment should be pursued in the control of tuberculosis Malaria will need to be tackled through the introduction of the artemisinin-based combination therapy in countries with evidence of resistance to chloroquine Preventive treatment for pregnant women, vector control through the use of insecticide-treated materials and spraying of insecticides will also need to be promoted Maternal health should be improved by increasing access to quality prenatal and postnatal care, including emergency obstetric care aimed at reducing maternal and newborn mortality Child health services, especially immunization and the Integrated Management of Childhood Illnesses, will also need to be supported by strengthening primary health care services in health facilities and at the community level The implementation of improved and expanded schemes for nutrition and infant and young child feeding, as well as disease surveillance and epidemic response strategies should also be pursued (WHO, 2003c 8)

Such health interventions will create new opportunities for poor people to enter the labour market with increased capacities and thus result in higher productivity This, in turn, will help to reduce poverty insofar as it affects the individual, the family, the community and the nation To undertake such interventions countries need to institute appropriate reforms, update national health policies and increase the budget allocated to the health sector in accordance with the Abuja Declaration of heads of states of the African Region (OAU, 2000), which commits countries to allocating 15% of their total budget to the health sector, advocate at the national and international levels for more resources to be allocated to the health sector, and to develop a transparent mechanism for managing, monitoring and evaluating the efficiency in use of such resources

The Role of WHO and Partners

The Millennium Development Goals (MDGs), the health strategy of the New Partnership for African Development (NEPAD), World Health Assembly, African Union heads of state resolution on health, and country priorities should form the basis for current health priorities of WHO and other partners in the African Region Partnership is a key element for the achievement of the MDGs Closer collaboration will need to be forged between WHO and the African Union, UN Economic Commission for Africa and regional economic communities, as well as other United Nation agencies, the World Bank and International Monitary Fund, bilateral donors, government and nongovernmental sectors Efforts should also be made to promote the involvement of civil society organizations, women, the private sector, and academic and research institutions in supporting health sector reform Community views need to be considered so that national health systems are more responsive to people's expectations and needs, and communities increase their involvement in health promotion and prevention

The current international consensus on the importance of health for socioeconomic development and poverty reduction, as reflected in the report of the UK Africa Commission and G8 resolution, as well as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, (GFATM), the (US) President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), and the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), and the Making Pregnancy Safer (MPS) initiative provide unprecedented avenues for improved technical

cooperation of WHO and other partners with countries of the Region

Conclusion

A concerted effort by countries of the African Region and their partners is gathering momentum for change and to help the Region come closer to achieving the MDGs In order to succeed countries need to allocate a higher percentage of their national expenditure to health and their partners need to increase aid to the African Region to address the lack of financial resources Governments and their partners also need to make sure they translated good policies into action

Progress on achieving the MDGs is dependant on the effort of countries but also hinges on policy changes made by wealthy countries, such as debt forgiveness, commitment to increased aid and its effectiveness, and freeing of market restrictions Some progress has been made in these areas Donor countries have also agreed to harmonize aid and respect development priorities in recipient countries However, several of the rich nations have not yet fulfilled their commitment to give 0 7 percent of their annual income in aid (UN, 2002) However, increased aid can only lead to progress if recipient countries commit themselves to policies that aim to reduce poverty and inequities, and that promote and protect public health

NOTE

[1] This paper focuses on the 46 Member States of the African Region of the World Health Organization (WHO) The WHO African Region does not include all 54 countries on the African continent Although the Region mostly consists of countries in Sub-Saharan Africa, it is not limited to Sub-Saharan Africa

REFERENCES

Awases, M , Gbary, A , Nyoni, J and Chatora, R 2004 Migration of Health Professionals in Six Countries a Synthesis Report Brazzaville WHO Regional Office for Africa

Black, R E , Morris, S S and Bryce, J 2003 "Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year?" *Lancet*, 361 2226-34

Braveman, P and Gruskin, S 2003 "Poverty, Equity, Human Rights and Health" *Bulletin of the World Health Organization* 81 539-545

Chatora, R 2005 Health Financing in the WHO African Region African Health Monitor 5(2) 13-6

Commission for Africa 2005 Our Common Interest Report of the Commission for Africa London, Commission for Africa

Gwatkin, Davidson R , Bhuiya, Abbas and Victora, Cesar G 2004 "Making Health Systems More Equitable" *Lancet* 364 1273–80

Govere J , Gebremariam, F , Lyimo, E , Bagayoko, Faye O , Ameneshewa, B , Guillet, P , Murugasampillay, S and Manga, L 2004 "The Use of DDT for Malaria Vector Control Past, Present and Future" *Communicable Diseases Bulletin for the African Region* 2(4) 11-13

Joint Learning Initiative 2004 *Human Resources for Health-Overcoming the Crisis* Cambridge, Mass Harvard University Press

Mathers, C D , Ma Fat, D , Inoue, M , Rao, C , Lopez, A D 2005 "Counting the Dead and What they Died from, an Assessment of the Global Status of Cause of Death Data" *Bulletin of the World Health Organization* 83 171-7

Meda, H A Roungou, J B , and Dabire, A 2004 "Update on Progress Made in the Implementation of the Regional Programme for the Control of Human African Trypanosomiasis, 2003" *Communicable Diseases Bulletin for the African Region* 2(3) 10-11

Nolen, L B , Braveman, P , Norberto, J , Dachs, W , Delgado, I , Gakidou, E , Moser, K , Rolfe, L , Vega, J , and Zarowsky, C 2005 "Strengthening Health Information Systems to Address Health Equity Challenges" *Bulletin of the World Health Organization* 83 597-603

OAU 2000 Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases Addis Ababa Organization of African Unity

OECD 2001 The DAC Guidelines Poverty Reduction Paris OECD Publications Service

OECD/WHO 2003 DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health Paris OECD

Peden, M , Scurfield, R , Sleet, D , Mohan, D , Hyder, A A , Jarawan, E , et al 2004 World Report on Road Traffic Injury Prevention Geneva World Health Organization

Renner, Michael 2002 The Anatomy of Resource Wars Worldwatch Institute (October)

Roungou, J B , Mubila, L , Dabira, A , Kinvi, E B and Kabore, A 2005 "Progress in Lymphatic Filariasis Elimination in the African Region" *Communicable Diseases Bulletin for the African Region* 3(1) 10-11

UNAIDS/WHO 2004 UNAIDS Epidemic Update 2004 Geneva UNAIDS/WHO

UN 2002 Report on the International Conference on Financing for Development, Monterrey, Mexico, 18–22 March 2002 New York United Nations

UNDP 1999 Human Development Report 1999 Globalization with a Human Face New York United Nations Development Programme

UNDP 2003 Human Development Report 2003 Millennium Development Goals A Compact Among Nations to End Human Poverty United Nations Development Programme New York Oxford Oxford University Press

UNDP 2004 Human Development report 2004 Cultural Liberty in Today's Diverse World New York United Nations Development Programme

UNDP 2005 Human Development Report 2005 International Cooperation at a Crossroads Aid, Trade and Security in an Unequal World New York United Nations Development Programme

UN Millennium Project 2005a Investing in Development A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals United Nations Development Programme London and Sterling, VA Earthscan

UN Millennium Project 2005b Environment and Human Well-Being A Practical Strategy Report of the Task Force on Environmental Sustainability London Earthscan

WHO 2000a Noncommunicable Diseases A Strategy for the African Region, Brazzaville WHO Regional Office for Africa

WHO 2000b The World Health Report 2000 Health Systems Improving Performance Geneva World Health Organization

WHO 2001 Macroeconomics and Health Investing in Health for Economic Development Report of the Commission on Macroeconomics and Health Geneva World Health Organization

WHO 2002a World Report on Violence and Health Geneva World Health Organization

WHO 2002b Health and Environment A Strategy for the African Region (AFR/RC52/10) Brazzaville WHO Regional Office for Africa

WHO 2002c The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life Geneva World Health Organization

WHO 2003a Communicable Diseases in the WHO African Region 2003 Harare Division of Prevention and Control of Communicable Diseases, WHO Regional Office for Africa

WHO 2003b Reducing Poverty through Healthy Cities Programme Brazzaville World Health Organization, Regional Office for Africa

WHO 2003c Poverty and Health a Strategy for the African Region (AFR/RC52/11) Brazzaville WHO Regional Office for Africa

WHO 2004a Maternal Mortality in 2000 Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA Geneva World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research

WHO 2004b Communicable Diseases in the WHO African Region 2003 Division of Prevention and Control of Communicable Diseases WHO Regional Office for Africa, 2004

WHO 2004c The World Health Report 2004 Changing History Geneva World Health Organization

WHO 2005a Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing Geneva World Health Organization

WHO 2005b World Health Statistics 2005 Geneva World Health Organization

WHO 2005c The Work of WHO in the African Region – 2004 Annual Report of the Regional Director Brazzaville World Health Organization, Regional Office for Africa

WHO 2005d Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure Technical Briefs for Policy-Makers Number 2 Geneva World Health Organization

WHO/UNICEF 2003 Africa Malaria report 2003 Harare World Health Organization, Regional Office for Africa

World Bank 2005 Improving Health, Nutrition and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa The Role of the World Bank Washington D C The World Bank

World Bank 2006 World Development Report 2006 Equity and Development Washington D C The World Bank/Oxford University Press

ABOUT THE AUTHOR

Luis G Sambo obtained a degree in medicine in 1977 from the Faculty of Medicine at the University of Angola, and the Faculty of Medical Sciences of the Universidad Nova of Lisboa He started his career in 1977 as District Medical Officer at the Municipality of Cacuaco in the Province of Luanda, and served as Director of Health Services in the province of Cabinda, from 1978 to 1980, and as Director of International Cooperation at the Ministry of Health in Luanda from 1981 to 1983 Dr Sambo served in various other capacities before his elevation to the post of Vice Minister of Health in 1983, a position he held for five years As Angolan Vice Minister of Health, he was Chair of the National Health Committee, Coordinator of Public Hospitals in Luanda, and Supervisor of the National Programme for Disease Control, Mother and Child Health, and Epidemiological Surveillance He joined WHO in 1989 as Chief of the Inter-Country Strategic Support Team in Harare, Zimbabwe In 1990, he was assigned to Guinea Bissau as WHO Country Representative He was re-assigned to the Regional Office in Brazzaville in 1994 as Regional Adviser in charge of coordinating WHO's Health-For-All Strategy In 1996 he served as Director of the Division of Health Services Development at the Regional Office From 1998 to 2004, he was Director of Programme Management at the Regional Office, coordinating WHO's programme of technical cooperation with 46 Member States in the African region He has published several publications in international journals and is a member of various associations Currently he is WHO Regional Director for Africa

DESIGUALDAD, SALUD PÚBLICA Y ÉTICA: EL CASO LATINOAMERICANO

Bernardo Kliksberg

I. El contexto Latinoamericano y la salud una relación compleja

En el nuevo escenario mundial están emergiendo cambios fundamentales en la vision de cómo saber si las sociedades realmente progresan, y cómo medir el desarrollo Tienen que ver con las profundas frustraciones experimentadas en las últimas décadas en muchas sociedades, entre ellas varias de las latinoamericanas, que medidas por los criterios usuales de tasas de crecimiento anual, producto bruto per capita, y reducidos niveles de inflación, parecían tener todos los signos del progreso, y donde, sin embargo, había profundos procesos de deterioro en las bases de su economía, y grupos crecientes de la población estaban siendo excluidos

América Latina aparece en el pensamiento emergente como ejemplo claro de una región donde, como afirma el Premio Nóbel de Economía Stiglitz (2002), los modos convencionales de enfocar el desarrollo y medirlo han sido desmentidos por la realidad Reflexiona basándose en su caso

> "Yo argumentaria que debemos reexaminar, rehacer, y ampliar los conocimientos acerca de la economia de desarrollo que se toman como verdad mientras planificamos la proxima serie de reformas"

La nueva vision que comienza a tener fuerza creciente amplía totalmente las dimensiones que deberían tenerse en cuenta para saber si una sociedad progresa, e incluye junto a indicadores económicos usuales, aspectos que tienen que ver con el desarrollo social, el desarrollo medio ambiental, el acceso a la cultura, las libertades, y la construccion de ciudadania Sabemos si hay progreso si en definitiva crece lo que Amartya Sen ha llamado "los grados de libertad" las opciones efectivas para que cada ser humano pueda desenvolver su potencial

Esa visión revaloriza plenamente el papel de la salud pública El modo en que una sociedad trata a sus integrantes en este campo esencial es un "indicador de choque", crucial, de la medida en que realmente avanza La salud es una meta prioritaria en si misma, y al mismo tiempo el pilar estrategico para que exista una libertad real

Al mismo tiempo el nuevo pensamiento sobre el desarrollo esta dando otra significación a la convencional, al peso de los recursos humanos de una sociedad en alcanzar metas de productividad, progreso tecnologico, competitividad y crecimiento Las diferencias centrales de desempeño nacional en el escenario economico mundial presente se basan en la "calidad de la población" de un país Las dos expresiones fundamentales de esa calidad son los niveles de educación y de salud La segunda fuertemente influida por la primera, es a la vez la base fundante de la primera La acumulación de capital en las dimensiones de educación y salud, se ha mostrado como palanca clave del desarrollo en las economias más exitosas de las últimas décadas, como las Nordicas, y algunas del Sudeste Asiatico El informe de la comision de notables presidida por Jeffrey Sachs "Macroeconomia y salud" (OMS, 2002) enseña que todos los paises exitosos han hecho previamente grandes inversiones en mejoramiento de su salud pública Las mejoras en salud, han sido en ellos un prerrequisito del desarrollo, y no una mera consecuencia del mismo

La salud aparece crecientemente como un cartabón esencial para saber si realmente hay progreso, y al mismo tiempo como un medio decisivo para obtenerlo Ellos son avances de gran trascendencia Sin embargo, al mismo tiempo crece la visión de que alcanzar las metas deseables en salud, es un desafío de la más alta complejidad porque ellas están fuertemente ligadas a un conjunto amplio de factores que tienen que ver con el funcionamiento global de las sociedades Las características de los entornos, en dimensiones como pobreza, desigualdades, cobertura y calidad de la infraestructura, situación de las familias, desarrollo de las comunidades, medio ambiente, y otras, son decisivas Particularmente, ha demostrado ser de extrema complejidad el crucial tema de la inequidad en salud La experiencia latinoamericana indica que pueden lograrse mejoras importantes en los indicadores promedio, y al mismo tiempo estar ahondándose las distancias al interior de los países con fuertes efectos sobre amplios sectores Es imprescindible, como lo plantea Mirta Roses

(2003), alejarse de la tiranía de los promedios Como sugiere, puede ser preferible en cuanto a esperanza de vida y otros parámetros nacer en un país de menor ingreso per capita, pero mejor equidad, que en otro de mayor per cápita pero mayores brechas de ingresos Como indican diversos trabajos de investigación, el coeficiente Gini puede ser muy util para entender las reales problemáticas de salud de una población Así Erick Messias (2003) estima revisando las diferencias entre los diversos estados del Brasil, uno de los países con mayores niveles de desigualdad en este campo, que cada aumento de 0 01 en el Gini, significa una caída de la esperanza de vida de 0 6 años

Ello obliga a plantearse una pregunta absolutamente estrategica ¿Qué implica para la salud pública y sus perspectivas en Latinoamérica, estar inmersa en la región del mundo considerada unanimemente como la más desigual de todas? Este tema crucial puede tener una doble lectura Las inequidades en salud aparecen fuertemente influidas por las tan profundas desigualdades de las sociedades latinoamericanas Por otro lado, al mismo tiempo en todo planteo para enfrentar y superar estas desigualdades, el diseño de las estrategias realmente efectivas tendra que centrarse en alcanzar logros en salud

En la democratización de los determinantes de la salud publica se halla una de las principales vías para encarar los inaceptables, y regresivos umbrales de desigualdad de la Región Están en curso en America Latina cambios de envergadura en cuanto a la percepción de los caminos para el desarrollo y los contenidos del mismo, que abren un nuevo entorno a las luchas por la salud publica Hay un crecimiento democrático de gran significación Las sociedades civiles participan cada vez más activamente, y exigen pasar de una democracia pasiva a una democracia activa Crecen las presiones publicas por un Estado más transparente, descentralizado, abierto Comienza a haber una movilización en ascenso del capital social de la sociedad Hay una nueva expectativa sobre el rol mismo de las políticas públicas Las visiones marginadoras de las mismas, perdieron credibilidad por sus pobres resultados, y se espera una nueva rearticulacion entre políticas públicas activas, fuerzas productivas, y sociedad civil

Estos desarrollos tienen como uno de los puntos básicos de su agenda el más absoluto rechazo de los actuales niveles de desigualdad Organizaciones como el Banco Mundial señalan en un informe reciente (2004) sobre el tema que

> "el alto nivel de desigualdad es rechazado en forma generalizada en casi todos los paises, entre el 80 y el 90% de los ciudadanos considera que las tasas de inequidad imperantes son injustas o muy injustas"

Se están gestando nuevas configuraciones de fuerzas en los espacios democráticos de América Latina, con una clara vision renovadora del modelo de desarrollo y una vigorosa actitud anti-inequidad Ellas están llevando a programas de cambio de gran envergadura como los mandatos que fueron entregados a los nuevos Presidentes de Brasil, Argentina, Uruguay, Chile y Bolivia, entre otros El mismo Banco Mundial advierte este proceso señalando (2004) que

> "hay un cambio en marcha, en especial a nivel subnacional, conforme al cual las nuevas alianzas entre la elite progresista, los funcionarios publicos, la clase media y los pobres actualmente estan impulsando la creacion de instituciones mas inclusivas y eficientes"

Éste es un contexto cargado de cambios de magnitud, en donde aparecen grandes riesgos y desafíos para la salud pública Este trabajo tiene por finalidad aportar a la búsqueda de políticas renovadoras en salud pública, concentrándose particularmente en contestar la pregunta planteada anteriormente ¿qué significa para la salud publica estar inmersa en la región más desigual del planeta? Para ello se propone cubrir varios momentos de análisis sucesivos En primer lugar, presentar un cuadro de las tendencias más recientes en materia de desigualdad en la Región, y de los significados que esa desigualdad tiene para el desarrollo En segundo lugar, revisar brevemente algunos indicadores sobre las inequidades en salud, y señalar la influencia sobre ellos de algunas de las tendencias observables en materia de desigualdad en general Por ultimo, sugerir algunas consideraciones estratégicas que pueden ser de utilidad para el debate sobre nuevos cursos de acción en salud pública

II. Tendencias en desigualdad

La brecha de ingresos

Un informe conjunto de la CEPAL, IPEA del Brasil, y el PNUD (2004) sobre el estado de la Región en relacion a las metas del milenio destaca que en todos los países de America Latina, sin excepción, los coeficientes Gini (que miden la desigualdad en la distribución de los ingresos) superan los promedios internacionales

y del OCDE El Banco Mundial (2004) en su informe sobre desigualdad plantea que

> "America Latina sufre de una enorme desigualdad Se trata ademas de un fenómeno invasor que caracteriza a cada aspecto de la vida como el acceso a la educación, la salud y los servicios publicos, el acceso a la tierra y a otros activos, el financiamiento de los mercados de credito y laborales formales, y la participacion e influencia política"

Las cifras comparadas no dejan lugar a dudas sobre la certeza de estas afirmaciones Véase el cuadro siguiente que compara los coeficientes Gini y las brechas de ingresos entre países de América Latina, Estados Unidos e Italia

Cuadro 1
Indicadores de desigualdad para algunos de los países de América Latina, Estados Unidos e Italia

Pais	*Coeficiente de Gini*	*Porcentaje del 10% superior en el ingreso total*	*Porcentaje del 10% inferior en el ingreso total*	*Relacion entre los ingresos del decimo decil y el primer decil*
Brasil (2001)	59,0	47 2%	2,6%	54,4
Guatemala (2000)	58,3	46,8%	2 4%	63,3
Colombia (1999)	57 6	46 5%	2,7%	57 8
Chile (2000)	57,1	47,0%	3 4%	40,6
Mexico (2000)	54,6	43,1%	3,1%	45 0
Argentina (2000)	52,2	38,9%	3 1%	39,1
Jamaica (1999)	52 0	40 1%	3,4%	36 5
Republica Dominicana (1997)	49 7	38 6%	4,0%	28 4
Costa Rica (2000)	46,5	34,8%	4 2%	25,1
Uruguay (2000)	44,6	33 5%	4 8%	18,9
Estados Unidos (1997)	40,8	30,5%	5 2%	16 9
Italia (1998)	36,0	27,4%	6 0%	14 4

Fuente Banco Mundial (2004) Desigualdad en America Latina y el Caribe ¿Ruptura con la historia? Washington D C

Como se advierte, las brechas latinoamericanas son muy superiores a las de Estados Unidos e Italia Hay una concentración aguda de los ingresos En Brasil el 10% más rico tiene el 47% de los ingresos, mientras que en Italia solo alcanza al 27% A su vez, el 20% más pobre duplica en Italia la participación en los ingresos que tiene en Brasil Como consecuencia, mientras que en Brasil la distancia entre el 10% más pobre y el 10% más rico es de 54 veces, en Italia es de 14 veces Es aún considerablemente menor en otros países como Corea, y Hong Kong donde es menor a diez veces, y en Noruega donde el 10 mas rico tiene actualmente sólo 1 5 más que el 50% de menores ingresos

Los Gini latinoamericanos que miden la distribución de los ingresos resultan los peores del mundo en términos internacionales y por otra parte muestran desde los años setenta una tendencia creciente al deterioro Asi lo registra el siguiente cuadro

Cuadro 2
Coeficientes Gini de la distribución de ingreso per capita por hogar: promedio simple por década por región

Region	1970s	1980s	1990s	Promedio General
Niveles				
America Latina y el Caribe	48 4	50 8	52 2	50 5
Asia	40 2	40 4	41 2	40 6
OCDE	32 3	32 5	34 2	33 0
Europa del Este	28 3	29 3	32 8	30 1
Cambios		*70s-80s*	*70s-90s*	*70s-90s*
America Latina y el Caribe		2 4	1 3	3 7
Asia		0 2	0 8	1 1
OCDE		0 2	1 7	1 9
Europa del Este		1 0	3 5	4 5
Diferencias en puntos Gini LAC vs				
Asia	8 3	10 4	10 9	9 9
OCDE	16 1	18 3	18 0	17 5
Europa del Este	20 2	21 6	19 4	20 4

Fuente Calculos basados en WIDER 2000 Smeeding y Grodner 2000 Szekely y aproximaciones para America Latina Banco Mundial Desigualdad en America Latina y el Caribe ¿Ruptura con la historia? Washington D C

En la decada de los noventa el Gini de América Latina superaba en 19 puntos al de Europa Oriental, en 18 al de los países desarrollados de la OCDE y en más de 10 al de Asia El cuadro podría ser analizado bajo otra perspectiva si la tendencia fuera positiva Pero el análisis en el tiempo muestra que ha tendido a empeorar El Gini latinoamericano creció entre la década de los setenta y la de los noventa Por otra parte, su distancia con los Gini de Asia y la OECD es superior en la década de los noventa a la que existía en la década de los setenta El Gini latinoamericano era superior incluso en los noventa a los de una de las regiones mas pobres del planeta, el África Subsahariana, que era de 0 47

Las desigualdades múltiples

La dimensión mas difundida de la desigualdad latinoamericana es la que se da en la distribución de los ingresos, pero no es la única, ni la mas grave La desigualdad se halla presente en todas las dimensiones centrales de la vida cotidiana de la Región

Otra de sus expresiones es la extrema concentración de un activo productivo fundamental como la tierra, que excluye del acceso a la misma a vastos sectores de la población rural Los Gini comparados de distribución de la tierra son los siguientes según los cálculos de Deninger y Olinto (2002), y del PNUD (1993)

Cuadro 3
Coeficientes Gini de distribución de la propiedad de la tierra

Region	D&O (i)	UNDP (ii)
America Latina	0 81	0 74
Medio Oriente y África del Norte	0 67	0 56
Norteamerica	0 64	
África Sub-Sahara	0 61	0 51
Europa Occidental	0 57	
Asia del Sur y del Este	0 56	0 52

Nota Columna (i) muestra los promedios del periodo 1950-1994 Columna (ii) muestra los valores alrededor del 1981

Fuentes Deininger and Olinto (2002) and UNDP (1993) Mencionados por Banco Mundial Desigualdad en America Latina y el Caribe Op Cit

Puede observarse que la concentración es aun mucho peor que en los ingresos El Gini de tierra de América Latina, es asimismo mucho peor que el de todas las regiones del mundo

Una dimension clave de las desigualdades es el campo de la educación Ha habido progresos significativos en la Región en áreas como alfabetización, y matricula en escuela primaria La gran mayoría de los niños ingresan a la escuela, pero son muy altas las tasas de deserción y repetición Ello genera bajos índices de escolaridad como puede apreciarse a continuación

Cuadro 4
Escolaridad en América Latina. 1999

País	Promedio de años de escolaridad
Argentina	9 4
Bolivia	5 6
Brasil	6 0
Chile	9 8
Colombia	5 6
Costa Rica	7 5
Republica Dominicana	6 9
Ecuador	6 4
El Salvador	6 2
Guatemala	4 1
Honduras	5 3
Mexico	5 9
Nicaragua	5 9
Panama	5 3
Paraguay	7 6
Peru	7 6
Uruguay	9 3
Venezuela	7 1

Fuente CEPAL, IPEA y PNUD (2003) Hacia el objetivo del milenio Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en America Latina y el Caribe

El índice de escolaridad promedio de la Región se calculaba en el 2000 en 5 9 años Al interior de esta baja escolaridad, hay una aguda estratificacion social Los desertores y los repetidores son masivamente los niños de los sectores más desfavorecidos Tras su bajo rendimiento se hallan causas muy concretas, como la existencia de 22 millones de niños menores de 14 años que trabajan, la desnutrición, y la proveniencia de familias desarticuladas por el impacto de la pobreza En países como Bolivia, Ecuador, y Perú trabaja el 20% de los niños de 10 a 14 años Las distancias de escolaridad son de gran relevancia En Brasil el 20% más rico tenía en el 2001, 10 años de escolaridad, y el 20% más pobre sólo 3 En México la proporción era similar 11 6 para el quintil superior frente a 3 6 para el inferior

A las desigualdades anteriores se suman las imperantes en el campo de la salud que serán examinadas en la sección siguiente, y otras que no han tenido investigacion estadística detallada pero que son claramente visibles y tienen profundos efectos Una de ellas es

la operante en el área del acceso a crédito Así siendo las pequeñas y medianas empresas un factor decisivo en la creación de empleo en la Region, las estimaciones indican que los 60 millones de pequeñas y medianas empresas existentes sólo reciben el 5% del crédito otorgado por las entidades financieras Hay allí otra fuerte concentración

Una nueva desigualdad es la del acceso a las tecnologías avanzadas El número de accesantes a Internet está fuertemente concentrado en los estratos superiores Sólo el 3% de los latinoamericanos está conectado a Internet frente al 20% en España y el 40% en EEUU Cuando se discrimina por ingresos en la Argentina, por ejemplo, están en Internet 8 de 10 personas de los sectores altos y sólo uno de cada 10 de los menos pudientes (Clarín, 2004) Se ha advertido permanentemente en la región sobre la silenciosa instalación de una amplia "brecha digital", y la generación de un amplio sector de "analfabetos cibernéticos"

Las desigualdades tienen en America Latina expresiones pico en términos étnicos y de color Se estima así que más del 80% de los 40 millones de indígenas de la región están en pobreza extrema También son muy contrastantes las disparidades entre los indicadores básicos de la población blanca y la población afroamericana A todo ello se suma con avances la subsistencia de significativas discriminaciones de género en el mercado de trabajo, y otros campos

Los costos de las desigualdades

Todas las desigualdades mencionadas, y otras interactuan a diario, reforzándose las unas a las otras Trazan destinos marcados Si se nace en una familia desarticulada por la pobreza, las posibilidades de buena salud, y rendimiento educativo son limitadas La escolaridad será baja, el acceso a un empleo estable, muy difícil, los ingresos esporádicos y muy reducidos, y la posibilidad de conformar una familia con similares problemas Efectivamente, aun en algunas de las sociedades más avanzadas socialmente de la región, como el Uruguay, los estudios indican que las tasas de escolaridad de los hijos de familias pobres, tienden a no superar las reducidas tasas de sus padres Se crea un círculo de hierro por la falta de oportunidades

Pocos años atrás había en el "establishment" economistas que defendían a capa y espada las "funcionalidades" de las desigualdades Acostumbraban a señalar que éstas contribuyen a acumular capitales en ciertos grupos, que luego los reinvertirán y acelerarán el crecimiento, o que son una etapa obligada del progreso Hoy, frente a sus evidentes disfuncionalidades, el consenso está girando fuertemente El Banco

Mundial que fue escenario frecuente de controversias dice recientemente (2004)

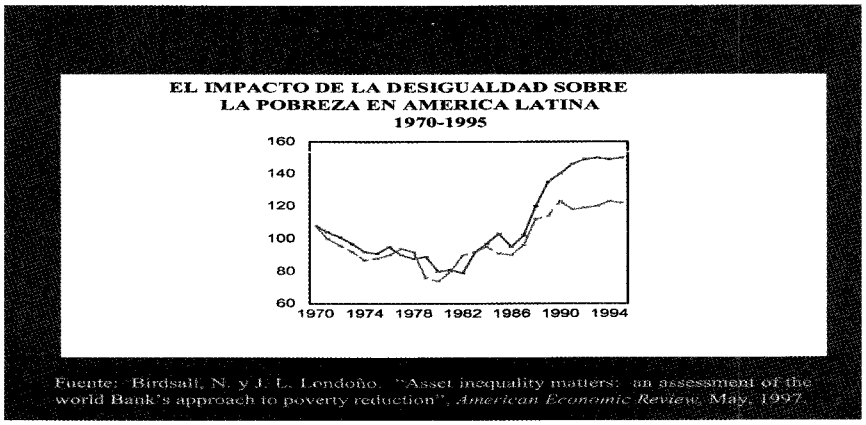
> "la mayoria de los economistas (y otros cientistas sociales) considera ahora la desigualdad como un posible freno para el desarrollo"

Efectivamente, numerosas investigaciones dan cuenta de cuanto le están costando a la región estos niveles de desigualdad, y qué impacto profundo tienen en obstaculizar la posibilidad de un crecimiento sostenido Al analizar América Latina se menciona con frecuencia que hay pobreza y que hay desigualdad En realidad las investigaciones evidencian una situacion diferente Hay pobreza porque hay desigualdad Ella es un factor clave para entender porque un Continente con una dotacion de recursos naturales privilegiada, y amplias posibilidades en todos los campos, tiene tan importantes porcentajes de pobreza

Según los analisis de la CEPAL, la pobreza actual es superior a la de 1980 tanto en terminos absolutos como relativos En 1980 era pobre el 40% de la poblacion, la cifra supera actualmente el 44% Se estima que entre 1997, y el 2002 la población pobre creció en 20 millones El porcentaje de pobreza extrema subió del 2000 al 2002 del 17 8 al 20%

Birdsall y Londoño (1997) trataron de determinar econometricamente el impacto de la desigualdad sobre la pobreza Construyeron la simulacion siguiente

Gráfico 1



La primera curva del gráfico muestra la tendencia de la pobreza en la Region, que como se observa, asciende continuamente desde inicios de los ochenta con pequeñas variaciones La segunda simula

cual hubiera sido la pobreza si la desigualdad hubiera quedado en los niveles de inicios de los setenta (antes de las dictaduras militares y de las políticas ortodoxas), y no hubiera seguido creciendo Era considerable, pero aumentó mas en las últimas dos decadas Segun sus estimados, la pobreza sería hoy la mitad de lo que efectivamente ha sido Ha habido un "exceso de pobreza" causado por el aumento de la desigualdad que duplicó la pobreza En la misma dirección, si se hiciera la comprobación interregionalmente se observaría que si América Latina tuviera el patron de desigualdad del Sudeste Asiático, la pobreza sería mucho menor

Albert Berry (1997) llega a similar conclusión en sus trabajos, identificando la existencia en América Latina de un amplio margen de "pobreza innecesaria", como la llama, causada por la tan reducida participación en el ingreso de los dos quintales más bajos de la población Tanto Berry como Altimir, y otros investigadores, ven el aumento de la desigualdad estrechamente ligado a las políticas aplicadas en las dos últimas décadas que generan efectos de ese orden Se ha considerado que el caso argentino ejemplifica claramente las desventajas de dichas políticas Efectivamente, su aplicación rígidamente ortodoxa en la década de los noventa llevó a una brutal polarización social Siete millones de personas, el 20% de la poblacion dejaron de ser clase media en dicha década para transformarse en pobres, y el coeficiente Gini pasó de 1992 a 1997 de 0 42 a 0 47

Chris Patten (2004) Comisario de la Union Europea dice que

> "si el ingreso en America Latina se encontrase distribuido de la misma manera que en Asia del Este, la pobreza en la región seria apenas un quinto de lo que es hoy en dia"

Destaca que

> "Esto resulta importante no solo desde el punto de vista humanitario, sino tambien desde una perspectiva practica politicamente interesada Si se redujera la pobreza a la mitad se duplicaria el tamaño del mercado"

Nancy Birdsall (1998) ve en la desigualdad la gran traba para el crecimiento económico de la Region Resalta

> "Puede afirmarse que es posible que las tasas de crecimiento en America Latina no puedan ser de mas del 3 o el 4% a distancia de las necesarias, en tanto no se cuente con la participacion y el aporte de la mitad de la poblacion que está comprendida en los percentiles mas bajos de ingresos"

Procurando indagar porque América Latina está tan distante de poder cumplir con las metas del milenio en terminos de reducir la pobreza, CEPAL, IPEA y PNUD (2004) identifican a la desigualdad como la razon central A traves de detalladas simulaciones econométricas, concluyen que el impacto sobre la pobreza de reducir la desigualad es mucho mayor que el del crecimiento Se requiere desde ya crecimiento, pero en las condiciones actuales de inequidad este dificilmente llegara a los pobres Estiman que si Brasil no modifica su desigualdad, suponiendo que crezca al ritmo de los noventa, tardaría 48 años en lograr reducir en dos puntos la pobreza México tardaria en las mismas hipótesis, 44 años en lograr reducir la pobreza en 3 2 puntos Destacan especialmente como resultado de sus proyecciones que

> En la mayoria de los paises examinados bastaria que el coeficiente de Gini bajara uno o dos puntos para que la incidencia de la pobreza se redujera en igual medida que en varios años de crecimiento economico positivo Los resultados de los esfuerzos por reducir la pobreza en América Latina y el Caribe han sido desalentadores en gran medida porque no ha sido posible controlar los elevados niveles de desigualdad de la Region

Este escenario de desigualdades agudas, persistentes, y de enorme peso en el aumento de la pobreza, en las dificultades para un crecimiento sostenido, y de gran influencia en las carencias que afligen la vida diaria de la mayor parte de la poblacion, es el contexto en que se desenvuelve la salud publica en América Latina La desigualdad actua sobre los determinantes de la salud, y es una de las fuerzas más poderosas en la creación de las condiciones propicias para un problema fundamental, la inequidad en salud, que se aborda en la sección siguiente

III. La salud pública en la Región más inequitativa del orbe

Más allá de los promedios

La salud pública ha hecho grandes progresos en la Región Los esfuerzos denodados realizados en este campo por los Gobiernos democráticos y numerosos sectores de la sociedad, en los cuales entidades modelo como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han tenido un rol pionero, y un fuerte liderazgo, han estado en la base de esos avances sostenidos Sin embargo, la inequidad en salud sigue presentándose como un problema de

amplias proporciones y alta gravedad, una especie de problema casi "irreductible"

Por lo pronto el tema es "oscuro" Con frecuencia los análisis sólo enfatizan los avances en los promedios generales de salud de los países Ello permite establecer una dimensión de inequidad que es la que surge de comparaciones entre paises Pero ella es sólo "la punta del *iceberg*" Las inequidades fundamentales son subterráneas a esos promedios Aparecen cuando se practica la sana recomendacion de Roses (2003), y se toma distancia de la "tiranía de los promedios" Como bien señala refiriéndose al caso de la mortalidad infantil en la Region

> Aunque la reduccion de la magnitud general del riesgo de morir en el primer año de vida fue evidente, y se observo constantemente en todos los grupos de paises en los ultimos decenios las desigualdades de la mortalidad infantil, no cambiaron mucho en el mismo periodo Los resultados señalan que se pueden alcanzar grandes logros con las medidas de tendencia central (medias y medianas) de un determinado indicador de salud, sin que haya una repercusion correspondiente en la magnitud relativa de las brechas (distribuciones) entre los grupos de poblacion y dentro de ellos

Como se ha resaltado (Alleyne, 2002) el mismo espíritu de la Declaración de Alma-Ata evoca este problema cuando llama a "salud para todos" en lugar de poner el foco en sólo lograr buenos promedios Al desagregar las cifras de salud al interior de los países teniendo en cuenta criterios como, entre otros, los estratos socioeconómicos, la localización geográfica, el género, la etnia, el color, las edades, y otros, surge un panorama de muy disímiles accesos a este derecho esencial que hace a la dignidad humana

Las inequidades en salud en acción

La investigacion al respecto que está aumentando significativamente, está dando cuenta de la profundidad del problema Entre algunos de sus múltiples hallazgos se hallan los siguientes, que resultan altamente ilustrativos La cifra promedio de niños que fallecen antes de cumplir cinco años de edad en la Region es de 71 de cada 1 000 Supera a la de East Asia-Pacific que es de 57 1 Muestra fuertes diferencias entre los países, ascendiendo en Haití a 140 6 y en Bolivia a 99 1 Son acentuadas las diferencias entre los diversos niveles sociales, como puede observarse en el Cuadro 5

Cuadro 5
Tasa de mortalidad de menores de 5 años

	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (en miles)					
Pais /region	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Promedio**
Bolivia	146 5	114 9	104 0	47 8	32 0	99 1
Brasil	98 9	56 0	39 2	26 7	33 3	56 7
Colombia	52 1	37 1	30 7	34 9	23 6	37 4
Republica Dominicana	89 9	73 0	60 1	37 3	26 6	61 0
Guatemala	89 1	102 9	82 0	60 7	37 9	79 2
Haiti	163 3	150 1	137 1	130 6	105 6	140 6
Nicaragua	68 8	66 6	52 5	48 5	29 7	56 0
Paraguay	57 2	50 0	59 0	39 4	20 1	46 6
Peru	110 0	76 2	48 0	44 1	22 1	68 4
LAC	**97 3**	**80 8**	**68 1**	**52 2**	**38 8**	**71 7**
Asia Oriental Pacifico	84 0	62 9	53 7	41 1	27 1	57 1
Asia Central	82 5	64 5	69 8	57 5	40 2	64 9
Oriente Medio, Africa del Norte	140 6	117 8	92 2	80 1	50 4	100 3
Asia del Sur	144 2	152 6	136 1	110 8	71 7	126 6
Africa Subsahariana	191 7	190 9	174 3	156 6	112 4	168 4
Total Paises	**148 3**	**140 8**	**126 8**	**110 0**	**77 4**	**124 2**

Fuente Banco Mundial (2004) Op Cit

En el 20% más rico de la población de Bolivia, mueren 32 de cada 1,000 niños antes de cumplir cinco años En el 20% mas pobre la cifra se quintuplica 146 5 por mil Esta gravísima realidad tiene un sesgo étnico muy concreto Recae fundamentalmente sobre poblacion indígena Lo mismo sucede en Perú, la mortalidad infantil antes de los 5 años del 20% más pobre quintuplica a las del 20% más rico, 111 vs 22 2, y en Brasil la triplica 98 9 vs 33 3

Las cifras de desnutrición infantil crónica muestran asimismo importantes disparidades por etnias, campo/ciudad, y estratos de ingresos Véase el siguiente cuadro correspondiente a la Region andina

Cuadro 6
Ocurrencia de atraso en crecimiento juvenil (%) por país, lugar de residencia, etnicidad, región y status socioeconómico, en cuatro países andinos

	País			
	Colombia	**Ecuador**	**Peru**	**Bolivia**
Lugar de residencia (1)				
Ciudades grandes	12 7	20 7	13 2	18 5
Ciudades pequeñas	10 9	22 4	20 1	20 3
Pueblos	14 0	28 2	27 2	22 4
Área rural	19 3	35 2	40 8	37 2
Etnicidad				
Poblacion No indigena	(2)	24 2	22 5	23 7
Poblacion Indigenas		58 2	47 0	50 5
Region				
Altiplano		33 3	38 5	31 2
Otras regiones		22 2	18 2	23 9
Deciles de SES (3)				
1 (menor)	26 8	38 5	49 6	42 2
2	24 1	51 8	46 8	39 9
3	17 1	30 6	39 6	38 7
4	14 9	27 6	32 5	32 8
5	16 3	17 9	23 4	31 8
6	15 2	24 4	19 9	25 0
7	11 0	19 0	18 3	22 7
8	11 7	19 1	12 8	18 2
9	6 3	15 8	12 6	13 5
10 (mayor)	5 4	11 9	5 2	9 7
Indice de Concentración (4)	**-0 221**	**-0 223**	**-0 311**	**-0 223**
Total paises	**14 9**	**26 5**	**26 1**	**26 9**

(1) Segun encuestas del DHS (Colombia Peru y Bolivia) las ciudades grandes incluyen capitales nacionales y ciudades de mas de 1 millon de habitantes y las ciudades pequeñas tienen un rango de poblacion de 50000 a 1 millon Segun encuestas de LSMS (Ecuador) las ciudades pequeñas tienen un rango de 5000 a 1 millon
(2) El siguiente simbolo ( ) indica que la informacion no esta disponible
(3) Deciles de SES son tomados para niños y no corresponden a los deciles de la poblacion debido a las diferencias socioeconomicas en fertilidad
(4) El indice de concentracion mide la desigualdad social en el atraso en el crecimiento El indice de concentracion es una generalizacion del coeficiente de Gini y oscila entre –1 y 0 Los valores cercanos a –1 indican mayor desigualdad social

Fuente Larrea, Carlos y Wilme Freire (2002) Social inequality and child malnutrition in four Andean countries Pan American Journal of Public Health May-June

Las tasas de desnutrición infantil andinas son altas, superan en Bolivia, Ecuador y Peru el 21% Pero muestran asimismo claros gradientes economicos En general, en los países andinos las tasas de desnutrición cronica son tres veces mayores en los deciles mas pobres, que en los más ricos Así, por ejemplo, en el 10% más rico de Ecuador, sólo el 11% de los niños presenta problemas de desnutrición, en el 10% mas pobre la cifra casi se cuadruplica En la población indigena la cifra llega al 58%

La mortalidad materna cobra numerosas víctimas en la Región Segun denunció la OPS recientemente (2004) 23 000 mujeres mueren en America Latina y el Caribe durante el embarazo o el parto, en la gran mayoría de los casos, por "causas evitables que son prevenidas en forma rutinaria en los países desarrollados" El riesgo de fallecer por dar a luz es en América Latina de 1/160 frente al 1/4000 en Europa occidental, 25 veces mayor Mientras que en Estados Unidos mueren anualmente 17 madres por cada 100 000 niños nacidos vivos, en Haití son 600 y en Colombia 100

Entre las causales básicas, estas cifras están vinculadas con la inexistencia de asistencia médica institucionalizada El 24% de las madres no tienen asistencia médica durante el embarazo, y una tercera parte no tiene atención medica en el momento del parto Las cifras muestran altos sesgos según los gradientes economicos como puede observarse

CUADRO 7
Cuidados básicos prenatal y partos asistidos

	Tasas de cuidados basicos prenatales (Por personas medicamente entrenadas)							Tasas de partos asistidos (Por personas medicamente entrenadas)						
País/Region	1	2	3	4	5	Promedio	CI	1	2	3	4	5	Promedio	CI
Bolivia	38 8	57 8	70 4	88 6	95 3	65 1	0 17	19 8	44 8	67 7	87 9	97 9	56 7	0 28
Brasil	67 5	87 7	93 4	96 9	98 1	85 6	0 08	71 6	88 7	95 7	97 7	98 6	87 7	0 07
Colombia	62 3	81 1	89 8	95 4	95 9	82 5	0 09	60 6	85 2	92 8	98 9	98 1	84 5	0 09
Republica Dominicana	96 1	98 2	99 0	99 2	99 9	98 3	0 01	88 6	96 9	97 3	98 4	97 8	95 3	0 02
Guatemala	34 6	41 1	49 3	72 2	90 0	52 5	0 19	9 3	16 1	31 1	62 8	91 5	34 8	0 42
Haiti	44 3	60 0	72 3	83 7	91 0	67 7	0 14	24 0	37 3	47 4	60 7	78 2	46 3	0 21
Nicaragua	67 0	80 9	86 9	89 0	96 0	81 5	0 07	32 9	58 8	79 8	86 0	92 3	64 6	0 19
Paraguay	69 5	79 5	85 6	94 8	98 5	83 9	0 07	41 2	49 9	69 0	87 9	98 1	66 0	0 18
Peru	37 3	64 8	79 1	87 7	96 0	67 3	0 17	13 7	48 0	75 1	90 3	96 6	56 4	0 31
America Latina y el Caribe	**57 5**	**72 3**	**80 6**	**89 7**	**95 6**	**76 0**	**0 11**	**40 2**	**58 4**	**72 9**	**85 6**	**94 3**	**65 8**	**0 20**
Asia Oriental, Pacifico	64 9	80 7	86 9	91 4	96 2	81 9	0 08	30 5	53 0	68 4	80 6	93 4	60 8	0 22
Asia Central	78 2	84 7	86 8	93 3	96 3	86 9	0 05	82 7	92 3	95 1	98 6	99 7	92 8	0 04
Medio Oriente, Africa del Norte	13 7	21 1	33 4	49 3	73 0	35 2	0 32	12 8	21 7	37 7	58 6	82 2	38 5	0 36
Sur de Asia	16 8	23 2	28 8	43 0	70 9	34 6	0 30	5 3	8 1	11 7	21 9	49 3	17 7	0 46
Africa Sub Sahariana	61 1	69 5	74 9	84 2	93 6	75 7	0 10	24 6	32 9	41 2	59 2	82 1	46 2	0 26
TODOS LOS PAISES	**55 0**	**64 8**	**71 1**	**80 6**	**91 0**	**70 8**	**0 13**	**31 2**	**42 1**	**51 6**	**66 2**	**84 0**	**52 5**	**0 25**

Fuente Banco Mundial (2004) Op Cit Investigaciones Demograficas y de Salud (DHS) 2002

En el 20% más rico de la población las cifras de asistencia institucionalizada superan el 90% tanto en la atención durante el embarazo como en el parto En el 20% más pobre los déficits son agudísimos En Bolivia el 60% carece de atención prenatal, y el 80% de asistencia médica durante el parto En Brasil casi un tercio del quintil más pobre carece de atencion institucionalizada en ambos casos En Peru en el 20% más pobre un 60% no tiene atención durante el embarazo y un 86% no la tiene durante el parto

La inequidad muestra tambien significativas expresiones en dos áreas claves para la infancia, como el contar con una cobertura completa de vacunacion y la prevalencia de diarreas Como puede apreciarse a continuacion, el 20% más pobre de la Región tiene pronunciados problemas en ambos campos en relación al 20% mas rico En materia de cobertura completa de vacunas, mientras el 56% del quintil mas rico cuenta con ella, en el más pobre el porcentaje es un 17% menor, 39% La prevalencia de diarreas en los niños mas que duplica en el 20% más pobre al 20% mas rico en países como entre otros Brasil, Bolivia, y Perú

CUADRO 8
Cobertura completa de inmunización y ocurrencia de diarrea

	Alcance de Inmunización							Ocurrencia de diarrea (%)						
País/region	1	2	3	4	5	Promedio	CI	1	2	3	4	5	Promedio	CI
Bolivia	21 8	24 9	21 0	33 4	30 6	25 5	0 08	21 8	19 8	20 5	17 9	11 7	19 2	-0 07
Brasil	56 6	74 0	84 9	83 1	73 8	72 5	0 07	18 3	12 9	12 7	9 3	7 4	13 1	-0 16
Colombia	53 8	66 9	68 2	70 6	74 1	65 5	0 06	18 4	19 8	16 8	14 9	10 0	16 7	0 09
Republica Dominicana	28 0	30 2	46 9	42 6	51 7	38 7	0 12	17 9	16 4	17 8	14 1	10 1	15 7	-0 08
Guatemala	41 2	43 0	47 2	38 3	42 5	42 6	0 00	22 8	21 5	23 3	17 7	16 0	20 9	-0 06
Haiti	18 8	20 1	35 3	37 9	44 1	30 2	0 17	30 9	27 1	24 4	31 6	20 4	27 4	-0 04
Nicaragua	61 0	74 6	75 3	85 7	73 1	72 6	0 05	16 1	14 0	14 2	14 4	8 7	14 0	-0 07
Paraguay	20 2	30 8	36 4	40 7	53 0	34 2	0 18	9 8	8 5	9 2	7 4	4 6	8 1	-0 11
Peru	55 3	63 8	63 5	71 7	66 0	63 0	0 04	21 4	20 3	18 6	14 1	9 3	17 9	-0 11
America Latina y el Caribe	**39 6**	**47 6**	**53 2**	**56 0**	**56 5**	**49 4**	**0 09**	**19 7**	**17 8**	**17 5**	**15 7**	**10 9**	**17 0**	**-0 09**
Asia Oriental Pacifico	48 3	56 8	60 3	64 6	72 9	59 3	0 08	10 5	9 9	9 9	8 6	6 3	9 3	0 08
Asia Central	64 2	67 9	71 8	75 7	77 4	70 9	0 04	19 0	15 6	15 0	14 6	13 7	15 8	-0 02
Medio Oriente Norte de Africa	42 2	53 3	62 5	73 2	81 1	61 0	0 17	21 0	20 3	19 1	17 2	14 7	18 7	0 06
Sur de Asia	29 8	31 4	41 6	49 8	64 4	42 0	0 17	17 0	14 4	14 3	15 3	12 4	14 9	0 04
Africa Sub Sahariana	33 6	42 0	44 4	53 1	66 9	47 3	0 17	24 5	23 3	22 5	22 6	18 2	22 3	-0 05
TODOS LOS PAISES	**38 3**	**45 8**	**50 3**	**57 2**	**66 6**	**50 7**	**0 14**	**21 2**	**19 6**	**19 1**	**18 5**	**14 8**	**18 9**	**-0 05**

Fuente Banco Mundial (2004) Op Cit Investigaciones demograficas y de salud (DHS) 2002

Las interrelaciones entre desigualdad económica e inequidad en salud

Éstas y otras inequidades en salud están profundamente interrelacionadas en "circuitos perversos" que se retroalimentan con las agudas desigualdades socioeconomicas que presenta la Región Ellas van a influir en que los sectores más desfavorecidos tengan menores posibilidades en terminos de salud, lo que a su vez va a reducir fuertemente sus oportunidades de mejorar económicamente

Las vinculaciones entre el entorno general de desigualdades de la Región, y las inequidades en salud son complejos, y recorren multiples caminos En ciertas áreas se manifiestan en forma directa casi brutal, en otras a traves de canales mucho más indirectos pero de alto impacto La investigación al respecto debe avanzar mucho mas de los límites actuales para poder llegar a conocer con mayor profundidad sus modos de funcionamiento y poder captar sus expresiones más silenciosas La presencia de estas dinamicas es un hecho central indisputable Como lo resalta entre otros Wagstaff (2002)

> "Lo que sabemos indica que las desigualdades sanitarias, y muy probablemente tambien en la utilizacion de los servicios, reflejan en gran medida las desigualdades con respecto a variables tanto individuales como familiares, tales como la educacion, los ingresos, la localizacion y las caracteristicas de los hogares"

Captar los "modos de operación" de las desigualdades puede ser de la más alta relevancia para el diseño de políticas, la estructuracion de alianzas en torno a la salud publica, y la precisión de los roles que deberían cumplir los diversos actores en su favor Veamos con fines basicamente ejemplificativos, dada la amplitud del tema, algunas expresiones de cómo las desigualdades macro impactan los determinantes de la salud

Un campo clave de desigualdades con impactos de primer orden en salud es el de los niveles de educación La acumulación de capital educativo tiene incidencia directa de acuerdo a numerosas investigaciones entre otros aspectos en las tasas de mortalidad infantil, el manejo de la alimentación del infante, el peso de los niños, las discapacidades, y la esperanza de vida Schkolnik (CELADE, 1998) proporciona la siguiente tabla sobre relaciones entre mortalidad infantil y niveles de instrucción en varios paises de la Región

Cuadro 9
Diferenciales de mortalidad infantil, alrededor de 1990, según diversos indicadores en países seleccionados

	Tasa de mortalidad infantil					
Indicadores socioeconomicos	**Guatemala**	**Honduras**	**Nicaragua**	**Peru**	**Panama**	**Chile**
Total pais	60	64	82	64	31	16
Rural	68	62	98	90	-	19
Urbano	51	43	67	48	-	14
Indigena	64	-	-	-	80	45
No indigena	53	-	-	-	23	-
Pobre	76	68	88	66	-	-
No pobre	53	34	66	37		-
	Guatemala	**Bolivia**	**Colombia**	**Peru**	**Mexico**	**R D**
Sin instruccion	82	124	60	124	83	102
Primario inc	86	108	40	85	64	76
Primario com	61	65	-	42	46	57
Secundario y +	41	46	28	22	27	34

Fuente Schkolnik, Susana (1998) Tendencias demograficas en America Latina desafios para la equidad en el ambito de la salud Celade Santiago de Chile

Las tasas de mortalidad infantil en los hogares con madres con primaria incompleta, son muy superiores a los hogares con madres con secundaria Las duplican o más que duplican en Guatemala, Bolivia, México, y República Dominicana, y las cuadruplican en Perú

Un estudio en Brasil (Universidad de Sao Pablo, 1996) constató estrechas correlaciones entre bajo peso de los niños y nivel educacional de las madres Las tasas de bajo peso según la edad eran del 19,9% cuando las madres tenían menos de 3 años de educación formal, y descendían al 3 35% cuando tenían 11 años o mas Las tasas de bajo peso según el tamaño iban de 24% con menos de 3 años de educacion a 7% con 6 o más años

Tanto en Chile como en Brasil estudios detallados permiten verificar la robusta correlación entre niveles educativos y esperanza de vida En Chile, la siguiente tabla (Vega, y otros 2003) da cuenta de ello Relaciona la esperanza de vida prevista en funcion de la edad, o esperanza de vida temporaria, entre los 20 y los 69 años de varones y mujeres segun su nivel de educación

Cuadro 10
Esperanza de vida temporaria de los adultos de 20 a 69 años de edad según nivel educativo. Chile, años seleccionados 1985-1996

Años de escolarizacion	1985-1987	1990-1992	1994-1996	Cambio 1985-1996
Varones				
0	41 5	40 7	39 5	2 0
1 8	44 8	44 7	44 7	0 1
9-12	45 1	45 4	45 6	0 5
13 o mas	47 7	47 8	48 1	0 4
Total	45 1	45 4	45 6	0 5
Diferencia entre los grupos con mayor y menor nivel educativo	6 3	7 2	8 7	2 4
Mujeres				
0	44 9	44 5	44 6	0 3
1-8	47 3	47 5	47 6	0 3
9-12	47 9	47 9	47 9	0 0
13 o mas	48 5	48 7	49 1	0 6
Total	47 4	47 5	47 8	0 4
Diferencia entre los grupos con mayor y menor nivel educativo	3 6	4 2	4 5	0 9

Fuente Instituto Nacional de Estadisticas Chile Vega Jeannette y otros (2003) en 'Desafio a la falta de equidad en salud OPS Fundacion Rockefeller Washington D C

Cuanto menor es el nivel educativo, menor es la esperanza de vida Por otra parte esta brecha va aumentando La esperanza de vida de los varones sin educación descendió en dos años entre 1980 y 1996, mientras que la de los más educados aumentaba en ese periodo en 0 4 Entre las mujeres sin instrucción descendio en 0 3 años en ese periodo, mientras que aumentaba en las mujeres con educación en 0 6 años

Analizando comparativamente todos los estados del Brasil, Messias (2003) encuentra una clara correlación entre grados de escolaridad y esperanza de vida promedio del estado Estima que un aumento de 10 unidades en la tasa de analfabetismo significa, en términos de correlación estadistica, 2 2 años menos en esperanza de vida Las gruesas brechas que America Latina tiene en el campo de la educacion, actúan restando o ampliando oportunidades de salud, y juegan un gran rol en que los estratos mas desfavorecidos no puedan aprovechar las "ganancias" en salud resultantes de los avances médicos

Las relaciones entre los niveles de ingresos de los diversos estratos de la población y su situación en salud son amplísimas Pueden ir desde los aspectos mas elementales como la autoexclusion de atención médica por falta de ingresos, hasta los

correlatos que han encontrado algunas investigaciones (Marmot, 2001) entre ingresos y enfermedades coronarias

En una región tan desigual en ingresos como la latinoamericana las repercusiones de esa situacion "invaden" múltiples aspectos de la salud Así, entre otras expresiones, una investigación de la OPS sobre exclusión en salud en seis países de la Región (OPS, 2003) encontró un patrón consistente de falta de demanda de servicios a pesar de necesidades percibidas, en la que existe un bloqueo central en el reducido nivel de ingresos Así en Paraguay el 51% de la población que declaró haber estado enferma o accidentada en los ultimos tres meses, no consultó ningun establecimiento médico Cuando ello se estratifica por niveles de ingresos, el porcentaje de personas del 20% mas rico que consultaron es dos veces mayor que el del 20% más pobre Por otra parte, el promedio del gasto en salud por persona en este ultimo es seis veces más bajo que en el más rico, no obstante, que el gasto de bolsillo es mayor en los mas pobres Los ingresos estan condicionando severamente las consultas Ello explica la altisima sensibilidad de los pobres al arancelamiento de servicios medicos publicos El mismo ha generado en diversos lugares del mundo y en la misma Región descensos "forzados" en la demanda de los mas desfavorecidos, aumentando la inequidad en salud

En otras areas, investigaciones en Brasil (Messias, 2003) han encontrado correlaciones entre los salarios minimos y la mortalidad infantil, la distribucion de las causas de muerte y los ingresos, las desigualdades sociales y la violencia Un campo básico como el del acceso a medicamentos esenciales aparece fuertemente incidido por estas desigualdades Evaluando la situación mundial al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS, Informe sobre la salud en el mundo, 2003) estima que el 91% de la produccion mundial de productos farmaceuticos es consumida por un 15% de la poblacion del orbe

Las gradientes de ingresos y la inserción en la economía como formal o informal actúan agudamente en el acceso a seguros médicos Esto tiene gran peso en una Región donde los trabajadores informales que significaban en 1980 el 40% de la mano de obra activa no agrícola, pasaron en el 2000 a representar el 60% de la misma Una de las características centrales de la informalidad es su falta de redes de protección social, y entre ellas de protección en salud

Las desigualdades de ingresos, tienen expresión muy intensa en la situacion de las edades mayores, etapa crucial en terminos de necesidad de protección médica Según estimados recientes, el 40% de los adultos mayores de 65 años de la Región no tienen ningún ingreso jubilatorio, ni de seguridad social, ni de ninguna indole

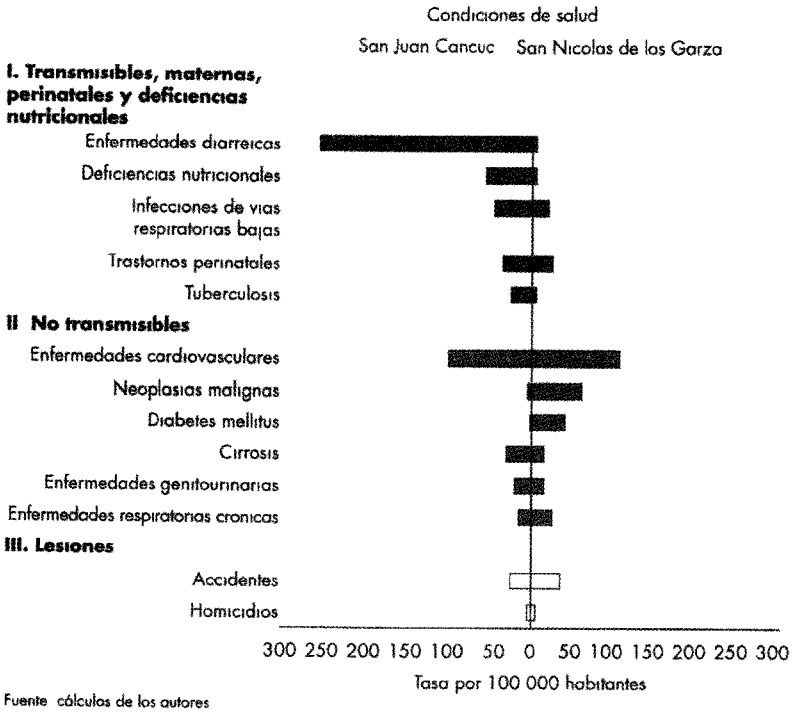
Junto a la educación y los ingresos, otro elemento del entorno que juega un rol relevante en salud publica, es la situación del Municipio Las brechas que pueden observarse al respecto entre municipios en buena situación, mediana, y pobres, pueden ser de gran magnitud y afectan fuertemente a los determinantes de la salud

Una investigación en México (Lozano y otros, 2003) permite constatar cómo entornos comunales muy diferentes, llevan a indicadores de salud con brechas de gran consideración Véase la comparación entre un municipio pobre típico de Chiapas, y otro más rico de Nueva Leon

Gráfico 2

Condiciones sociodemográficas y de salud de dos municipios, Mexico, 1990–1996

Indicador	San Juan Cancuc (Chiapas)	San Nicolás de los Garza (Nuevo León)
Indicadores sociodemográficos		
Marginalidad	Muy alta	Muy baja
Población, 1995	27 750	436 603
Población indígena como porcentaje del total	100	0,1
Tasa de analfabetismo (porcentaje)	67	2
Educación media (años)	4,2	8,2
Hogares con acceso a agua corriente (porcentaje)	4	95
Hogares con acceso a alcantarillado (porcentaje)	45	92
Esperanza de vida (años), 1990–1996	62	71
Indicadores económicos		
PNB per capita (US$), 1990	3	43,6
Gasto sanitario per capita (US$), 1995	3	79



Fuente cálculos de los autores

Fuente Lozano Rafael y otros (2003) En 'desafío a la falta de equidad en salud" OPS Fundacion Rockefeller Washington DC

Los dos municipios difieren marcadamente en los principales determinantes de salud Los servicios que reciben los habitantes en agua, alcantarillado, los niveles de educación, los grados de pobreza y otras variables, son muy disimiles Ello incide en que las tasas de mortalidad sean mas altas en San Juan Cancuc que en Nicolás Garza en todas las edades, y que las diferencias en la esperanza de vida era de 13 años (en 1993, 58 años versus 71 años) Tambien difieren totalmente el tipo de enfermedades que se presentan en cada uno En el mas pobre, por ejemplo, tienen una altísima presentacion las enfermedades diarreicas en los niños

Un estudio en Chile (Arteaga y otros, 2002) sobre 198 comunas, encontro variaciones sustanciales en salud según las caracteristicas del municipio Entre otros, actuaban aspectos como el nivel de inversion en salud, la cobertura de servicios básicos de agua potable y eliminación de aguas residuales, y la calidad de las viviendas Entre otras consecuencias del perfil general del entorno comunal, se observo que el uso de servicios de atención médica primaria era mayor en 2 8 en unos que en otros, la atencion de urgencia era 3 9 veces mayor, y los egresos hospitalarios dos veces más numerosos

Una dimension crucial de las desigualdades en el entorno con todo orden de implicancias, en términos de inequidad en salud, es el acceso al agua potable Con avances en los promedios aparecen brechas muy importantes cuando ellos se desagregan como puede observarse

Cuadro 11
Porcentaje de hogares con agua corriente, por deciles (primero y décimo) de ingresos y área geográfica de asentamiento. Once países de América Latina y el Caribe, alrededor de 1999

País		Porcentaje de hogares con agua corriente		
		Decil 1	Decil 10	Poblacion Total
Bolivia	Urbano	82 1	998 1	90 6
	Rural	14 3	41 5	23 0
Brasil	Urbano	53 5	97 3	89 6
	Rural	2 6	32 3	19 3
Chile	Urbano	96 8	99 7	98 8
	Rural	27 7	43 1	36 0
Colombia	Urbano	91 1	99 2	97 4
	Rural (a)	71 4	91 8	78 2
	Rural (b)	29 6	41 0	31 2
Ecuador	Urbano	56 2	90 8	75 3
	Rural (a)	42 3	49 4	46 3
	Rural (b)	11 2	26 3	18 5
El Salvador	Urbano	39 3	88 8	70 5
	Rural	16 2	39 6	25 5
Jamaica	kingston	95 7	100 0	97 4
	Urbano	62 7	89 5	79 4
	Rural	23 2	54 8	38 8
Nicaragua	Urbano	58 3	96 4	83 9
	Rural	7 3	53 3	30 5
Panama	Urbano	84 0	100 0	95 4
	Rural	55 8	92 8	79 9
	Rural (c)	16 7	45 5	24 4
	Indigena	39 0	34 4	37 1
Paraguay	Urbano	35 0	87 7	66 9
	Rural	1 8	30 6	13 3
Peru	Urbano	57 7	97 0	85 0
	Rural	35 0	34 4	41 9

Fuente Informe Regional sobre la Evaluacion 2000 en la Region de las Americas Organizacion Panamericana de la Salud (HEP) 2001
(a) Pueblos rurales
(b) Poblaciones rurales dispersas
(c) Areas rurales de dificil acceso

El acceso al agua es radicalmente diferente en las áreas rurales y urbanas Asi sólo el 19% de los hogares tiene agua corriente en su casa en las zonas rurales de Brasil, frente al 89% en las urbanas Formar parte de comunidades rurales significa en todo el Continente la posibilidad de dificultades importantes al respecto Por otra parte, hay una segmentación socioeconómica nitida en el acceso al agua corriente, tanto en las zonas rurales como en las urbanas En el 10% más pobre de Brasil sólo el 53% tiene agua corriente frente al 97% en el 10% más rico En Peru es el 57% versus el 97% En Ecuador el 56% vs el 90%

Los pobres tienen dificultades para acceder al agua potable, se ven obligados a comprarla pagando en diversos casos precios superiores, y los costos de agua se constituyen en un porcentaje proporcionalmente mayor de su exiguo presupuesto a lo que sucede con el 20% más rico El gasto en agua triplica en el 10% más pobre de los centros urbanos de Brasil y Ecuador al que realiza el 10% más rico, y lo cuadruplica en Colombia

No solo los pobres ven trabado su acceso al agua, y la pagan más caro, sino que, además, el agua que en definitiva obtienen tiende a ser de menor calidad Una investigacion reciente (Soares y otros, 2002) resume así la "inequidad en agua potable" en la Región

> Las familias que no tienen un sistema de distribucion de agua potable dedican mucho tiempo a conseguir el agua, lo cual implica, para las familias pobres, un gasto adicional Las familias de bajos ingresos que carecen de una fuente de agua potable en el hogar gastan tanto dinero en conseguir agua como las familias de ingresos mas altos El acceso a metodos de desinfección del agua en el domicilio es muy reducido en el caso de las familias pobres, puesto que estos metodos son relativamente caros El resultado es que las familias de menores ingresos beben agua de inferior calidad

También la inequidad presenta fuertes expresiones en la disponibilidad de electricidad y de un cuarto de baño en la casa, ambos factores incidentes en la salud

Una anotación de conjunto

En la region mas desigual del orbe, América Latina, los costos que pagan amplios sectores de la poblacion por esos niveles de polarización social son muy duros Entre ellos, posiblemente uno de los mayores, son los impactos de las disparidades en la inequidad en salud Roses (2003) llama la atención sobre el peso que ello tiene en cuestiones tan relevantes, como los años de esperanza de vida perdidos en relación a los promedios posibles En países de la Región con bajo nivel de ingreso, y brechas reducidas son 13 2 pero en países con alto ingreso comparativamente y fuertes brechas suben a 19 1 Enfrentar estas inequidades necesita como primer paso ponerlas en el centro del debate publico Como advierte

> "Las inequidades sólo pueden ser transformadas cuando se hacen visibles"

IV. Una conclusión final

> "El continente tiene la gran necesidad de recuperar una vision etica del desarrollo"

El último test de si una sociedad está avanzando o retrocediendo lo da la relación entre sus indicadores, y los valores éticos centrales en los que cree En América Latina hay claros problemas en este campo Toda la sociedad proclama su más absoluto apoyo a las madres, los niños, las familias, y los ancianos, cuyo bienestar son valores eticos esenciales, y por el otro lado cifras como las de salud informan de gruesas inequidades que perjudican a amplios núcleos de esos sectores Se hace imprescindible entonces revincular activamente etica, economía y salud La economía, como lo ha indicado el Papa Juan Pablo II (2000) reiteradamente, debería estar al servicio de la ética y orientada por códigos eticos Deberia asegurar el desarrollo en dignidad del ser humano La salud es un pilar de ese desarrollo La discusión sobre cómo configurar una economía realmente ética, debería tener uno de sus ejes centrales en cómo garantizar el acceso universal a la salud pública

La aceptación de la etica como marco de objetivos, y de evaluacion de la economía lleva a consecuencias muy concretas Los actores sociales deberían asumir las responsabilidades éticas consiguientes Allí se abren temas como la responsabilidad ética de las políticas públicas, la antes mencionada responsabilidad ética de la empresa privada, las responsabilidades de los sindicatos, las Universidades, las ONGS, los medios y otros actores Los desafíos que se abren al respecto en Latinoamericana en el campo de la salud son muy concretos Así entre ellos Jiménez y Romero (2004) señalaron que los pronósticos anticiparon que en el 2004 habrían en América Latina 400 000 muertes de niños, la gran mayoría de ellas evitables, entre ellas 127 000 en Brasil, y 70 000 en México Éticamente ello es absolutamente inadmisible No puede haber valor más importante que la vida de esos niños Las sociedades deberian extremar esfuerzos para que ello no suceda

En este caso como en otros la opcion por la salud, no es postergable Los daños en salud, sino se atienden pueden transformarse en irreversibles No puede argumentarse esperar a que se produzca tal o cual etapa del modelo del derrame para luego atender a los niños o a la mortalidad materna Después será tarde Hay que aplicar en salud lo que nos permitimos llamar una "ética de la urgencia"

Se podra argumentar, y se ha hecho repetidamente, que faltan recursos Cuanto mayor sean los recursos mejor Es deseable y necesario que crezca el producto bruto, que haya estabilidad económica, altos niveles de productividad, progreso tecnológico, competitividad, pero puede suceder todo ello y no mejorar la suerte de los pobres Así los indican numerosas experiencias cercanas en la Región, como la duplicación del porcentaje de pobres en Chile durante la dictadura militar, a pesar de las altas tasas de crecimiento, o como el avance de la pobreza y la desigualdad en las decadas de los 90 en la Argentina, a pesar de los aparentes progresos macro

Es necesario el crecimiento, pero siempre habra un tema de prioridades en la asignación de recursos Sociedades más pobres logran muchos mejores resultados en salud que otras más ricas, porque ello es una prioridad real para ellos, y ponen en marcha políticas de alto rango para llevarla adelante Por otra parte, como plantea Amartya Sen (1999), los costos de montar programas importantes en salud en los paises pobres, son muchos más reducidos Los programas requieren uso intensivo de mano de obra profesional y paraprofesional que tiene un costo mucho más reducido que en países ricos Con inversiones mucho menores puede proporcionarse un nivel de cobertura similar Según planteo inaugurando la 52 Asamblea Mundial de Salud, el tema es en qué se usan los recursos aun bajo políticas de restricción financiera Señalo

> "las cuantiosas sumas que actualmente dedican, uno tras otro, los paises pobres a financiar su ejercito (a menudo muy superiores al gasto publico en educacion basica o atencion de salud)", y advirtio "Es indicacion de que vivimos en un mundo al reves el hecho de que el médico, el maestro de escuela o la enfermera se sientan mas amenazados por el conservadurismo financiero que un general de ejercito"

La opinión pública latinoamericana está clamando a traves de las encuestas, los mandatos electorales, y muy diversas expresiones que la ética vuelva a presidir y orientar la economía El tema de la salud publica debe ser tratado en el siglo XXI en el Continente como un tema que debe figurar entre los primeros lugares de una revision ética de las prioridades, debe tener preponderancia efectiva en las asignaciones de recursos, y no admite más postergaciones porque hay una etica de la urgencia que está exigiendo cuenta todos los días por las innumerables muertes y sufrimientos evitables

REFERENCIAS

Alleyne, George A O 2002 "Equity and the Goal of Health for All" *Revista Panamericana de Salud Publica* OPS Mayo-Junio Washington DC

Arteaga, Oscar y otros 2002 "Informacion para la equidad en salud en Chile" *Revista Panamericana de Salud Publica* OPS May-June Washington DC

Banco Mundial 2004 Desigualdad en America Latina y el Caribe ¿Ruptura con la historia? Washington DC

Berry, Albert 1997 "The Income Distribution Threat in Latin America" *Latin American Research Review* Vol 32, num 2

Birdsall, Nancy y Londoño, Juan Luis 1997 "Assets Inequality Matters" *American Economic Review* May Washington DC

Birdsall, Nancy 1998 Comentario sobre las enseñanzas del Japon Incluido en Luis Emerig y Jose Nuñez del Arco (comp) El desarrollo economico y social en los umbrales del siglo XXI BID Washington, DC

Clarin 2004 Internet Ahora el 67% de los usuarios es mayor de 25 años 7 de Mayo

Deininger, Klaus and Olinto, Pedro 2002 "Asset Distribution, Inequality and Growth" World Bank Policy research paper 2375 Washington DC The World Bank

Jimenez, Jorge y Maria, Intes Romero 2004 Supervivencia infantil en America Latina Universidad Catolica de Chile, Chile

Juan Pablo II 2000 Mensaje para la celebracion del Dia Mundial de La Paz

Lozano, Rafael y otros 2003 "Mexico marginalidad, necesidades, y asignacion de recursos en el ambito municipal" En "Desafio a la falta de equidad en salud"

Marmot, Michael 2001 "Inequalities in Health" *New England Journal of Medicine* July Vol 345, num 2

Messias, Erick 2003 "Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil" *American Journal of Public Health* Vol 93, No 8 August

Organizacion Mundial de la Salud (OMS) 2002 Macroeconomia y Salud Ginebra

Organizacion Mundial de la Salud (OMS) 2003 Informe sobre la salud en el mundo 2003 Ginebra

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS)-CEPAL 1998 Health, Social Equity and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) 2003 Exclusion en salud en paises de America Latina y del Caribe Washington DC

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) 2004 Lanzamiento del acuerdo interagencial para la reduccion de la mortalidad y la morbilidad maternas Washington, 20 de Febrero

Patten, Chris 2004 Declaraciones en la sede de la Comision Europea Bruselas

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) 1993 Informe sobre Desarrollo Humano New York

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2004 La democracia en America Latina Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos

Roses, Mirta 2003 Informe anual de la Directora de la OPS La transicion hacia un nuevo siglo de salud en Las Americas OPS Washington DC

Schkolnik, Susana 1998 Tendencias demograficas en America Latina desafios para la equidad en el ambito de la salud CELADE Chile

Sen, Amartya 1999 La salud en el desarrollo Discurso inaugural ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud 16 de Mayo

Soares, Luiz and Rangel, Carlos 2002 Inequities in Access to and Use of Drinking Water Services in Latin America and the Caribbean En Revista Panamericana de la Salud, OPS May-June Washington DC

Stiglitz, Joseph 2002 Mas instrumentos y metas mas amplias para el desarrollo Incluido en B Kliksberg (comp) *Etica y Desarrollo* La relacion marginada El Ateneo, Buenos Aires

Universidad de Sao Pablo 1996 Estudios epidemiologicos en nutricion Escuela de Salud Publica

Vega, Jeannette, y otros 2003 Chile diferenciales socioeconomicos y mortalidad en una nacion de ingreso medio En "Desafio a la falta de equidad en la salud" OPS, Fundacion Rockefeller Washington DC

Wagstaff, Adam 2002 "Pobreza y desigualdades en el sector de salud" *Revista Panamericana de la Salud Publica* OPS Mayo-Junio Washington DC

DATOS BIOGRÁFICOS DEL AUTOR

Bernardo Kliksberg es Doctor en Ciencias Economicas y Administrativas, y licenciado en Sociologia Se ha especializado en el estudio de la pobreza en America Latina Es asesor especial de la ONU, UNESCO, UNICEF, y otros organismos internacionales Fue durante veinte años Director del Programa Regional de las Naciones Unidas para America Latina de Gerencia Social Se lo considera el creador de la gerencia social, y pionero de la idea de capital social en la Region Es autor de mas de 30 libros ampliamente utilizados internacionalmente Entre los ultimos *Mas etica, mas desarrollo, Hacia una Economia con Rostro Humano, ¿Como enfrentar la pobreza?* y *"Toward an Inteligent State"* Escribe para La Nacion y Clarin (Argentina), La Republica (Uruguay), O Globo, y Valor Economico (Brasil), El Universal (Venezuela), Reforma (Mexico) Actualmente dirige desde Washington la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Etica y Desarrollo patrocinada por el BID

LA RESPONSABILIDAD DE LOS GOBIERNOS DEL MUNDO ANTE LA SALUD PÚBLICA DE SUS POBLACIONES

María del Rocío Sáenz Madrigal

Cuando fui invitada a participar con el presente artículo, lo primero que deseé fue compartir una visión del desarrollo del sistema de salud costarricense, basado en mi experiencia en el sector público, como médica, Master en Salud Pública, con experiencia docente, y en situaciones de emergencias y desastres en Latinoamérica, especialmente Centroamérica, y finalmente en los últimos cuatro años, como Ministra de Salud

Así, me propongo un rápido paso por los antecedentes y situacion del sistema de salud costarricense, que incluye el concepto de salud-enfermedad y los aspectos históricos del desarrollo del sistema de salud costarricense que permitiran mostrar el compromiso ético de la sociedad costarricense en la construcción de una sociedad más justa, equitativa y saludable, apuesta humanista que espero les motive a enriquecer la gestión integral de las políticas del desarrollo (Kliksberg, 2003, Sacks, 2002) En el segundo segmento, presento algunas lecciones aprendidas desde la perspectiva de la gobernabilidad, los recursos y riesgos globales En el tercer apartado, presento algunos desafíos en la construcción de políticas públicas con una mención sobre los desafíos de los hacedores de política *policymaker* en el siglo XXI, para concluir con el rol internacional Espero que este primer esfuerzo por sistematizar la experiencia personal, pueda servir para provocar a otros, ya sea en los espacios políticos, académicos y de la sociedad civil, a profundizar sobre los desafíos en la construcción de ciudadania, democracia, justicia y paz social

La responsabilidad de los gobiernos del mundo ante la salud publica de sus poblaciones es, sin duda, un reto de primer orden En la segunda parte de este articulo realizare una revision histórica-normativa, y también empírica del desarrollo del sistema de salud costarricense Mi pretensión es lograr evidenciar que los logros en materia de salud requieren de acciones continuadas,

compromisos de Estado y de defensa, lucha y contribuciones por parte de la ciudadanía y, por supuesto, es deseable que se reconozca que los exitos no son por generación espontánea, sino que la acción es necesaria hacia la construcción de sociedades más justas y equitativas

I. Antecedentes y situación actual del sistema de salud costarricense

A La Salud como bienestar y el derecho a la salud

Cuando en el 2005 la OMS relanza el concepto de salud como bienestar y derecho y es aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud del 2003, se renueva la estrategia de Atención Primaria para el siglo XXI

> La salud es un tema social, economico y politico, pero sobre todo, un derecho fundamental La desigualdad, la pobreza, la explotacion, la violencia y la injusticia se encuentran en el origen de la falta de salud y la mortalidad de los grupos vulnerables Los enfoques para mejorar la salud deben abordar de manera integrada sus multiples determinantes (OMS)

Se plantea una revisión de los principios y valores de cómo los ciudadanos y los gobiernos trabajan para estar saludables y no sólo dejar de estar enfermos, donde se hace necesario el abordaje de los macro-determinantes sociales de la salud (Frenk, 2004) Esa resolucion hace un reconocimiento de la importancia de una economía sana, en donde la generacion de la riqueza y su distribución, a traves de empleos justos, el aseguramiento de los recursos para educación y el mejoramiento de la infraestructura, condicionan y determinan la situación de salud de las personas, las familias y las comunidades, sin dejar de lado la responsabilidad de los diversos grupos en la construcción de su propia salud, tanto individual como colectiva

En el caso de Costa Rica, en 1994, se planteó conceptualmente el proceso salud-enfermedad y se definio la salud como producto social, en donde se requiere abordar los determinantes biológicos, sociales, económicos y ambientales, reconociendo que para el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas sanitarias, se requiere de un trabajo intersectorial e interdisciplinario

El nuevo concepto de salud, moldeo el sistema de salud, dejando por un lado al Ministerio de Salud una función rectora, es decir, la expresión de un Estado regulador en materia sanitaria, y la seguridad social la funcion prestadora, es decir, la funcion operativa En el caso del Ministerio de Salud, se identificaron cuatro funciones

estratégicas (1) dirección y conducción, (2) regulación, (3) vigilancia de la salud y por último, (4) investigación y desarrollo tecnológico Esas funciones se expresan en la estructura organizativa y funcional vigente En el caso de la Seguridad Social, se han dado avances relacionados a la ley de desconcentracion administrativa, creación de las juntas de salud y el fortalecimiento del modelo de atención readecuado, así como en la elaboración de los compromisos de gestión Los cambios citados anteriormente, pueden ser analizados en mayor profundidad en las memorias institucionales y en los informes de ejecucion de los préstamos otorgados al país por el Banco Mundial

En el 2004, cuando se hace el relanzamiento de la atención primaria en salud, el país se encontraba ya a mas de seis años de su reforma sectorial Por un lado, enfrentando el reto de haber aumentado la cobertura de los servicios básicos y con la consecuente saturación de algunos servicios, dado el rezago en la construcción de nueva infraestructura que respondiera a esas necesidades detectadas en el nivel primario, y por otro, un Ministerio de Salud que había trasladado los recursos humanos para la atención directa y en consolidación de su estructura funcional, las cuales habian tenido un desarrollo débil, con un marco jurídico aun insuficiente, con un recurso humano dispuesto a asumir el reto de la rectoría en salud

El propósito primordial de un enfoque de derecho en la política pública es propiciar una visión de desarrollo institucional centrado en las personas como sujetos sociales, a los cuales hay que reconocerles sus derechos específicos Cabe mencionar, que cuando me refiero al concepto de sujeto social no me refiero a personas individuales, sino a colectividades especificas que tienen una serie de elementos comunes, ya sean intereses, necesidades, perspectivas y discursos, que les permiten construir una identidad particular

El diseño de políticas públicas atiende las desigualdades especificas y constituye un excelente complemento de las políticas de salud universales Para garantizar la equidad, como citaba anteriormente, se requiere perfeccionar la información disponible y fomentar la participación de los sectores sociales excluidos, en la valoración de los servicios de salud que reciben

Así visto, la elaboración de una política pública es algo más que acciones emanadas por la autoridad para dar respuesta a determinadas situaciones problemáticas Implica la interaccion de varios actores, factores y agentes economicos, sociales, politicos y,

por lo general, debe ser discutido en diferentes esferas de la sociedad Exige una redefinición del rol tradicional del Estado, en donde las decisiones son tomadas desde las altas esferas del gobierno al margen de otros actores que representan posiciones e intereses determinados

B. Construcción política pública· desarrollo del sistema de salud en Costa Rica

En Costa Rica, a partir del Estado Liberal Decimonónico, la nación procedió a ensanchar las potestades públicas en la ruta de la justicia social -sin desmedro de la libertad o de la propiedad- Desde finales del siglo XIX, y especialmente al inicio de la década de los cuarenta del siglo pasado, se entendió muy bien, que el derecho a la salud se asienta en la defensa del derecho a la educación, al trabajo, a la vivienda digna, a la alimentacion, al vestido adecuado, y al acceso oportuno a los servicios de salud Nuestros proceres interpretaron muy bien la integridad de la atención en salud y establecieron las medidas para que las futuras generaciones de costarricenses alcanzaran una vida digna y, por tanto, saludable

Se crearon leyes e instituciones para la proteccion de los accidentes de trabajo, código de trabajo, garantias sociales, higiene industrial, importación oficial de granos y control de sus precios, impuesto sobre la renta, jornada máxima de trabajo, junta de habitación (casas baratas), juntas rurales de credito, ley contra la usura, monopolios de la emision monetaria, de la gasolina, de la telegrafia y la telefonia inalambricas, de los seguros, proteccion a madres y niños, desayunos escolares, centros integrales de atencion a la infancia, salarios minimos y seguro social obligatorio

La legislacion social en Costa Rica es la culminación de un proceso histórico y social que se cristalizó en los años cuarenta La Seguridad Social, inicialmente concebida en un sentido *bismarkiano* de protección a los trabajadores, muy pronto se extendio a las familias y en 1961, 20 años después de su nacimiento, se aprueba la Ley de Universalizacion de la Seguridad Social, dándose 10 años de plazo a la Seguridad Social para su concrecion Podemos afirmar que este paso confirma una de las mayores transformaciones del sistema de salud costarricense que se establece en la Ley, primero, y se concreta en la realidad en los años setenta con la formación de un verdadero sistema de seguridad social en el país

C. Costa Rica y la ética pública: salud para todos y todas

Desde la década de los años cincuenta se adoptó un nuevo modelo de desarrollo en el contexto internacional de importaciones En la decada de los setenta el PIB crece y aumentó la participación del Sector Salud en el mismo, pasando de un 5,1% en 1970, a un 7,6% en 1980 En ese contexto se desarrolló una Politica de Estado, que tuvo un carácter integral dentro de la concepción de "lucha contra la pobreza" y que se desarrolló en el marco de un Plan Nacional de Salud que se construyó con base en un conjunto de premisas básicas (a) la atención de la salud es un derecho de la población, (b) el Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo, (c) la atención de la salud debe ser integral, (d) debe existir integracion de los servicios preventivos con los de recuperación, (e) debe existir regionalización de los servicios, para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público, y (f) debe darse preferencia a la atención ambulatoria

Se desarrollaron dos estrategias basicas la universalización de la Seguridad Social, y la de extension de cobertura de los servicios a poblaciones rurales dispersas y urbano marginadas

En los años setenta, para evitar duplicaciones, se realiza el traspaso de los Hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS, se crean por ley nuevas formas de aseguramiento, para abarcar aquellas poblaciones que por su precaria inserción al empleo formal no podían ser beneficiarios de las formas tradicionales de ingreso al sistema Estas nuevas formas inician su vigencia en la grave crisis económica que enfrentara el país en los años ochenta, como son los asegurados por cuenta del Estado y por convenios especiales, dirigidos a la protección social en salud de los grupos poblacionales en mayores desventajas Esto permitio la extension de las coberturas de aseguramiento de un 42% de la población en 1968 a un 84% en 1990, y el aseguramiento del acceso de toda la población a cualquier escalón de complejidad de la red de servicios públicos

A inicios de la década de los ochenta el pais y el sistema de salud, enfrentan una de las crisis económicas más severas de su historia

> Unos cuantos datos bastan para comprender la magnitud de aquella crisis La produccion, que habia crecido a una tasa promedio anual del 6% durante los treinta años previos, cayo en un 10% entre 1980 y 1982 El desempleo, que tradicionalmente se habia ubicado por debajo del 5%, casi se triplico al superar el 14% La inflacion sobrepaso el 90% en 1982 Los salarios

> perdieron un 40% de su capacidad adquisitiva El gasto social cayo dramaticamente, pasando de ser un 23% del PIB en 1980 a ser, apenas, un 16% del reducido PIB de 1982 La pobreza practicamente se duplico como resultado de todo esto, de manera que en 1982 –igual que treinta años antes– mas de la mitad de la poblacion costarricense estaba viviendo bajo la linea de pobreza (Garnier e Hidalgo 1991)

El sector salud enfrentó esta crisis con esfuerzos de estabilización financiera que buscaban evitar la quiebra del sistema de seguridad social, pero sin provocar un deterioro en los avances hacia la universalidad de los años anteriores Fue la época de la "integración de servicios de salud" entre el Ministerio de Salud y la CCSS en el período 1982-1986, período donde se trató de reducir las duplicidades de atencion en el nivel ambulatorio y es el periodo que señala, el inicio de la intervencion de la CCSS en las actividades de prevencion y de salud pública

Costa Rica desarrollo un sistema publico, que diferentes estudios señalan como uno de los instrumentos que han permitido alcanzar un alto desarrollo humano con una economía de país subdesarrollado Es un sistema universal, equitativo y solidario, edificado en torno a un gran desarrollo de la salud publica y un esquema de seguridad social peculiar, que crea la obligación de afiliación a la poblacion trabajadora y que protege a grupos vulnerables, por medio de la afiliación por el Estado y otras formas, para universalizar su cobertura

Los resultados de la política social y de salud, seguidas por el país desde los setenta, permitieron la reduccion de la natalidad, de la mortalidad general e infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer Estos logros fueron paradigmáticos, se disminuyó la mortalidad infantil de 61,5 por mil nacimientos en 1970 a una tasa de 13,6 por mil n v en 1991 y la esperanza de vida ascendió de 65 años en 1970 a 75 en 1991

D. Servicios de calidad, equidad y solidaridad el reto de Rectoría en Salud

Como señala Leonardo Garnier (2005)

> Con la crisis cambiaron algunas otras cosas En terminos del entorno internacional, el mundo paso de la epoca del desarrollismo nacionalista y el Estado Benefactor –en algun sentido protegidos por la guerra fria– a la epoca del 'consenso de Washington' que, superada la guerra fria, se montaba mas bien en la realidad de la globalizacion y la retorica del

> globalismo (Beck 1998) para impulsar un conjunto de reformas dirigidas a la apertura, la liberalizacion, la desregulacion y la privatizacion de las economias, bajo el supuesto -aparentemente economico, pero mas bien ideologico- de que las causas, tanto de la crisis como del bajo rendimiento de las economias nacionales, estaban todas vinculadas a los excesos del intervencionismo estatal de las decadas precedentes

En Costa Rica, la reforma del sector salud, iniciada en 1994, intentó mejorar la calidad y la oportunidad del acceso a toda la población Al contrario de otros procesos de reforma en America Latina, ésta fortalecía la planificacion, financiamiento y provisión pública (directa o indirecta) de los servicios Diez años después de su inicio, la cobertura de aseguramiento de la población es de un 88%, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido por debajo de 10 (9,8 por mil n v en el 2005) y la esperanza de vida es de mas de 80 años Desde este punto de vista, la reforma planteada y desarrollada "al estilo costarricense" ha sido un éxito, y coloca al sistema de salud costarricense en uno de los de más alto desempeño

El éxito en materia de salud pública, necesariamente lleva a la necesidad de enfrentar problemas que emergen y se constituyen en desafíos para el futuro Citando a Juliana Martínez (2005), investigadora que ha documentado los efectos de la reforma en materia sanitaria

> En la decada de los noventa la Caja dejo de invertir en servicios y equipo propio, llevo a cabo una politica de expansion de la contratacion privada de servicios a pesar de carecer de un sistema de contabilidad de costos actualizado que le permitiera comparar sus resultados con los costos de los servicios privados que contrata (Herrero y Duran, 2001) Cuando hubo estimaciones, la compra de servicios privados fue sistematicamente mas cara que la prestacion directa de los servicios (Asamblea Legislativa, 2001) la calidad de los servicios privados brindados a traves de la Seguridad Social dejo mucho que desear y, en general, solo fueron evaluados cuando se denunciaron o produjeron accidentes

En este contexto, se ha observado un incremento del gasto privado en salud (Acuña, Picado, 2003) que pasó de representar el 23% en 1991 al 30% en el 2001, aunque es principalmente realizado por los quintiles de mayor ingreso el 58,2% lo efectúa el quintil de mayor ingreso, mientras que sólo el 2,4% del total del gasto privado lo realiza el quintil más pobre de la población Este gasto va dirigido principalmente a la consulta ambulatoria médica, odontologica, a la compra de medicamentos y a la realizacion de examenes de

laboratorio y gabinete Los quintiles alto y medio alto de ingresos, resuelven sus necesidades de atención por medio del pago directo de bolsillo, mientras que el resto de los sectores medios y bajos esperan por una oportunidad de atención en los servicios públicos

El Ministerio de Salud, por medio de la habilitación de servicios de salud, ha realizado la evaluacion de estándares estructurales de un piso básico de atención de todos los hospitales públicos del país durante los años 2004 y 2005 Los resultados señalan deficiencias importantes en planta física, pero especialmente problemas en la dotación del recurso humano directamente relacionado con la atención directa Existe recargo de funciones y sobrecarga de trabajo, situacion que impacta negativamente en la motivación y el desempeño del personal A pesar de todos estos y otros problemas detectados, se hace necesario indicar que la sectorización ha contribuido significativamente a la mejora del acceso a los servicios de las poblaciones de mayor riesgo

En este contexto, es necesario discutir estos problemas, y como país, iniciar una discusion que no se circunscribe a criterios actuariales, o meramente tecnocráticos, pues por tener serias consecuencias en la salud y bienestar de los costarricenses, esta discusión debe ser eminentemente política y democrática Asi mismo, la construccion de una agenda por la salud con el sector privado, prestador de servicios, que parta del reconocimiento del carácter comercial de estos, puedan prevalecer los estándares éticos de acceso, universalidad, equidad y calidad Cabe mencionar que, esta discusión ha tenido tres momentos importantes uno convocado por una organización no gubernamental, a raíz de la campaña política para la elecciones presidenciales, otro convocado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud y el Estado de la Nación entre otros, y el último organizado por la Academia de Medicina sobre los Retos de la Seguridad Social en Costa Rica (Academia de Medicina, Costa Rica, 2006) Sin embargo, estoy convencida de que se requiere de mayor analisis por parte de la ciudadanía

E Derechos colectivos y sostenibilidad financiera, reto y oportunidades

Cuando se analiza la evolución de algunos países de América Latina después de las reformas de Estado que se iniciaron a finales de los ochenta y en la década de los noventa del siglo pasado, aparece un hecho dominante la apertura de sus economías coincidió con una reduccion del peso del Estado y del sistema del seguro

social (Rodrik, 1998) Así, aun por un lado el grado de exposición de estas economías a "shocks" exteriores aumentaba y, a la vez, el nivel de seguro colectivo ofrecido por la democracia disminuia

Los resultados en América Latina de estas políticas, en países con mayor grado de tolerancia hacia las desigualdades que lo que la historia de Costa Rica señala -los valores sociales son determinantes- es que el crecimiento de la inseguridad económica encierra el riesgo de disminuir la adherencia de las poblaciones a la democracia y, por ende, llevan a poner en tela de juicio al régimen político y al sistema económico, abundan los ejemplos de estas reacciones

El derecho a la salud y su satisfacción, es tradicionalmente, un principio de alta cohesión social Nada mueve más a la conciencia ciudadana que las inequidades ante la enfermedad y la muerte En un momento de crisis, de posibles cambios en el sistema de salud, debemos apelar a la solidaridad tradicional de la población y a exigir la intervención de un Estado mas participativo para su fortalecimiento

Además, no se tiene ninguna evidencia que soporte la idea de que la búsqueda de la cohesión social, -entendida como una condición necesaria para la perpetuación de los sistemas sociales frente a los retos de la multiculturalidad de sus agentes, la concentración de los recursos, la exclusión de individuos, y la desigualdad entre los mismos- sea un obstáculo para la eficacia económica Por el contrario, en todas partes la democracia ha sabido imponer instituciones de solidaridad Y las sociedades mas solidarias están lejos de ser las que obtienen menores resultados

En el contexto de la globalización, la apertura de los países a los intercambios internacionales, mas allá de consideraciones ideológicas, pueden o no ser una amenaza Las sociedades que son capaces de diseñar, ejecutar y evaluar medidas específicas para prevenir los efectos negativos y potencializar las oportunidades producto de intercambios de bienes, servicios y grupos poblacionales, son aquellas que han logrado avanzar en el desarrollo humano Las lecciones aprendidas son muchas y el colocar al ser humano en el centro del desarrollo, con respeto a los recursos naturales y construyendo escenarios de paz y justicia social, es el sueño y meta de los gobernantes de este siglo Sin duda, esa es la meta que logró la declaracion de los objetivos del milenio En un sistema de salud que depende de las politicas de empleo, la incorporación de las poblaciones móviles a la fuerza de trabajo por las diversas modalidades, es una necesidad por razones de

derechos, justicia y solidaridad, sin dejar de lado su potencial contribución a la sostenibilidad financiera del sistema

Stiglitz afirma que la política social debe guiarse por cuatro principios basicos universalidad, solidaridad, eficiencia e integralidad, - que se han confundido en los últimos años- al promoverse los instrumentos de la focalizacion, criterios de equivalencia entre contribuciones y beneficios, descentralización, participación del sector privado, que han suplantado los principios en las reformas del sector social Los instrumentos deben estar supeditados a los principios, la focalizacion debe visualizarse como instrumento para mejorar el acceso y la cobertura de los servicios y nunca como sustituto de la universalidad (Stiglitz, 1973)

Este enfoque de derechos ciudadanos, es compartido con enfoques contemporáneos sobre el desarrollo, como es la teoría del "desarrollo humano" (PNUD, 1994) o el de desarrollo como libertad, de A Sen (1999), cuyos enfoques centran el objeto del desarrollo económico en el ser humano y no el ser humano en función del mercado, de ese tamaño es la discusión contemporánea

Desde una perspectiva más práctica, me propongo en el siguiente apartado, repasar mi contribucion en el desarrollo de un sistema de salud más justo, más equitativo y más solidario Espero, además, que ustedes logren tambien la identificacion de los retos y los desafíos, desde la perspectiva ética

II Algunas lecciones aprendidas

A. Reflexiones sobre gobernabilidad

La construccion de políticas públicas sanitarias requiere necesariamente de un análisis de la gobernabilidad con la que se cuenta o que se debería de contar, para lo cual debemos de conocer a profundidad la condición o situación que se desea consolidar, cambiar o modificar, y la sistematización de la evidencia científica Tener claro el rumbo y la meta, una organización básica -sencilla y eficiente- que como condición ineludible es el respeto a la divergencia, reconocimiento de los diversos intereses, capacidad de negociacion y buena comunicacion institucional e interpersonal, así como la capacidad de seguimiento a los acuerdos y asumirlos con responsabilidad La motivación depende, la mayor parte de las veces, del acceso a toda la información disponible, sin olvidar que la participación de los diversos grupos debe considerarse desde el inicio, es decir, desde la identificación del problema, condicion o situación que deseamos intervenir, ya que de ello dependen los

resultados, que no es más que la construcción de políticas sanitarias sostenibles

La representación de individuos y grupos públicos y privados, instituciones, sociedad civil, medios de comunicación, academia e investigadores, así como las visiones, locales, subnacionales, nacionales, regionales y globales, son fundamentales, tanto de los que se benefician de la política como de aquellos que sienten, perciben y en realidad ven afectados sus intereses, sin olvidar los que lideran esa construcción Las posibilidades de mantener la adherencia de los diversos actores sociales, como se mencionó anteriormente, requieren de reglas claras, acceso a la información, posibilidad de expresar ideas y posiciones, asi como de disentir Las reglas claras, ¿hacia dónde vamos?, ¿qué buscamos?, ¿que esperamos?, ¿cuales son los instrumentos o mecanismos de que se dispone para asegurar un producto de calidad? Es decir, el establecimiento de términos de referencia a los que como grupo nos comprometemos

Una vez, asumido el reto, el líder del proceso, tiene que tener claro que su propio reto es lograr identificar las necesidades de los diversos grupos, hacer uso de las mejores herramientas para la convocatoria y desarrollar credibilidad en el proceso Así mismo, contar con los recursos financieros, tecnicos, tecnologicos y logísticos, sin olvidar dejar espacio para la creatividad En el contexto político, evaluar el capital politico, es decir, cuál es el grado de libertad con el que se cuenta para plantear temas estrategicos y de cambios de comportamientos colectivos, y como si fuera poco -la construcción de las politicas sanitarias-, tienen que ser una oportunidad de consolidar el liderazgo y no de desgaste personal, familiar, institucional y del Gobierno El proceso de la medicion de las funciones esenciales en salud publica a nivel nacional y subnacional (FESP), brinda desde la perspectiva de conducción una valoracion cualitativa del desempeño del sistema sanitario, pudiendo convertirse en una oportunidad para hacer una valoración táctica de la competencia con la que cuenta el pais para responder a las diferentes necesidades, que requieren de políticas, planes o programas, sin duda, una experiencia positiva en el pais

El diálogo activo, en condiciones de igualdad y permanente intercambio entre portadores de diferentes culturas, es básico para asegurar una construcción de las políticas De hecho, en varios procesos que ha conducido el Ministerio de Salud se está en permanente dialogo con grupos sociales de otras culturas En este

diálogo debemos recoger los conocimientos y prácticas que sentimos como ajenos y cotejarlos con los que nos son propios, y en ese intercambio y encuentro, estar abiertos a generar prácticas y conocimientos novedosos que se plasmen en las políticas, programas y proyectos dirigidos a grupos específicos con necesidades específicas

El analisis de las fuerzas, sobre todo, cómo se expresan esas fuerzas, requieren de atención y dedicacion Esas fuerzas, pueden ser visibles y expresarse transparentemente o, por el contrario, amorfas, pero son los suficientemente fuertes como para detener o, lo que es peor, cambiar de meta Las fuerzas, tambien pueden provenir de individuos (personas que perciben un beneficio o prejuicio), de grupos de presión (trabajadores, gremios profesionales, sindicatos), de las empresas (que ven lesionados o amenazados sus objetivos), de los medios de comunicacion (que construyen opinión pública y ven en la controversia una oportunidad de ganancias), sin olvidar las resistencias institucionales internas y externas En fin, esas fuerzas, algunas veces se expresan como resistencias como consecuencia de vanidades institucionales, personales, de género, intergeneracionales y hasta ideologicas

La elaboracion de políticas específicas es un paso que incursiona la mayoría de las veces en la expresión de resistencias socioculturales ideas, creencias y prácticas Dentro de las más controversiales, se encuentran las relacionadas a la sexualidad, donde convergen creencias, teorías y prácticas, asi como realidad y responsabilidad, en los distintos niveles de la sociedad Este campo-sistema de salud tiene varias responsabilidades, una de ellas es disminuir la brecha de conocimiento e información en salud, para que los individuos y grupos tomen decisiones informadas, con base a sus propias necesidades El uso del condon, por ejemplo, ha provocado diversas posiciones, algunas de orden moral que entorpecen o retrasan el que esos grupos e individuos logren prevenir y evitar enfermedad y muerte como en el caso del SIDA ¿Existen alternativas de protección?, ¿quien y quiénes son los responsables?, ¿dónde empieza y donde termina esa responsabilidad?, ¿son las consideraciones morales o religiosas las que tienen que prevalecer?, ¿cuáles son los argumentos?, ¿se encuentran esos argumentos en el plano racional o en el de las creencias?, ¿quien o quienes asumen ante los colectivos la responsabilidad de avanzar o no en materia sanitaria? El lograr la educacion de la sexualidad desde la infancia no es una responsabilidad directa del sector salud,

pero, ¿puede el sector esperar, mientras ocurren casos y muertes potencialmente evitables?

Continuando con el tema de la sexualidad, otro ejemplo, es la introduccion de medicamentos para evitar el embarazo, posterior a las relaciones sexuales En los últimos años este tema ha llamado la atención del público, academia, grupos religiosos, ginecólogos, y grupos que luchan por los derechos En este sentido, se pueden encontrar artículos, reportajes y sesiones de discusion relacionados con los posibles efectos sobre la concepción Unos grupos se apoyan en las creencias religiosas, otros en argumentos científicos y otros en los derechos de las mujeres a decidir Llama la atención que cualquier medicamento para su venta en el país requiere de un registro sanitario similar al que se utiliza en otros países, el hecho concreto es que al día de hoy, ese proceso no ha dado inicio y la controversia pasa por momentos críticos y luego de silencios La pregunta es ¿como surgen esas controversias?, ¿a quiénes se les está cargando esa responsabilidad?, ¿quién o quiénes se benefician de esa situación, quien o quiénes se perjudican?, ¿los grupos de mujeres y los que luchan por los derechos continuarán con esta lucha?, ¿la empresa privada, productores y distribuidores han asumido un rol socialmente responsable ante la sociedad?

B. Reflexiones sobre los recursos

Se escucha frecuentemente que se requieren recursos extras para mantener los logros y enfrentar los nuevos retos sanitarios, y así es Sin embargo, lograr un incremento en el presupuesto esta directamente relacionado a la solidez de los argumentos para ese incremento, tienen que ser convincentes sobre su impacto Visibilizar el impacto en una forma concreta y convincente para los niveles estratégicos y para la poblacion, es una prioridad La disminucion de muertes, el aumento de coberturas, mayor cantidad de años a vivir para las próximas generaciones y mejoramiento en la calidad de los servicios, son impactos de largo plazo, la disyuntiva, entonces, es el establecimiento de indicadores intermedios, que sean potencialmente alcanzables y percibidos por parte de los trabajadores de la salud y la población como logro

En la búsqueda de nuevos recursos también surgen consideraciones políticas, estratégicas y éticas Las fuentes de financiamiento pueden ser estructurales o coyunturales Los cambios estructurales como incremento en el porcentaje de las contribuciones o la incorporacion de nuevos grupos, son las acciones más sanas para el sistema, ya que el endeudamiento debe estar lo suficientemente justificado

para obras de infraestructura El pais cuenta con una reforma fiscal que busca recursos extras para incrementar la inversión social, dado que la mayor parte de los recursos se destinan al pago de la deuda Sin embargo, después de cinco años, aun no ha sido posible que se apruebe en la Asamblea Legislativa En el caso de las segundas, se pueden identificar (1) utilización de recursos ociosos, (2) movilización de recursos dentro del mismo sector, (3) el mejoramiento en la recaudación, (4) participación de gobiernos locales, (5) alianzas estratégicas con academia, grupos organizados, empresa privada, (6) apoyo internacional, estrategias que en la realidad son complementarias, ya que ninguna de ellas, por si solas, puede solventar la limitacion de recursos Un sistema solidario y universal como el costarricense, enfrenta retos relacionados al perfil de salud-enfermedad de la poblacion, el envejecimiento de la población, las discapacidades y los costos de la atención, por lo que el asegurar la recaudación y evitar morosos, entre ellos al propio Estado, son acciones estrategicas permanentes

Los recursos economicos son una condicion necesaria, pero no suficiente para lograr buenos resultados en materia sanitaria, es decir, para disminuir la mortalidad infantil, mantener las enfermedades transmisibles controladas, y enfrentar los nuevos problemas de salud, se requiere, ademas, de instrumentos y mecanismos de eficiencia, calidad y calidez de los servicios de salud, así como sistemas de medición del desempeño del sistema por parte de la ciudadania, y transparencia en el uso de los fondos públicos Los esfuerzos exitosos en eficiencia son aquellos, que sin abandonar los objetivos sanitarios, hacen un uso adecuado de los recursos disponibles, sean estos humanos, físicos, tecnológicos o informáticos

El diseño, ejecución y evaluación de los instrumentos para mejorar eficiencia, deben tomar en cuenta que la reducción de los costos basados en la reducción del personal puede convertirse en perverso para la administración En la gestión de los recursos humanos sanitarios es indispensable tomar en cuenta los aspectos de seguridad, salarios, compensaciones e incentivos, así como mecanismos de regulacion y reconocimiento, para lograr la colaboracion y el compromiso en temas tan sensibles para la población como el evitar o recuperar la salud

Otro aspecto al que quisiera dedicar una mencion especial, es la distribucion de los recursos económicos, tecnologicos, de infraestructura y humanos, con base en las necesidades en salud de los diversos grupos poblacionales, ya sea esta distribución por grupos de edad, área geografica, género o etnia En varios

documentos publicados entre el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud, y grupos técnicos del país, se ha documentado que las poblaciones indígenas tienen una esperanza de vida al nacer 20 años menos que el resto de la población (Ministerio de Salud, 2004), tambien se ha documentado una mayor concentración de los recursos humanos estrategicos (médicos por habitantes) en áreas urbanas que en las zonas de mayor pobreza del país (27 médicos por cada 10 000 habitantes en area metropolitana, mientras 7 médicos por cada 10 000 habitantes respectivamente), carencia de ciertas profesiones y especialidades medicas La búsqueda de una distribucion de los recursos más justa y equitativa, es para garantizar que los beneficios sean acordes con las necesidades y particularidades culturales de los diferentes grupos sociales Un principio de equidad basado en el respeto a la diversidad y un acceso entendido mas allá de la disponibilidad como oportunidad, funcionalidad, distancia-tiempo, costos y aspectos socioculturales, está directamente ligado a la gestión de los recursos humanos en salud

En el tema de recursos humanos, también, quisiera compartir la preocupación de estudiantes, padres de familia, sector educación, sector salud y ciudadanía en general, ante la carencia de ciertos recursos estrategicos como anestesiólogos, y explosión de carreras universitarias que no responden a las necesidades de la población, ni del sistema de salud, como las 17 carreras universitarias públicas y privadas para la formacion de psicólogos, 8 carreras para la formación de médicos, 8 carreras de enfermeria, entre otras, para un país con un total de poblacion de 4 2 millones de habitantes (OPS-OMS, 2006, 2003) y que, además, la mayor parte prefieren las zonas urbanas en donde la oferta laboral es mayor

El sistema de salud de Costa Rica, cuenta desde sus orígenes con principios que orientan el quehacer institucional y social, como el de la solidaridad Las orientaciones políticas, dirigidas a operacionalizar es una de las preocupaciones y ocupaciones de los hacedores de politicas Es un hecho, que algunas estrategias exitosas en Costa Rica y en el mundo como la Atención Primaria en Salud, dada en la declaracion de Alma Ata y en la última resolución de la OMS, permiten una vez mas consolidar los sistemas sanitarios, ya que dentro de sus estrategias se encuentran el trabajo intersectorial, multidisciplinario, uso de tecnología apropiada y participacion de la comunidad para una consolidación de los principios de solidaridad, es decir, cómo la sociedad se organiza para brindar servicios de calidad a la población que habita

el territorio nacional En este punto, existe una oportunidad nuevamente de revitalizar la atención primaria en salud, para buscar incansablemente los programas y estrategias para mantener a la población sana, evitar enfermedades infecciosas, lograr una vida saludable, evitar muertes prematuras y disminuir la discapacidad

Tal y como mencioné en la primera parte de este artículo, los recursos económicos asignados para la atención integral en salud son una limitación que ha existido en el pasado y, sin duda, prevalecerá, entonces, se requiere buscar e identificar nuevos recursos, ser mas eficientes, pero sobre todo, en materia sanitaria ser mas efectivos Si los problemas de salud que tienen mayor prevalencia en el país son los relacionados a las enfermedades crónicas, cáncer y accidentabilidad, de qué manera responde el sistema sanitario Los presupuestos evidencian esa prioridad, la prioridad es dada en forma residual, son las autoridades de salud las que luchan y logran los recursos o éstos son tomados en otra instancia, cuya responsabilidad política es la estabilidad macroeconómica y no la salud Ante estas disyuntivas, las politicas tienen que avanzar, pero entonces, cuál es el rol del líder sanitario, en el primer caso ser eficientes, efectivos y transparentes, en el segundo caso, va a requerir mayor capacidad de negociacion para convencer que para lograr los resultados necesarios, se requieren mas recursos y de no lograrlo, dejar sentadas responsabilidades también ante el cuestionamiento público

C Reflexiones sobre riesgos globales

En este apartado tengo la intención de abordar aspectos diversos como los desastres naturales, la movilización de la población, las amenazas globales como el SARS y la Fiebre Aviaria

Los eventos adversos o catastroficos, cada vez más frecuentes y mas severos en la Región Centroamericana, colocan también un ingrediente de complejidad en el análisis de las necesidades en salud de las poblaciones, las cuales en muchas ocasiones con gran esfuerzo han logrado inversiones para el desarrollo, y que en unos cuantos segundos pierden, no solo pierden esa oportunidad, sino que retroceden hasta 50 años, como es el caso del Huracán Mitch (OPS, 2000)

Las habilidades que tiene que desarrollar el pais van más alla del sistema de salud y de la preparación para un eventual desastre, está relacionado a evitar y disminuir las posibilidades de enfermar,

lesionar o morir como consecuencia de un evento natural, trascender la fase de respuesta e incursionar en aspectos de reducción de la vulnerabilidad, está ligado al desarrollo humano, es decir, a la gente, y es un compromiso ante la sociedad Una sociedad que historicamente ha privilegiado educación, salud, vivienda digna, respeto a la naturaleza, convivencia pacífica y sin ejército, también está en la posibilidad de construir un futuro menos vulnerable

En varios documentos de la Estrategia Internacional para la Reduccion de los Desastres Naturales, se ha documentado que la vulnerabilidad a desastres naturales, no está solo relacionada a la vulnerabilidad social con o sin pobreza Está relacionado a las posibilidades reales que tienen las poblaciones ubicadas en zonas de amenaza natural o antrópica a estar informados, con capacidad de organización, posibilidad de movilizar recursos, actuar sobre su entorno comunitario En este sentido, el accionar del sistema de salud es interdependiente de los otros sectores de la sociedad, por tanto los programas y planes tendrán que ser integrales e integrados para no duplicar esfuerzos y evitar el desperdicio de recursos ¿Cómo y quiénes abordan los aspectos éticos en situaciones de desastre?, ¿la construcción de viviendas y edificios públicos en zonas de riesgo, se evidencia?, ¿tienen las comunidades los espacios para proponer medidas correctivas?

Un segundo aspecto que deseo tratar en estas reflexiones, es la movilización de las personas y grupos humanos, por razones turisticas o de exclusion social, una mirada rápida a estos movimientos de personas podría caer en la conclusión de que no tienen nada en común, sin embargo, ambas consumen bienes y servicios específicos, y ambas generan cambios socioculturales, laborales y comerciales Ambos fenómenos, enfrentan a las sociedades a hacer lecturas de sus propios logros y valores socioculturales, así como de las limitaciones que se identifican para los propios habitantes El manejo de estas dos realidades permitirá, sin duda alguna, sociedades más tolerantes, más justas y equitativas

En el caso de la movilización por razones turísticas, se ha logrado documentar en distintos países la necesidad de regulaciones estrictas en el uso de los recursos naturales como el recurso agua y la protección de las cuencas ante diversas fuentes de contaminacion, proteccion de playas y bosques, por citar algunos ejemplos No son escasas las regulaciones alrededor de la proteccion de los valores socioculturales como el idioma, los edificios y el patrimonio historico, sin olvidar las necesidades en infraestructura y logisticas que requiere esa actividad económica para operar

satisfactoriamente Las posibilidades de modificacion de patrones de consumo, como consecuencia de la exposición a modos de vida diferente, se expresan en cambios en la alimentacion, vestuario, confort y sobre su propia realidad, es decir, las posibilidades o no de parecerme y acercarme culturalmente a los otros

La atención en salud de las necesidades de los grupos que se movilizan como consecuencia de la exclusión social, requiere de adaptaciones especificas, así como del reconocimiento por parte del país receptor de la contribucion y los derechos de esos grupos Estos movimientos pueden darse a lo interno de un pais, de una sub-region (como la Centroamericana), regionales como los latianoamericanos hacia Estados Unidos de Norteamérica (USA) o intercontinentales como la movilización de Africa y Ecuador hacia España Un aspecto, al que deseo referirme, es la ausencia de información sobre el concepto de salud, las prácticas y las costumbres que las personas llevan a sus nuevos destinos y cómo éstas retroalimentan a los servicios de salud, cuáles son las normas interpersonales aceptadas o no Desde la perspectiva del país receptor también surgen distintas reacciones, desde la asignación de recursos comunitarios o institucionales para la acogida hasta la deportación por falta de documentos, desde la incorporación al mercado laboral hasta la informalidad, desde la atencion integral hasta desconocer esos derechos ¿Cuáles son las posibilidades de cobijar a los recién llegados a los beneficios que la sociedad receptora ha construido a lo largo de su historia?, ¿la respuesta que tiene que elaborar un país desarrollado para la recepción de poblaciones excluidas no es la misma que en un país en vias de desarrollo?, ¿cuales serían los requerimientos mínimos que la sociedad internacional esta dispuesta a solicitar al país expulsor?

Por otro lado, también surgen nuevas amenazas para las poblaciones, como el SARS y la fiebre aviaria, los efectos que produjeron los casos de SARS en Canadá, China y otros países de Asia rebasaron al sistema de salud y, ademas, pusieron en evidencia algunas debilidades en diversos niveles gubernamentales La alerta que lanzo la Organizacion Mundial de la Salud sobre el riesgo de una pandemia de fiebre aviaria, también ha colocado en la preocupación pública la necesidad de preparacion ante una enfermedad que aún se desconoce su agresividad Sin embargo, se han colocado recursos a nivel mundial para la elaboracion de vacunas, medicamentos, insumos medicos, se ha capacitado al personal de salud, se han elaborado planes de respuesta para los sectores publico y privado a nivel nacional y regional Algunas discusiones alrededor de este

tema, se han centrado en la concentración de recursos ante un riesgo que algunos perciben lejano mientras los paises en desarrollo no han logrado resolver los problemas de enfermedades transmisibles y los materno-infantiles Sin embargo, el sector salud tiene que estar preparado y, a la vez, hacer un manejo de la informacion disponible de tal manera que la poblacion pueda tener acceso a la información oficial Las posibilidades de generar pánico de este tipo de riesgo hace necesario un manejo cuidadoso, basado en evidencia y transmitido con serenidad, sin minimizar las consecuencias

Los riesgos globales son sólo un ejemplo de las contradicciones a las que se enfrentan los líderes sanitarios Los efectos sobre la salud de las personas, las economías y sobre la seguridad de las poblaciones aun están por documentarse

III. Desafíos en la construcción de políticas públicas

- Se requieren más recursos para mantener los logros alcanzados por el sistema de salud costarricense y para enfrentar los retos, una reforma fiscal es inevitable
- No olvidar que los logros en salud, son el axioma para enfrentar nuevos retos y nuevas formas de organización, construcción de alianzas con los sectores académicos, privados, publicos y la ciudadanía, en donde los códigos de ética de estas relaciones, tienen que estar explicitados en documentos y asumidos por las partes
- Se requieren nuevos esquemas de cooperación técnica y financiera, entre paises de ingreso medio, para romper el círculo vicioso de a mayor desempeño del sistema sanitario menor cooperación técnica y financiera Es decir, una nueva etica internacional en donde se coloquen también recursos para los sistemas de salud, basados en su desempeño –es decir, en sus logros- y abandonar la clasificación de los países por el producto interno bruto
- Las decisiones en salud tienen que ser basadas en evidencia científica y empírica, disminuir la brecha de conocimiento y colocar estos a disposición de la poblacion, permitiran tomar las mejores decisiones ante la amplia oferta de bienes y servicios
- El reconocimiento de los intereses de los diversos grupos, en donde el Estado Regulador, además de reconocer ese escenario,

activamente vela porque los beneficios en salud lleguen a todos respetando y atendiendo la diversidad

- Alianzas sociales y políticas capaces de transformar conflictos distributivos en acuerdos básicos de agenda y las politicas de desarrollo, pese a su complejidad, son una prioridad
- Desarrollo de mecanismos e instrumentos para la denuncia y establecimiento de sanciones de delitos contra la funcion publica
- Aumento de las garantias en materia de libertad de prensa e información para la promocion y defensa de los derechos de quienes mas lo necesitan

"No se resuelve con menos Estado, sino con un Estado mas activo"

IV. Conclusión

La situacion actual obliga a replantear la proteccion social en el marco de una solidaridad integral, en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos Se hace necesaria la concertación de un nuevo pacto social, que tenga los derechos sociales y el derecho a la salud como horizonte normativo, y a las desigualdades y limitaciones presupuestarias como problemas sociales a resolver colectivamente para enfrentar y hacer realidad estos derechos El avanzar en salud de todos los habitantes del país en medio de las contradicciones, es el reto del pasado, del presente y del futuro de los lideres sanitarios que asumen la responsabilidad de construir políticas publicas

La democratización del conocimiento y de las tecnologías colocan a la poblacion en una posicion de mayor demanda y denuncia, asi como de una mayor participación en el cuidado de su propia salud, cuidado familiar y comunitario, obligan a los líderes en salud a estar informados, saber integrar, saber comunicar y estar en constante auto evaluación, así como lograr conformar un grupo de referencia o evaluadores externos Algunas de las nuevas competencias de estos líderes en salud para el siglo XXI estarán relacionadas a la posibilidad de integracion de conocimientos, laborar en escenarios agrestes, trabajo en equipo, liderazgo, flexibilidad, lecturas y contacto con los agentes de salud y la poblacion a nivel subnacional, nacional y global Es así como las inteligencias

analíticas, intuitivas, cognoscitivas, de genero y tecnológicas tienen que converger para la toma de decisiones

La historia de Costa Rica en materia sanitaria, da la evidencia empírica de que el sistema de salud es más que la prestación de servicios para recuperacion de la salud, ya que es un elemento básico en la construccion de la identidad costarricense, es decir, la población tiene una cultura de salud publica de derechos, equidad y justicia social, que se construyó en un contexto economico y social distinto El futuro va a estar mediatizado por la capacidad de los líderes políticos para fortalecer los logros, enfrentar los retos y, a la vez, no perder los valores que le dieron vida a la sociedad costarricense actual Por último, tambien es responsabilidad de los gobiernos, buscar alianzas con otros gobiernos y lograr que la cooperación internacional vea, apoye, y contribuya en asignar más recursos en los países pobres con alto desempeño y con evidencia del mejoramiento de las condiciones y calidad de vida, si se asumen politicas publicas sanitarias justas y equitativas

REFERENCIAS

Academia de Medicina Costa Rica 2006 Memoria, se encuentra en edicion Celebrada en Costa Rica en abril

Frenk, Julio 2004 Reporte de la Comision Macroeconomia y Salud Cuernavaca

Garnier, Leonardo 2005 El seguro de salud en Costa Rica la encrucijada de un modelo exitoso Ponencia preparada para el Seminario "Crecimiento, equidad y ciudadania hacia un nuevo sistema de proteccion social", organizado por el Doctorado en Ciencias Economicas de la Universidad Nacional de Colombia, y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 19-21 de noviembre

Klisberg, Bernardo 2003 Nuevas ideas en politica social y concertacion para el desarrollo social En VII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administracion Publica, Panama, 26-31 Oct

Martinez Franzoni, Juliana 2005 Regimen de bienestar y salud en Costa Rica una decada de reformas y mercantilizacion de servicios Documento presentado en la conferencia "Latin American Perspectives on Public Health", Universidad de Toronto, mayo

Ministerio de Salud 2004 Defensoria de los Habitantes, Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social Situacion de Salud de la Poblaciones Indigenas Costa Rica

OIT 1999 Decimocuarta Reunion Regional de los Estados Americanos miembros Lima, Peru, entre el 24 y el 27 de agosto

OMS 46 Asamblea Mundial de la Salud Hacia la Salud para todos en el Siglo XXI

OPS 2000 Estrategia Internacional para la Reduccion de los Desastres Naturales, Huracan Mitch Una mirada a algunas tendencias para la reduccion del riesgo America Central, Costa Rica

OPS-OMS 2003 Ministerio de Salud, Analisis del Sector Salud Costa Rica

OPS-OMS 2006 Ministerio de Salud, Recursos Humanos en Salud en Costa Rica Informe actual y desafios para una decada Costa Rica

OPS-Ministerio de Salud de Costa Rica, Estado de la Nacion, Asociacion de Seguridad Social

Picado, Gustavo, Acuña, E y Santacruz, J 2003 El Financiamiento en Salud en Costa Rica Ministerio de Salud, OPS

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo 2004 Informe Desarrollo Humano

Rodrick, Dani (1998) Why do More Open Economies Have Bigger Governments Journal of Political Economy

Sacks, Jefry 2002 Disertacion sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Cooperacion Internacional Disertacion en la conmemoracion de los 100 años de la Organizacion Panamericana de la Salud Washington, diciembre

Sen, A 1999 On Ethics and Economics xv, 131 p

Stiglitz, Joseph 1973 Approaches to the Economics of Discrimination *American Economic Review* 63

Stiglitz, Joseph A 2003 El mundo de las reformas hacia una nueva agenda para America Latina, *Revista de la CEPAL* No 80, pp 7-40, agosto

DATOS BIOGRÁFICOS DE LA AUTORA

Maria del Rocio Saenz Madrigal, obtiene el grado en Medicina y Cirujana en la Universidad La Salle, en Mexico Distrito Federal, Grado de Master en Salud Publica en la Universidad de Costa Rica, estudios de postgrado en la Universidad de Pittsburg Ha laborado en el nivel nacional y subnacional de Costa Rica, como Medico Director de Area de Salud, Director Regional, Programa de Preparativos para Desastres, Direccion de Desarrollo de la Salud, Coordinadora del Programa de Preparativos para Desastres de la OPS-OMS en Centroamerica Ha sido docente del grado en la carrera de Gestion Ambiental, en la Universidad Nacional, docente de epidemiologia de Maestria en Epidemiologia, docente en la Maestria en Salud Publica en la Universidad de Costa Rica, docente en los cursos de Entrenamiento en Epidemiologia del CDC post Mitch En los ultimos cuatro años se ha desempeñado como Ministra de Salud y Coordinadora del Gabinete Social en Costa Rica

LATIN-AMERICAN PERSPECTIVES ON GLOBALIZATION AND MENTAL HEALTH

Renato D. Alarcón
Marina J. Piazza

Introduction

There is arguably no period in history which may have not been considered stormy, uncertain, difficult, and dangerous by those who lived through it, by the chroniclers that reported on its avatars, or even by the scholars that decades or centuries later committed themselves to the task of analyzing them The ingredients of anguish, doubt, ambivalence, or even a self-convincing notion that never before the situation was more tragic, are common features of this perspective Obviously, the opening decade of the 21st century is no exception, and in the so-called Third World, this conviction is even more dramatic Latin America, as part of such immense geo-economic segment, has its share of rampant poverty, domestic, criminal, or political violence, oppression and terror, hand in hand with social and cultural inequities, malnutrition and infections, AIDS, and a dearth of accessible and capable health services It is, therefore, imperative to discuss these realities keeping in mind the context and the meaning of a phenomenon that would be dangerous to ignore globalization This article attempts to examine the realities of mental health in today's Latin America, the political, social, cultural, and ethical nature of such realities, as well as the options to improve them both quantitatively as well as qualitatively (Frenk and Gómez-Dantes, 2002)

Globalization: Concepts and Implications

The first irony in this analysis is that the term is defined and understood differently by economists, social communicators, scientists, and the public at large (Watkins, 2003) Economists and politicians, particularly those of the so-called developed world, view globalization as the evolvement of immense opportunities of economic growth and concomitant possibilities of greater incomes for individuals, families, nations, continents, or regions across the world (Sachs and Warner, 1995, Beim and Calomiris, 2001 &

Stiglitz, 2002) For social communicators or even social scientists, globalization reflects primarily access and dissemination of information in a precise, immediate, and objective fashion The "global village" is a favorite metaphor of these perspectives (Atasoy, 2003, Martin, 2001 & Castells, 2000)

Others see globalization as little less than the greatest and most sophisticated contraband of ideas experienced by mankind throughout all its history Greater income, yes, so they say, but for the wealthiest industrialized countries or, even worse, for its corporations, consortia, and conglomerates More jobs, yes, but with inferior salaries and without greater benefits in the middle and long-term More access to communication, yes, but only for the dissemination of subcultures and lifestyles that are alienating vehicles of mediocrity and undesirable homogenization More information, yes, but information that is manipulated and disguised, aimed only at exacerbating a vacuous consumerism, those "greater incomes" devoted to the frivolous acquisition of frivolous items (Saul, 2004) The benefits for health and education, important in every design of social and economic development are eminently collateral results of a process that is totally predictable according to globalization's advocates For its critics, however, the world may very well be a village or even a city, but like any other, it still has the *barrios*, ghettos, or *favelas*, growing aggressively next door to its residential, exclusive, aseptic and super-elegant sections

The determining factors of globalization are manifold The history of civilizations has always known of groups and collectivities whose aim was the conquest of more land and the subjugation of more people Migration, first from east to west, and now from south to north and across the globe is perhaps the most dramatic sign of globalization (Martin, 2001, Simmons, 2002 & Center for Immigration Studies, 2005) Contemporary economy grows supported by practices such as outsourcing, "cheap labor," migrant workers and transcontinental computers Science and technology are the main mechanical weapons of globalization Communications represent a potential higher level of information and education, not always realized Finally, culture is a determinant of globalization through processes such as hybridization, *mestizaje*, or interactions of groups and populations that result in dramatic – and disconcerting – change of identities (Ward and Styles, 2003, Hochberg, 2004, Liang and Krieger, 2004 & Arnett, 2002) This, of course, should be managed in a humane and ethical manner (Marmora, 1998) The critical perspective about globalization is

supported by dramatic statistics Mike Davis, a social commentator, wrote in 2004

> Sometime in the next year, a woman will give birth in the Lagos slum of Ajegunle, a young man will flee his village in west Java for the bright lights of Jakarta, or a farmer will move his impoverished family into one of Lima's innumerable *pueblos jovenes* The exact event is unimportant, and it will pass entirely unnoticed Nonetheless, it will constitute a watershed in human history For the first time, the urban population of the earth will outnumber the rural

In 1950, there were 86 cities in the world with more than one million inhabitants, today there are 386, and in the year 2015, there will be at least 550, more than 100 in Latin America (Gilbert, 2004) Only the urban population at the present moment (about 3 billion) is much larger than the total world population in 1960 Rural areas will reach their highest population across the world (3 3 billion) in 2020, and only then they will start to decline As a consequence, the world population of the future -whose peak of 9 billion is expected for 2050, with more than 780 to 800 million in Latin America, 221 of which will live in Brazil, 150 in Mexico, and 53 in Argentina- will be crowded primarily in the cities, as Davis has predicted What is worse, 95 percent of this number will live in the urban areas of developing countries, whose population then will double to near 4 billion in the next generation In the year 2001, 924 million people were living in poor slums of the cities, and at least half of this population was younger than 25 years of age The most dramatic result of this process will be the multiplication of mega-cities (with populations in excess of 8 million), at least 18 in our continent and, even more dramatically, the increasing numbers of "hyper-cities" with more than 20 million inhabitants In Latin America, Mexico City, São Paulo, and Buenos Aires, will be hyper-cities (Hyman et al , 2004)

Advocates of globalization like Stiglitz (2002), believe that by removing barriers to free trade, and making possible a closer integration of national economies, globalization

> "can be a force for good, and has the potential to enrich everyone in the world, particularly the poor" (p-IX)

These optimistic views are echoed by Feachem (2001) who claims that

> "openness to trade, to ideas, to investment, to people, and to culture, brings benefits today as it has for centuries—and it

> also brings risks and adverse consequences, as it has for centuries"

Okasha (2005) affirms that the

> "global village allegedly created by globalization is not that global after all"

Of 100 people living on Earth, 57 are Asians, 21 are Europeans, 8 are Africans, 6 are Americans Forty-eight are men, and 52 are women, 30 are white, and 70 are non-white, 30 are Christians, and 70 are non-Christians On the other hand, 6 people own 59 percent of any community's wealth, and they are all North American Eighty out of 100 live in poverty, 70 cannot read, 50 die in famine, one has a higher education, and one has a computer It is obvious that power and resources do not seem to follow the majority/minority pattern of the world population, this means that globalization has failed to represent democratically the world it has claimed to globalize

Social, intellectual, and scientific leaders in Latin America agree with advocates and adversaries of globalization in one point the process is inevitable and unstoppable Technological advances and resources devoted to mass communication in many countries are catalyzing this phenomenon The main questions are how and what shape globalization will adopt, and how long will it take Globalization is in the minds and documents of working groups of international organizations, national governments, or boards of directors of corporations and financial entities (Brundtland, 2005, Waitzkin et al , 2005) Even though it is inappropriate to speak of "equal distribution of wealth" when 80 percent of the world population is malnourished and without access to health services, when similar numbers live in sub-human conditions subject to the threats of disease and disasters, or when more than half of the workforce in the world has an income below the poverty level of developed countries, it is clear that globalization will occur (Cattell, 2001) In fact, it is already occurring (Brown et al , 2006)

Globalization and Mental Health

Globalization in psychiatry and mental health has not produced a cohesive and integrated picture of human function and dysfunction, strengths, and vulnerabilities, despite the prodigious advances in many areas One reason, according to Berger and Luckmann (1967), is the appropriation of terms (i e , self) by psychology and related disciplines to constitute a positivistic

language that has become more and more complicated, almost in the manner of a unique, sometimes untranslatable dialect Westernized scientific language has isolated its disciplines in such a way that communication across cultures in a globalized world, may be interfered with in spite of the accessibility of technological advances The perpetuation of pseudoscientific treatments without much empirical support, may indirectly contribute to the flourishing of charlatanism and forms of shamanism that despite that lack of scientific evidence may feel and act closer to the realities of the common man's suffering An alternative is the use of a common language, one that may help to transcend the gulf created by an undirectional globalization, by rescuing descriptions of perceptions, behaviors, attitudes, and systems that will be truly holistic, candid as well as constructive Even the internal dilemma of "mind versus body" can move away if they are seen as hybrid realities, consequences of our physicality as well as our immateriality (Rizzolatti & Fadiga, 1998)

Globalization and psychiatry/mental health must strengthen an interdisciplinary approach through the use of multicultural dialogues, culture understood not only in terms of ethnic, socioeconomic, or geographic basis, but in terms of the everyday actions of systems, entities, and organizations leading knowledge and practice in public mental health Miller (2006) summarizes the "mental illness's global toll" in terms of a growing burden of neglect, family erosion, and developmental handicaps, with even stronger consequences in terms of the relationship of human groups with amorphous health systems in developing countries

Against this background, the global picture of mental health is one of the greatest and perhaps most ignored (although, fairly speaking, this is changing) problems in the contemporary world The impact of all these factors on health, and on mental health in particular is perceived not only in terms of growing prevalence and incidence, a change in diagnostic and therapeutic practices, provision of services and public health policies and research (Dech et al, 2003) It also shows in areas that include stigmatization, prejudice, discrimination, and the dramatic fracture of decent human relations The area of human rights has a direct link with globalization and its impact on mental health (Jakubec, 2004)

The prevalence of mental disorders is increasing both in urban and rural sections World Health Organization's estimates place at least six mental disorders or related conditions among the top 10 of those with the highest impact on the workforce, economic

productivity, and quality of life across populations (Murray and Lopez, 1996) The evident link between poverty and mental disorders is undeniable, with poor education, poor income, poor sanitary conditions, low level of education and health information, and the interference of some (not all) cultural beliefs and practices making globalization an even more alarming and quite serious threat for this and forthcoming generations (Dejarlais et al , 1995, Lacroix and Shragge, 2004)

Mental Health Realities in Latin America

The current population of Latin American and Caribbean countries is close to 500 million people The per capita average income reaches $12,000 per year Former peasants and their families, impoverished and separated from their social networks, find in many cases that the new urban context does not provide opportunities to recreate their cultural traditions and norms in an adaptive way Living in the "belts of misery" around the big cities, they become both a source and a target of violence, a setting of emotional and material losses in a daily perpetuating pattern, with the subsequent harboring of resentment, anger, and more violence (Alarcon, 2002) About half a million physicians across the continent include no more than 15,000 psychiatrists making a ratio of 3 4 psychiatrists per 100,000 inhabitants

Mental health, as a branch of public health has a relatively young history in Latin America It is fair to say that, recently, the attention paid to mental health in developing countries in general, and in Latin American countries in particular, has increased A number of issues, including the high prevalence of mental illness in the general populations as well as in primary care settings, are gaining increasing relevance Other topics include the emergence of new mental health needs, and their association with social and cultural processes such as violence, disasters, internal and external migration as well as wars and forced displacement, generate increasing disability levels related to mental disorders

The prevalence of mental health problems has been estimated in 18-25 percent in the community at large, 27-48 percent in clinical settings, and about 12-29 percent among children and adolescents The population affected by these problems reached 20 million in 1990, and it will be about 35 million in 2010 Among the most frequent and dangerous disorders, depression, anxiety, and somatoform problems represent about 20 percent of the total prevalence Epilepsy, with 5 million (of which only 1 5

receive adequate treatment), and schizophrenia, from 3 3 to 5 5 million, are part of the daily drama in Latin American streets, slums, and homes The phenomenon of "social exclusion" has been described -the abandonment of the mentally ill by families that cannot simply take care of increasingly deteriorating clinical conditions when the primary needs of the group remain unattended- (Alarcón, 2002, Pan American Health Organization, 1990 & World Health Organization, 2001)

The economic costs in terms of disability adjusted life years (DALY), reaches 7 1 to 11 5 percent in Latin America Additional burdens are the impact of mental illness on families and caretakers, the occurrence of physical problems, stigma, and human rights violations Sixty percent of cases of psychoses go into chronicity, thus putting added pressure on deficient and insufficient mental health facilities - inpatient, outpatient, and community About 10 percent of psychotic patients in a Brazilian study had not received treatment, and 30 percent of them remained in chronic hospitals or asylums (Leitao, 2001)

Mental health in Latin American countries takes less than 1 percent of national health budgets, with very few exceptions Nevertheless, there are some encouraging figures regarding mental health policies, programs, and legislation after 1990, 65 percent of the countries have specific mental health policies, 81 percent have mental health plans and programs in operation, and 58 percent have specific mental health legislation The workforce per 100,000 inhabitants includes 3 4 psychiatrists, 1 7 psychiatric nurses, 2 8 psychologists, and 1 9 social workers There are 3 3 psychiatric beds per 10,000 inhabitants, 47 6% of which are in psychiatric hospitals, 16 8% in general hospitals, and 35 6 in the community More than 70 percent of Latin American countries have less than 20 percent of psychiatric beds in general hospitals Only three countries have more than 50 percent in general hospitals and residential settings, and only 30 percent have community services As mentioned above, there are limited psychosocial rehabilitation services (World Health Organization, 2001a)

Eighty-seven percent of Latin American countries have policies regarding the use of psychotropic medications, but more than 1/3 have insufficient supply in psychiatric hospitals and primary care clinics The cost of basic medications is low, but even that may not be affordable by significant segments of the Latin American population Resorting to pharmacists, amateur healers, *curanderos* and shamans adds to the risks involved Existing

workforce resources are concentrated primarily in metropolitan areas Like in other parts of the world, primary care physicians, non-psychiatrists and non-physician personnel may be the first line of contact for patients and families in need Fields that are dramatically scarce in resources include child psychiatry, geriatric psychiatry, addictions, and forensic psychiatry (Pan American Health Organization 2001, 2001a, 2001b, Alarcón & Aguilar-Gaxiola, 2000)

There are relatively few training programs, a number of which are not well regulated in terms of personnel, structure, duration, curricular content, quality assessment, and quality outcomes It is a reality that vocations for psychiatric and other mental health professions oscillate throughout the years setting up the stage for a chronic lack of adequate numbers of professionals A number of young professionals leave their countries towards North America or Europe in search of better training, this "brain drain" results in at least one-half of those "migrant health workers" never returning to their countries of origin

Knowledge of the impact of social determinants on mental health opens up opportunities for the design, implementation, and evaluation of preventive and therapeutic interventions (Alarcón & Aguilar-Gaxiola, 2000) This includes taking advantage of the enhanced roles of family members and communities as resources in the provision of care Principles of health promotion and health prevention, population-focused, ecological models emphasizing social determinants, epidemiologically-based programs, and application of principles of social justice, equity, empowerment, and participation are well known in professional and academic circles (Huynen et al , 2005) The implementation of these programs is challenged by a pervasive lack of financial, material, and human resources, mediocre bureaucratic structures and regulations, lack of political will and commitment and, last but not least, a level of misinformation and concomitant indifference on the side of the community as a whole These realities are changing, however, on the basis of increasing numbers of nongovernmental organizations, lay groups, family groups, and entities, as well as the increasing presence of social advocates, and even of public figures or "celebrities" doing in Latin America what their counterparts in the Northern hemisphere have been doing for years, contributing to the de-stigmatization of mental illness and its consequences

In the last 35 years, a number of experiences in mental health care, prevention, and promotion in several countries enhance this hope These experiences in Honduras, Brazil, Columbia,

Venezuela, Argentina, Mexico, Cuba, Chile, Bolivia, and Peru (Alarcon, 2002, Murray & Frenk, 2000) have resulted in increased community psychiatry work in marginal neighborhoods, ambulatory primary care and community health promotion, mental health training of primary healthcare workers, community-university-state collaboration for expanded coverage and education, increased support from the public, establishment of social networks, systematization and dissemination of training materials for the development of preventive interventions, programs for victims of domestic violence and drug abuse, and enhancement of interpersonal skills

Annual investment per capita in science and technology is about $60 in Brazil and $20 in Mexico compared to $900 in the US Research has shown limited progress, but there are, once again, encouraging signs Only 2 2 percent of more than 8000 publications in 15 international psychopharmacology journals come from Latin America Brazil, Argentina, Mexico, and Chile are consistently ahead in funding, publications, and citations There are mental health centers or institutes, mostly devoted to research in Mexico, Colombia, Brazil, Chile, Costa Rica, Argentina, Perú, and Jamaica

The area of ethics and human rights has reached significant levels of prominence in Latin America Ethics, in terms of protection of human dignity, an essential human right, is growing, thanks to the action of specialized offices of international organizations established in individual countries and with supervisory, monetary, advocacy, and educational impact across the region There is increasing interest in consolidating some gains, but a lot remains to be done (Lolas, 2005)

Globalization and Mental Health in Latin America

According to Kirmayer and Minas (2000), psychiatry across the world will be impacted by the globalizing process through its influence on the unfolding of individual and collective identities examined above, its effects on economic inequalities on the practice, access, and actual provision of mental health services, and also in terms of the "shaping and dissemination of psychiatric knowledge itself" (Kirmayer, 2006) Mastrogianni and Bhugra (2003) reflect also on issues such as social class, unemployment, poverty, and poor housing which, by affecting mental health, should or could also be targets of a progressive globalization The removal of these barriers, perhaps together with a rational medicalization of some psychiatric symptoms, may have a

favorable impact

Diagnosis and changes in the way symptoms are identified, help is sought, treatment dispensed, and clinical course assessed can also be impacted by globalization The interactions between individuals and their social and economic environment are likely to become more complex, and perhaps less clear The challenge to researchers by issues related to migration and subsequent demographic changes, employment and productivity, and cultural mixing as a result of globalization, will be strong The ethical rules will change when the congregation of different cultures in metropolitan areas makes definitions, territoriality, coexistence, or urban warfare alternatives that can no longer be postponed The delineation of life in common and resource-sharing between cultures will have an enormous impact on the mental health of these new collectivities

A Latin American perspective on globalization, psychiatry, and mental health encompasses a number of issues The following section addresses some of them

Theory and Practice of Public Health and Mental Health

The emerging demands of the economic, political, and social contexts of Latin American countries make it necessary to have a common political agenda of three topics changes in the conceptualization of teleological and operative domains, examination of the collective health movement in a truly transdisciplinary knowledge and universalization of practice, and articulation of the social transformation of health with new scientific paradigms capable of approaching the health-disease-care objective with new approaches to historicity and complexity (Paim & Almeida-Filho, 1998)

Informatics

Telecommunications will transcend institutional, organizational, and cultural boundaries In the context of mental health care, this means that the information, inquiries, and demands on service provision can be routed anywhere, free of institutional or other types of control Organizationally-initiated applications such as telemedicine and telepsychiatry are usually intended to reinforce local systems, but their very design and intention may lead to a potentially rapid transcending of inherited but electronically ineffectual boundaries The consequence of such uncontrolled

globalization of healthcare activities will range from beneficial empowerment and quality improvement to detrimental effects such as overloading of experts, undermining of stable healthcare systems (Rigbi et al , 2000), and erosion of privacy A major unplanned societal re-engineering effect in a so far paper-based culture is likely to be significant, so the institutions of the future need to respond by creating positive global informatics frameworks and policies Latin America, as an important component of that new global frame, will have to make sure that issues of language, idioms of distress, help-seeking patterns, and other service-based qualifications should be adequately explored (Kleinman, 1985 & Errington, 2004)

Multidimensionality and Multidisciplinarity

This is an essential component of any globalized effort Against the paradox that globalization may accentuate specialization, the realities of 80 percent of the world community imply that a multidimensional, broad knowledge, generalistic approach to health and mental health will still have a place in the future The risks of this approach include isolationism and alienation, artificial but powerful barriers being erected to prevent true, genuine, and open communication It is not only the issue of new languages or different languages but also different practices, in short, the generation of new cultures If the porosity necessary to enhance communication is not accomplished, the negative results will be immense Multidisciplinarity, based on mutually respectful approaches from different fields of knowledge and practice, and on the provision of settings in which the dialogue can be practiced and the decisions that result from it, adequately implemented, should be essential ingredients of the future globalized mental health (Hinton, 1998)

Expansion of Services

It has been said for decades that primary care would be a "natural ally" of mental health in the provision of services Patients come to the primary care practitioner or primary care clinic first, long before a referral to a mental health setting or provider is made In Latin America, as in other parts of the world, the results of this process are mixed On the one hand, while primary care offers an opportunity for more immediate therapeutic or even social interventions by different members of a multidisciplinary

mental health team, it is also true that overwhelming the system may result in shorter, customary, or more mediocre, type of services Furthermore, primary care practitioners (not only physicians) may not necessarily give mental health issues the preference or relevance that they deserve in the urgent, fast-paced scenario of their work In this context, the globalization of mental health should pay attention, once more, to the structuring of teams where the information flows easily, with active participation of different disciplines to support and advise the primary care practitioner Rapid interventions (particularly when they have a preventive seal) can make these actions more effective Primary care will continue to be an ally of mental health in the globalized provision of services, but it has to be a process of continuous self-search and self-evaluation

The Five A's of Global Mental Health

Known in the daily jargon of community health and mental health fields for several decades, the five A's have a rare resilience both conceptually and pragmatically, thus offering consistency in any approach to these areas across the globe (Borus et al , 1979) The first A, availability, simply indicates the existence of services no matter what their structure, the very fact that they are not just theoretical topics or items in legislation, but an active presence in the field The second A, accessibility, represents one step further the services are not only there, but they are reachable, be that in the physical/geographical distance sense, but also in terms of a genuinely human level of contact The third A, affordability, is crucial considering the social and particularly economic implications of the provision of services in communities small and large across the world That the population must have the possibilities to either pay for services, or being assisted in the payment of those services, is crucial for an authentically humanistic care The fourth A, applicability, speaks to the issue of actual correlation between what the problem is and what the intervention offers It is a matter of fitting the needs with the services, not to offer opulent, expensive procedures to populations that cannot benefit from them, nor using the wrong equipment in and for specific clinical conditions The fifth and last A, accountability, has to do with an indispensable need for checks and balances, objective assessment of efficiency and effectiveness, measurement of benefits versus risks, and actual gains for the "human capital" (Cattell, 2001)

Latin American Contributions to a Global Psychiatry

In the conceptual area, Latin American psychiatry's main contributions to a globalized discipline are its genuine acceptance of advances from other latitudes, a healthy *mestizaje* (that is not simply a new form of eclecticism), the social background of its main concerns, and a critical but constructive attitude towards other forms of thinking and doing, will have a positive impact Similarly, a genuine humanism, the one that goes beyond rhetoric to become an actual practice of new principles based on solid knowledge, evident by itself, by everyday practice, by consensus, and by the consideration of human dignity as an essential component of the encounter between practitioner and patient, is a unique piece in the edifice of Latin American psychiatry (Alarcón, 2004, 2006) Rosen's (2006) suggestions on what developed countries can learn from developing countries, at macro- (inclusiveness, acceptance, reintegration, networking and learning through experience) and micro-levels (holistic appraisals, therapeutic optimism, family and community engagement) are extremely pertinent

The contributions in the area of cultural psychiatry, not only in terms of culture-bound syndromes, but in terms of an understanding of how technical, scientifically-based disciplines can interact with popular wisdom, centuries of accumulated knowledge in traditional medicine, the use of herbs, as much as the use of charismatic perceptions and their impact on emotional conflicts are areas in which Latin American psychiatry has excelled (Seguin, 1974 & Alarcón, 2003, 2005) Even in the more "scientific" (from the Western perspective) areas of psychopathology and epidemiology, Latin American psychiatry should and will attempt to rescue the values of a good descriptive, objective, humane, comprehensive, and integral approach to the suffering of fellow human beings

That the identity of Latin American Psychiatry is still a work in progress (Alarcon, 2001), does not minimize its extraordinary accomplishments The fields of epidemiology, phenomenology, social psychiatry (including community and folkloric psychiatry), clinical research, and psychiatric epidemiology have seen enormously valuable contributions by Latin American psychiatrists In recent decades, work and research groups in several countries have advanced the knowledge and the practice of areas such as psychotherapy and clinical psychopharmacology More recently, contributions to clinical genetics, and renewed reports in the field

of epidemiology have emphasized teamwork, international collaboration, and broadening of scopes that certainly will contribute to a more concrete and favorable linkage with psychiatry in the rest of the world (Alarcon, 2003)

By the same token, trying to define the identity of Latin American psychiatry does not mean separation, isolation, or search of a fragile uniqueness, blocking a necessary dialogue with the rest of the psychiatric world Latin American psychiatry does not want to, and must not be, a stranger in the mythic "global village" of the future that is now with us On the contrary, it wants and must have credentials that will allow its access to world psychiatry guaranteeing respect and acceptance Latin American psychiatry shares fully the nuclear core of knowledge and practice known in the entire globe, accepts contributions from abroad in the name of a healthy universalism and of a constructive mestizaje leading to the sharing of accomplishments and experiences with the rest of the world Knowing who we are is an antidote against alienation, but also against imitation, it is a card of independence and a bastion against subordination, it represents confidence in our own means and is, on the other hand, the best preventive agent against xenophobia (Alarcon, 2004 & Hoshmand, 2003)

Conclusions

Latin America and Latin American psychiatry and mental health can, and should be part of a globalization that implies genuine commitment to social justice, ethical management of policies and services, and equal access to service and communication Latin America has the advantages of its geographic closeness to the only super power in the world, as well as the realities of undeniable social, economic, and political differences The cultural basis of these distinctions are obvious, and should be taken into active consideration when dealing with the issues of globalization

The contributions of Latin American psychiatry are based on the accurate examination of its history, its identity, its epistemological as well as pragmatic development over decades Its participation in the new global conceptualization of mental health should be the result of an adequate examination of problems, needs, responses, and options that keep into account the fact that we are no longer alone In this context, a rational use of technology, adequate distribution of resources, combination of efforts with areas such as primary care, adequate and balanced

dissemination of knowledge, acquisition of new knowledge, as well as a realistic utilization of its advances, can create a possibility of success (Yach, 1997)

In the interminable debate between science and humanism, convergence should be the goal, finding ways through new visions of humanism, phenomenology, psychopathology, diagnosis, and treatment to make sure that all the dimensions of the unique human encounter between patient and practitioner are comprehensively covered Classic psychopathology may be now enriched by neuroscientific, biological, as well as anthropological and social contributions It is the work of psychiatry and psychiatrists of the future to provide a genuine, solid explanatory pluralism to mental illnesses and their management, much in the way advocated by Kendler (2005)

The never-to-be forgotten subjective dimension has, in the battles of global psychiatry, a place of extraordinary importance (Savin and Martínez, 2006 & Krause, 2006) It has certainly links with the humanistic approach mentioned above, but also in recognizing the "ownership" of experiences that are unique and personal The neurobiological, electrophysiological, biochemical, pharmacological, and physiological basis of phenomena such as decision making, consciousness, "the unconscious," the acquisition and practice of what we call values, or even primitive emotions such as sinfulness, violence, or impulsivity do have a precious subjective dimension whose implications and imbrications remain to be explored

Last but not least, the ethical dimension, at this point in the 21st century, will try to combine traditional humanism with the newly arising environmental ethics based on communitarian ways of thinking According to Sakamoto (2005), this does not always mean that the new global bioethics is necessarily universalistic for we should stand on the recognition of the widespread variety of value systems in the world, north and south, east and west However, it is not particularistic either, for in order to establish a post-modern global ethics, we have to accept and harmonize every kind of antagonistic values in this world The cultivation of a new social technology, tuning social disorder of not only international but also interethnic and intercultural levels of ideology beyond traditional humanism, will strengthen the significance of human rights or "human dignity" now and in the future (Bloch and Pargiter, 2002) Latin America is also the most appropriate field for the development of this new, genuinely globalized and human ethics

REFERENCES

Alarcon, RD 1976 Hacia una identidad de la psiquiatria latinoamericana *Bolo f San Panam*, 81 109-121

Alarcon RD 1990 *Identidad de la psiquiatria latinoamericana Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria* Mexico DF Siglo XXI (Eds), (670 pp)

Alarcon, RD 2002 "Salud Mental en America Latina Circa 2002" En Salud Panamericana en el Siglo XXI Fortalecimiento de la cooperacion internacional y desarrollo de capital humano Sepulveda, J (Ed) Mexico DF Instituto Nacional de Salud Publica 114-126

Alarcon, RD 2003 "Figuras y Escuelas en la Psiquiatria Latinoamericana" En Alarcon, RD Los mosaicos de la esperanza Reflexiones en torno a la Psiquiatria Latinoamericana Caracas APAL 49-68

Alarcon, RD 2003 Identidad de la psiquiatria latinoamericana Una revision critica En Alarcon R D , Los mosaicos de la esperanza Reflexiones en torno a la psiquiatria latinoamericana Caracas APAL 147-157

Alarcon, RD 2003 Los mosaicos de la esperanza Reflexiones en torno a la Psiquiatria latinoamericana Serie de Editores, APAL Caracas

Arnett, JJ 2002 "The psychology of globalization" *Am Psychol*, 57(10) 774-783

Atasoy, Y 2003 Explaining Globalization In Atasoy, Y & Carroll (eds) *Global Shaping and its Alternative* (pp 3-12) Bloomfield, Kumarian Press

Beim, D & Calomiris, C 2001 *Emerging Financial Markets* New York McGraw-Hill

Berger, P , & Luckmann, T 1967 *The Social Construction of Reality A Treatise on the Sociology of Knowledge* London, Penguin Books

Bibeau, G 1997 "Cultural Psychiatry in a Creolizing World Questions for a New Research Agenda" *Transc Psychiatry* 34(1) 9-41

Bloch, S & Pargiter, R 2002 A history of Psychiatric Ethics *Psychiatry Clin North Am*, 25(3) 509-524 Center for Immigration Studies Analysis of Census Bureau's March 2005 Current Population Surveyed

Borus, JF , Burns, BJ , Jacobson, AM , Macht, LB , Morril, RG & Eilwon, EM 1979 Coordinated Mental Health Care in Neighborhood Health Centers Institute of Medicine Series on Mental Health Services in General Halth Care, Vol 2 Washington DC, National Academy of Sciences

Brown, TM , Cueto M & Fee, C 2006 "The World Health Organization and its Transition from International to Global Public Health" *American Journal of Public Health* 96(1) 62-72

Brundtland, GH 2005 Public Health Challenges in a Globalizing World *European J Public Health* 15 (1) 3-5

Castells, M 2000 *The Rise of the Network Society (2nd Red) The information Age Economy Society and Culture* Oxford, Blackwell Publishers, Vol 1

Cattel, V 2001 "Poor People, Poor Places, and Poor Health The Mediating Role of Social Networks and Social Capital" *Soc Science Med* 52 1501-1516

Davis, M 2004 (June) "Planet of Slums" *Harper's Magazine*, 308 17-20

Dech, H , Ndetei, DM & Mascleidt, W 2003 "Social Change, Globalization and Transcultural Psychiatry—Some Considerations from a Study on Women and Depression" *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105(1) 17-27

Desjarlais, R , Eisenberg, L , Good, B & Kleinman, A 1995 *World Mental Health Problems and Priorities in Low Income Countries* Oxford, UK Oxford University Press (382 pp)

Errington, J 2004 "Getting Language Rights, Shifting Linguistic Traditions" *Coll Antropol*, 28, Suppl 1 43-48

Frenk, J & Gomez-Dantes, O 2002 "Globalization and the Challenges to Health Systems" *Health Affairs*, 21(3) 160-165

Gilbert, A 2004 *The Latin American Mega-City an Introduction* New York, Oxford University Press

Hinton, AL 1999 *Biocultural Approaches to Emotions* Cambridge Cambridge University Press

Hochberg, ME 2004 "A theory of Modern Cultural Shifts and Meltdowns" *Proc Biol Sci*, 271, Suppl 5 S313-S316

Hoshmand, LP 2003 "Modern Implications of Globalization and Identity" *Am Psychol*, 58(10) 814-815

Huynen, M MTE , Martin, ENS P & Hilderink, HBM 2005 The Health Impact of Globalization a Conceptual Framework *Globalization and Health*, 1 14-26

Hyman, G , Lema, G , Nelson, A et al 2004 Latin American and Caribbean Population Database Documentation Mexico International Center for Tropical Agriculture

Kirmayer, LG & Minas, H 2000 The Future of Cultural Psychiatry An International Perspective *Can J Psychiatry*, 45(4) 438-446

Kirmayer, LJ 2006 Culture and Psychotherapy in a Creolizing World *Transc Psychiatry*, 43(2) 163-168

Kirmayer, LJ 2006 "Beyond the New Cross-Cultural Psychiatry Cultural Biology, Discursive Psychology, and the Ironies of Globalization" *Transc Psychiatry* 43 (1) 26-144

Kraidy, M 2005 *Hybridity, or a Cultural Logic of Globalization* Philadelphia, Pennsylvania, Temple University Press

Krause, I B 2006 "Hidden Points of View in Cross Cultural Psychotherapy and Ethnography" *Transc Psychiatry*, 43(2) 181-204

Lacroix, M & Shragge, E 2004 "Globalization and Community Mental Health-Introduction" *Can J Comm Mental Health*, 23(2)5-12

Lei, L , Liang, YX & Krieger, GR 2004 "Stress in Expatriates" *Clin Occup Environ Med*, 4(1) 221-229

Leitao, M 2001 Sao Paulo Schizophrenia Care Study Cited at the Conference on Mental Health in the Americas Partnership for Progress Washington DC, Dec 6-8

Lolas, S F 2005 Salud Publica ¿Practica versus Investigacion? *Investigacion en Salud*, 7 (1) 4-5

Marmora, L 1998 "International Migration World Order or Disorder?" *Study Emigr*, 35(130) 199-214

Martin, S 2001 "Heavy Traffic International Migration in an Era of Globalization" *Brookings Review*, 19 225-229

Mastrogianni, A & Bhugra, D 2003 "Globalization, Cultural Psychiatry, and Mental Distress" *Int J Soc Psychiatry*, 49(3) 163-165

Miller, G 2006 "The Unseen Mental Illness's Global Toll" *Science* 311 458-461

Murray, CJL & Frenk, J 2000 "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems" *Bull World Health Org* 78 717-731

Murray, CJL , Jakidou, DE & Frenk, J 1999 "Health Inequality and Social Group Differences What Should We Measure?" *Bull World Health Org* 77 537-543

Murray, CJL & Lopez, AD 1996 "Evidence-based Health Policy Lessons from the Global Burden of Disease Study" *Science*, 274 740-743

Murray, CJL & Lopez, AD 1999 *The Global Burden of Disease A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020* Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press

Okasha, A 2005 "Globalization and Mental Health A WPA Perspective" *World Psychiatry* 4 (1) 1-2

Paim, JS & de Almeida, Filho N 1998 Collective Health "A New 'Public Health' or Field Open to New Paradigms?" *Rev Saude Publica*, 32(4) 299-316

Pan American Health Organization (PAHO) 1990 Regional Conference About the Restructuring of Psychiatric Services in the Region Caracas, Venezuela, November 12-14

Pan American Health Organization 2001 Conclusions of the Working Group on Mental Health Policies Conference on Mental Health in the Americas Partnership for Progress Washington DC, December 6-8

Pan American Health Organization 2001 Conclusions of the Working Group on Mental Health Policies Conference on Mental Health in the Americas Partnership for Progress Washington DC, December 6-8

Pan American Health Organization 2001 Mental Health Policies Working Paper for the Conference on Mental Health in the Americas Partnership for Progress Washington DC, December 6-8

Paz, O 1981 Alrededores de la literatura hispanoamericana En In/Mediaciones, pp 25-37 Barcelona Seix Barral

Rigby, M, Birch, K & Roberts, R 2000 "The Need to Ensure that the Globalization of Information and Telematics does not Destabilize Health-Care Worldwide" *J Telemed Telecare*, 6, Suppl 1 116-118

Rizzolatti, G & Fadiga, L 1998 "Grasping Objects and Grasping Action Meanings The Dual Role of Monkey Rostroventral Promoter Cortex (area F5)" *Novartis Foundation Symposium* Vol 218, pp 18-51 New York, Wiley

Rosen, A 2006 "Destigmatizing Day-to-Day Practices What Developed Countries can Learn from Developing Countries" *World Psychiatry* 5(1) 21-24

Sakamoto, H 2005 "Globalization of Bioethics as an Intercultural Social Tuning Technology" *J Int Bioethique*, 16(1-2) 17-27 ,189-90

Saul, JR 2004 (March) "The Collapse of Globalism, and the Reverse of Nationalism" *Harper's Magazine*, 308 33-44

Savin, D & Martinez, R 2006 "Cross Cultural Boundary Dilemmas A Graded-Risk Assessment Approach" *Transc Psychiatry*, 43(2) 243-258

Simmons, A 2002 "Mondialisation et Migration Internationale Tendencies, Interrogation et Modeles Theoriques" *Cahiers Quebecois de demographie* 31(1) 7-33

Stiglitz, JE 2002 *Globalization and its Discontent* London Penguin Books (288 pp)

Waitzkin, H, Jasso-Aguilar, R, Landwehr, A & Mountain, C 2005 "Global Trade, Public Health, and Health Services Stakeholders' Constructions of the Key Issues" *Soc Science Med* 61 893-906

Ward, C & Styles, I 2003 "Lost and Found Reinvention of the Self Following Migration" *J Applied Psychoanal Studies*, 5(3) 349-367

Watkins, M 2003 "Politics in time and space globalization In, W Clement

and L Vosko (Eds), *Changing Canada Political Economy as Transformation*, (pp 3-24) Montreal McGill-Queen University Press
World Health Organization 2001a Atlas, Mental Health Resources in the World Geneva
World Health Organization 2001 The World Health Report 2001—Mental Health New Understanding, New Hope WHO, Geneva
Yach, D 1997 "Health for All in the 21st Century A Global Perspective" *NATL Med J India*, 10(2) 82-89

ABOUT THE AUTHORS

Renato D Alarcon, MD, MPH Professor of Psychiatry, Mayo Clinic College of Medicine, and Medical Director, Mood Disorders Unit, Mayo Psychiatry and Psychology Treatment Center, Rochester, Minnesota, USA Born in Arequipa, Peru, graduated from Cayetano Heredia Peruvian University in Lima, did his Residency Training at Johns Hopkins Hospital, and obtained his MPH degree from Johns Hopkins University, School of Public Health Corresponding Member of the National Academy of Medicine in Peru Author of more than 200 papers, 12 books (including *Identidad de la Psiquiatria Latinoamericana, Los mosaicos de la esperanza Texto Latinoamericano de Psiquiatria y Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatria),* and book chapters on mental health and public health, cultural psychiatry, psychiatric diagnosis and clinical research

Marina Julia Piazza-Ferrand, DSc, MPH Professor of Public Health, Cayetano Heredia Peruvian University, and Director of a Fogarty-NIDA funded International Program, in cooperation with Michigan State University MPH and Doctor of Science degrees from Johns Hopkins University School of Public Health Hubert Humphrey Fellow at Hopkins, additional post-doctoral studies at the Center for Adolescent Health Promotion and Disease Prevention in Baltimore, Maryland, USA Principal Investigator for WHO's Gender, Alcohol and Culture Study (GENACIS) in Peru, currently developing the National Surveillance System in Drug Demand, for the National Commission for Drug-free Life and Development

MODELOS, ESTÁNDARES Y DIFERENCIAS EN EL DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

EVIDENCE-BASED DECISION-MAKING IN PUBLIC HEALTH

David Mowat

Abstract

The deliberative use of evidence to inform decision is relatively well-developed in clinical medicine, but is only in its early development in the field of public health Evidence can inform, but not make, public health decisions Good decision making requires evidence which is both as valid and as relevant as possible, information on the values espoused by citizens, and many other contextual factors such as stakeholders' interests and political priorities This paper argues that transparency in decision-making is desirable, and is facilitated by clear distinctions between the various inputs into decision-making Scientists and policy-makers need to appreciate each other's needs

This paper is concerned with decisions -not with decisions for individual patient care, or decisions about access to, and the distribution of, health care services- but decisions related with public health In this context, public health means "an organized effort by society, primarily through its public institutions, to improve, promote, protect and restore the health of the population through collective action" (PAHO, 2002 46) The public health does not direct its activities towards individuals, except insofar as such actions are taken for the benefit of the entire community or a subgroup of the community

The functions of public health include health status assessment, surveillance, disease prevention, health promotion, health protection, and emergency preparedness and response These functions are accomplished using a variety of levers legislation

This paper is not endorsed by and does not necessarily represent the views of, the Public Health Agency of Canada

(for example public health statutes), which sets out obligations and prohibitions, and provides for penalties, legislation providing for regulatory regimes (e g regulation over monitoring, licensing and labelling of drugs, food, the workplace, toxic substances and dangerous products), actions aimed at changing behaviours, and the underlying determinants of health (including environmental and social determinants) through education, the provision of information, community development and others, and direct preventive services such as mass screening programs and immunization Whether formulating policy, designing programs, making the operating decisions necessary for the practice of public health, or providing information to the public, a variety of individuals, groups and institutions, is likely to be involved Primary among these in most countries is the State, through its role in establishing health care, often through national schemes of health insurance, and nearly always through such matters as the regulation and licensing of health professionals, hospitals and laboratories, or the training of health care providers

The role of the State in protecting citizens from threats to health is, however, the earliest and most fundamental role For example, early as the fourteenth century, legislation in both England and the Republic of Venice attempted to prevent, or contain hazards to health Although the State is the source of the authority to take decisions to protect and promote the health of the public, that authority is in practice dispersed among various levels of government, such as institutions and agencies created by governments, as well as healthcare providers and non-governmental organizations

From Evidence-Based Medicine to Evidence-Based Public Health

The varied objectives, programmes and actions taken in the name of public health must be founded on empirical evidence There is a widespread recognition of the need to use information more effectively to inform policy-making, program development, and operational decisions in public health The volume of information potentially available for use in public health is very great indeed Some of it is in the form of observational data -health surveillance data and health status data- and some arises from research activities Evidence-based decision-making means using this information to inform the making of better decisions In

clinical medicine the collection and use of empirical evidence (data) is highly developed The practice of clinical care based on this data is called Evidence Based Medicine (EBM) While EBM has been criticized (Raphael, 2000 355, Kemm, 2006 320) for failing to take into account the context of decision-making, and for relying mainly on evidence from highly selective randomized controlled trials, it is widely accepted that EBM has led to more rational and cost-effective clinical care Can we use EBM in public health -evidence based public health (EBPH)? In both, EBM and EBPH decisions are based upon evidence, with contextual factors taken into account rather than being made by evidence (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999 527, Muir Gray, 2004 988) It is true, however, that there are important differences between EBM and EBPH

First, the unit of analysis in public health is often a population rather than an individual Second, randomized control trials are seldom possible, and a wide range of other evidence, including quasi-experimental and observational studies, must be used Third, contextual factors may be more important in public health decisions than in decisions related to clinical practice or health services management

Lastly, decision-making for public health tends to be more complex than decision-making in a clinical setting It involves assessing the likely impact of policies and other complex interventions, often over the long term (Mowat & Hockin, 2002 19) The model based upon a comprehensive summary of the relevant evidence being presented to the decision-maker at the appropriate point in time, and being fully utilized in arriving at a decision is an oversimplified version of the real world In reality, decision-making in public health is not a single event, but a diffuse, even haphazard process with many stages spread over time, and with no clear and predictable relationship of the stages (Lomas, 2000 42) Research studies of efficacy and effectiveness are only one kind of evidence which is required for these complex decisions Interaction between researchers and policy-makers, and indeed between researchers and stakeholders, may occur at many points hypotheses may be generated, theories expounded, and findings of greater or lesser degrees of certainty be presented Policy formation is thus an extended process rather than one occurring at a single point in time

As an added complication, policies are seldom developed in isolation In public health, as in health services management, there is a hierarchy of decision-makers, with different decisions being taken at different levels Decisions taken at one level commonly affect or constrain those taken at the other levels In the clinical world, a professional association may develop a clinical guideline, but this must be followed by decisions by individual practitioners who will apply them to individual cases In public health, legislation at the national or state/provincial level may impose duties, such as the provision of services or the inspection of potential hazards to health, on regional health authorities or municipalities, governments may mandate the establishment of regional or local organizations, and set their governance and funding, health care providers may be required to provide reports, etc This is entirely appropriate as no one party -governments, citizens, health care providers, or the private sector- has the combination of authority and information necessary to make all the decisions which direct the complex systems necessary to protect, promote and restore health Citizens may expect equal protection wherever they live within the boundaries of the State, and the private sector may expect consistency of public health measures in order to minimise impediments to trade Both of these will require policy decisions at the national, or at least at the state/provincial level Tailoring programs to local needs, or enforcing legislation, will demand that decisions be taken lower down the hierarchy Each level of the hierarchy relates to a different universe within which choices are made Thus providers are concerned, usually, with the interactions with individual patients without regard to its impact on others Regional authorities must make decisions balancing the provision of different types of care, but only within the region, and they are usually concerned with health services only Governments, however, need to provide not only health services but all other services in the public sector health care needs as a whole must be balanced against the need for other services, such as education or social services In any case, it is obvious that the decisions that may be made by any policymaker will be constrained by relevant policy decisions which are taken higher in the hierarchy

Evidence

Decision making in public health involves the collection and analysis of evidence concerning the likely effects of various interventions or courses of action But evidence of this type is a necessary, not a sufficient, condition for good decision making Evidence informs, but does not dictate, policy Decisions are made within a context Each of these issues evidence, and context have received some attention from researchers and commentators

Guyatt, Haynes, Joeske, Cook, Green, Naylor, Wilson & Richardson (2000 1292) have described evidence as "any empirical observation about the apparent relationships between events, Culyer (2006 5) refers to "anything that claims to be an empirical fact which gives a reason for believing that thing, or something to which it relates, like a consequence that might reasonably be expected to flow from it" But, evidence of what? And how reliable is it? Dobrow, Goel & Upshur (2004 211) describe a model showing an inverse relationship between the evidentiary quality of data and its relevance Thus, the types of evidence preferred in clinical medicine may demonstrate relationships with a high degree of certainty, but, even if available, would not be fully relevant to policy making in public health This observation is helpful, but one should note that, for a given degree of relevance, rational behaviour would still require the use of the best evidence available One way to increase the relevance of research findings is to involve decision-makers in the process from the beginning Some granting bodies now require this approach when funding highly-applied research Moving beyond the classic hierarchy of evidence used in evidence-based medicine does not mean that we have to believe that all evidence is equally valuable High-quality evidence which is irrelevant to the decision being considered is obviously useless, but so is evidence which is apparently relevant but nevertheless wrong or misleading

Different types of evidence are to a greater or lesser degree supportive of different types of decision For example, well-controlled, quantitative and quasi-experimental studies are best able, if available, to assess efficacy, whereas qualitative studies may be more relevant to understanding how an intervention works, or its feasibility and acceptability (Petticrew, 2003 528, Culyer, 2006 10) The central issue of evidence thus becomes, not a single hierarchy, but the appropriateness of each type of evidence to its intended use Raphael (2000 363) advocates the use of

multiple sources of evidence There is thus a possible middle ground between a futile attempt to force-fit the hierarchy of evidence of EBM into public health on one hand, and the denial or neglect of the place of evidence in public health decisions on the other Some (Smith, Ebrahim & Frankel, 2001 185) believe that there are circumstances in which evidence is not needed because the solution is obvious Whilst a strict reliance on good evidence for every decision that has to be made in a day's work is obviously not possible, one should bear in mind, that those beliefs once thought "obvious" have since been proven to be erroneous Thus, although the methods of the evidence-based medicine movement may not always apply to policy making, there are indeed issues concerning the quality of evidence in EBPH, and this requires to be assessed just as much as its relevance

Another helpful observation about evidence concerns certainty Thus the values for type 1 (inferring a difference when in truth there is none) and type 2 (inferring that no difference exists when in truth it does) demanded in clinical medicine may be inappropriate in public health Kemm (2006 322) points out that in the policy world few decision-makers expect to be correct 19 times out of 20 and a higher risk of type 2 errors may therefore be acceptable

Decision Making in Context

The term "context" is used to describe all of the factors within an environment where a decision is made, which might influence that decision and its outcomes The analysis of context in the public health literature is inconsistent It may be helpful to recognize context as being of two types the relevance of the evidence -the applicability of evidence generated in one set of circumstances to decisions regarding other circumstances-, and the totality of all considerations other than the evidence which must be taken into account at arriving at a decision One might term the first type the "internal" context i e it relates to the nature of the evidence itself Here the question is whether the evidence provides the answers to the questions that one might ask in practice Beyond whether the proposed action can work (efficacy), one might ask whether it does work in the real world (effectiveness), at what cost (efficiency), how the benefits and risks are distributed (equity) whether it is acceptable (acceptability and compliance), whether it is worth doing, whether the capacity is

available, whether the findings are applicable in the external context, etc It is obvious that obtaining evidence on all of these points is a challenge, and that not all of this evidence, at a high degree of certainty, would necessarily be available at the time of a decision, especially if it concerns a novel intervention Often the applicability of the evidence to a particular set of circumstances is an issue for decision-makers Is evidence obtained by studying a population of a particular socio-economic status, or ethnic origin, in a particular country, truly helpful in deciding what to do in circumstances which differ in one or more of these respects? In this respect health evidence forms an interesting contrast to legal evidence As Eisenberg (2001 375) points out "the law relies on evidence of the instance health care relies on evidence of the generalizable" Unfortunately, if one finds evidence with which one disagrees (or, more accurately, with the implications of which one disagrees), it is all too easy to argue that it does not apply to the particular circumstances in question It would be wise, rather, to search for the available evidence which is most relevant and to extrapolate wisely from one set of circumstances to another Also part of the internal context are disease-specific factors, derived from epidemiological data, concerning the incidence and/or prevalence of diseases, risk factors or determinants, and their distribution within the population This can provide information on the magnitude of the problem, and thus on the potential impact of the policy

The "external" context is more far-ranging and complex It encompasses all those factors which are necessarily taken into account when arriving at a decision about policy These include social, economic, legal and ethical factors, as well as the opinions and interests of the public, professional, industry, labour and other stakeholders Decision-makers also often want to know what is being done in other jurisdictions Competing priorities within a constrained budget are, in practice, one of the most important factors The government or other decision-makers may also have political priorities, including those laid out in one form or another of published plans or priorities Other contextual factors include the history of the issue, i e what has been done before, and its severity

Values

Empirical evidence is concerned with reality But in practice decisions are often simultaneously about the real and the normative, about what is, and what we would like to be Values -things that society would like to achieve- therefore have an important place in decision-making in health At this point, we have moved beyond the dispassionate observation of reality Good clinical practice recognizes that the patients' preferences and values are an important consideration in decision-making Similarly, in the management of health services, and in public health, the values of the community must be taken into account Whilst evidence of effectiveness is the most important input into clinical decisions, at the population level efficiency and equity become important Resources are limited, and must be used with some attention to their distribution to support a full range of services and to produce the greatest benefit possible Decision-makers must also consider not only the objective of improving overall health status, but also its distribution policy-makers must use judgement in deciding on how much to focus on overall improvement, and how much on reducing inequalities There are many possible outcomes of public health interventions, including effects upon morbidity, mortality, disability, pain and suffering, and many others In order to compare the effects of different interventions, and thus to be able to make decisions, for example about the allocation of resources, one must have a means of quantifying and aggregating these multiple effects There is not one accepted method of aggregating these effects into a single index Although indices such as Quality-Adjusted Life Years (QALYs), Disability-Adjusted Life Years (DALYs), Health-Adjusted Life Expectancy (HALEs), Potential Years of Life Lost (PYLLs) and others are useful, they cannot address all issues simultaneously and are only applicable to a limited range of issues There are also challenges in understanding and handling the values which are inherent in the production of these indices The challenge still remains the assessment of the relative value of different types of outcome At present, these indices are more used in health services management than in public health

The values of individuals and communities are thus an important contextual factor which must be taken into account when making decisions in public health Muir Gray (2004 988) comments that clinical decision making requires taking into

account the values which patients place upon benefits and harms, and that the same approach is applicable at the population level However, at the population level, the preferences of individuals may impact on other members of society, and decisions must be made which will concern the distribution of benefit, and potentially also harm, amongst various subgroups of the population A typical issue in health services management is how to distribute scarce resources, e g between the young and the aged In public health one must often balance the rights of individuals against the welfare of the whole population

Ethical issues of relevance to clinical practice are well known examples and include codes of professional ethics, research ethics, and clinical ethics In all of these cases the emphasis is upon the autonomy of the individual, as well as beneficence and non-maleficence In public health, ethical issues tend to involve the balance between the rights of the individual and the protection of the health of the population and involve concepts such as equity, equality, protection of the vulnerable and marginalised, avoidance of stigmatization, the precautionary principle, privacy, confidentiality, liberty and respect for autonomy (Joint Centre for Bioethics, 2005 6) However, it is clear that ethics for public health has not received the attention afforded to clinical ethics or distributional ethics and that more work is necessary to produce a widely-accepted and widely-applicable framework for public health ethics In both cases, there are expectations and values concerning the processes which institutions use to arrive at decisions these procedural and institutional values include fairness, accountability, transparency, trust and stewardship

In clinical practice it is relatively easy to ascertain the values of individuals In public health this is much more of a challenge, and only recently has attention been paid to the determination of the values held by the public Some level of public participation is usual in arriving at decisions affecting health at the population level This can range from public communication in which the flow of information is from decision-maker to public and includes advertisement, publication of reports, websites, etc , public consultation which allows for information to flow from the public to decision-makers, including public meetings, opinion polls, etc , and public participation, meaning the exchange of information between public and decision-makers and an interactive process of deliberation involving both parties (Abelson, 2006 3) In public consultation there is the potential, for example, to select only those

of known, and possibly sympathetic views for advisory committees, or to place little value upon findings In public participation, the agenda is brought on less under the control of the decision-makers, and the process is more open and transparent In none of these, however, are citizens actually making policy decisions they are providing advice and an insight into the views of the general public Care must be taken in assessing the validity and generalisability of findings concerning public views on ethical questions The answers received may depend upon the form of the question and the nature of information provided to the respondents (Ham, 1990 436)

One challenge in public involvement is distinguishing between stakeholders and the general public Public consultation through meetings frequently results in participation on the part of stakeholders, but fails to identify the more general public interest In the U K (Culyer, 2006 16), The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) uses a system of citizen panels to provide advice on matters involving values These panels are chosen to be roughly representative of the entire community, meet in public, and direct their own process In Australia, this has been taken one step further with the use of citizens' juries, with members randomly selected from the electoral roll (Mooney & Blackwell, 2004 76) These juries are presented with balanced evidence and given time to discuss and deliberate, and are able to identify debate issues of broad principle, such as equity They might, for example, be called upon to comment on the effect of the age of the target population on the relative value to be placed on the outcome, or on the balance between restriction of freedoms and the need to protect the public from hazards to health

Scientists and Policy-Makers

There is a large body of literature on how information is processed during decision-making, and a larger one on how policies are made It is not my purpose here to discuss either of these, but to point out some of the factors affecting the interface between scientific evidence and decision-making in the health field

It is perhaps taken for granted today that a decision reached with the assistance of a thoughtful review of the evidence will necessarily be a better decision than one lacking that assistance This has not always been the case Eisenberg (2001) speaks of

"eminence-based decisions", in which the influence upon decision-making is not evidence, but reliance upon the fame or credibility of the informant For centuries the reliance was not upon expertise, but on authority those in power said what was to be done and that was the sum total of the process

Moving beyond the issues of relevance and context noted above, other characteristics of evidence have been noted Decision-makers prefer certainty evidence presented as probabilities, or with a long list of qualifications, may be less influential than other simpler and more certain information Decision-makers may be confused by studies with conflicting results Evidence is not the only form of knowledge Nonaka and Takeuchi (1999 56) describe how several types of tacit knowledge "the way we do things around here" supplement explicit knowledge EBM is a maturing science about which much is known, yet we know that evidence is poorly used in practice (Davis, Thomson, Oxman, and Haynes, 1995 700) and that systematic reviews of evidence or guidelines infrequently influence clinical decisions

If this is true for EBM, then surely it must be even more the case for public health with all of the complexities mentioned above This can be the cause of disappointment on the part of both researchers and decision-makers Researchers want to know why the evidence which they have produced does not have more influence upon policy decisions, and policy-makers want to make decisions more influenced by evidence, but are frustrated by the low relevance of the available evidence, its uncertainty, and a lack of timely access to it

We have seen how good decision-making in public health must take into account not the scientific evidence, but also all of the contextual factors Two questions that arise from this are how is the evidence to be chosen and assembled, and how does the evidence interact with contextual factors?

Scientists need to understand that public health research ultimately deals with the levers of public health policy and their impact on populations, and is of interest only if translated into policies These policies may be "sensible", rather than (in the view of the scientist) "rational" (Lomas, 2000 143) Scientists cannot expect to have their findings automatically translated into policy They should understand that policymaking is not a simple process, and should be prepared to provide a variety of different types of information over an extended period Lomas (2000 142)

speaks of the difficulty, sometimes impossibility, of changing beliefs Whilst this is true, it should be borne in mind that many decisions do not involve firmly-held beliefs public health professionals may be seeking guidance in how best to address a health issue, or policy-makers may be seeking advice on a new problem about which they have an open mind

It is the responsibility of policy-makers to specify exactly the question which they expect to be answered They need to be realistic about how much of the evidence that they seek will be available, and about the length of time necessary to acquire additional information Policy-makers need to gain some understanding of the different types of evidence and their value Although policy-makers will seldom be experts in science, it is an advantage for them to have some understanding of the scientific process, and appreciate the significance of different types of study For example, hypotheses generated by "dredging" existing large databases, single studies, and systematic reviews differ in their significance There should be an appreciation that different studies can reach different conclusions, and that this is not an indication of poor science There should also be some appreciation of the limitations of studies, and the hazards of extrapolating from the context of the study to another, very different context, the difference between association and causation, and between absence of evidence and evidence of absence However, scientists must always be prepared to explain the implications and limitations of their work

Transparency

Scientists and policy-makers have different roles Scientists are concerned with the search for truth, deal with uncertainty, pursue their quest through comprehensive, unbiased and stringent methods of observation and analysis, and expect their results to be refuted or validated by their peers

Science may provide valuable information to aid decision-making it might also be used either to influence decisions in favour of certain interests or ideologies, or to provide post-hoc justification for a decision already taken The goal must be to ensure that relevant, high quality evidence is first produced, and then used in the decision-making process Scientists are accountable for the quality of the evidence, policy-makers for the outcome of the chosen policy

Recently there have been concerns (Nature, 2006, Rosenstock & Lee, 2002) that the integrity of science is being affected by efforts by governments, industry and professional groups to favour particular interests or ideologies Among the possibilities are the conscious directions of research funds away from ideologically-sensitive areas of enquiry, pressure to change findings, subtle or informal constraints on controversial work, or even suppression of findings Garrett (2000) provides insight into how one totalitarian regime corrupted science for decades There is no reason to believe that these influences are widespread in most countries, but vigilance is necessary

Scientific publications are the way in which scientists communicate their findings among themselves, contribute to the body of knowledge, expose themselves to open criticism by their peers, and build a career, and is a key step in the validation process for scientific knowledge Publication is also the basis for effective knowledge translation The integrity of the published knowledge base must be preserved Measures are being taken, for example, to limit the potential influence of the pharmaceutical industry through the movement to register all clinical trials, thus ensuring that those with adverse results are not withheld (De Angelis et al , 2004), and there is an increasingly common requirement of medical journals for authors and editors to declare sources of funding and competing interests (Lexchin & Light, 2006) Other measures include policies prohibiting the pre-publication review of scientific papers by employers or donors Some scientists, for example those working for government, have an obligation to demonstrate a wise use of resources and the achievement of objectives In these cases, assignment of tasks and review of work for quality by a suitably-qualified supervisor is appropriate The true test of transparency in science is whether the results of scientific enquiry are made freely available to everyone

Public health science is characterized by a relatively large proportion of gray literature, that is, documents not published in the international scientific literature and therefore not accessible by searching the well-known databases This is an important part of the evidence-base, and should be made accessible to those wishing to summarize all of the available evidence Investment in cataloguing and providing access to the gray literature is important Beyond ensuring that evidence is produced and made accessible, one must ensure that decision-making makes the best possible use of all of the evidence This is, of course, more

complex than merely using all of the studies on a particular issue, as they will inevitably vary in their quality and relevance However, there is a developing science which provides guidance on how to best summarise the evidence in a way which maximises its usefulness to knowledge translation by decision-makers

Knowledge Translation

Knowledge translation is the process of supporting the uptake of health research and facilitating its influence upon health policy Briefly, it involves summarizing the available evidence (e g through a systematic review or meta-analysis), providing access to the summary to decision-makers, and working with decision-makers to bridge the gap between knowledge and action It also involves identifying gaps in knowledge and conveying this information to the research community Its potential beneficiaries include any person or institution seeking to make a well-informed decision about public health, and this includes governments, other policy-makers, industry, professionals, and non-governmental organizations

Techniques of knowledge translation are not limited to formalized processes based on synthesis of the literature, but include the transfer of tacit and implicit knowledge and socialization and communities of practice (Keifer, 2005 6) This process is more involved, and more effective, than merely "pushing" research findings at decision-makers If individual scientists were to establish relationships with policy-makers and promote their own findings, the evidence could become distorted Face to face interaction between the scientist and the policy-maker will be more effective than a written summary, but is more likely to be biased Individual scientists will naturally have a positive opinion of their own work

Investments in research should be supplemented by investments in knowledge translation if knowledge is to be put into use There is a need to provide the means to synthesize evidence, bring together researchers and policymakers to exchange knowledge, develop and utilize electronic methods of accessing the knowledge base, to develop new and more appropriate methodologies for synthesizing public health evidence, and continue to learn about the process of using evidence in public health decisions The users of public health evidence seek structures and processes for knowledge translation for public

health which are responsive, produce results rapidly, and which are autonomous and credible (Keifer, 2005 10)

A properly functioning infrastructure for knowledge translation in public health would greatly increase the choices of being able to respond to the needs of decision-makers within the time they have available before the decision must be made, evidence or no evidence Once a systematic review has been completed, it may be updated as new evidence becomes available It is also potentially cost-saving, as reviews of evidence are frequently repeated because there is no currently single place to find systematic reviews, guidelines, etc Optimally, this infrastructure would also have an international element At present, knowledge translation in public health is proceeding slowly, mainly because there is not yet a sufficiently large cadre of scientists and professionals with the appropriate skills

Some countries have established programs to undertake knowledge translation These include Canada's National Collaborating Centres for Public Health, the Canadian Population Health Initiative, the United States Task Force on Community Preventive Services, the International Campbell Collaboration, and the UK's National Institute for Health and Clinical Excellence Placing these in arm's-length organizations facilitates the development of the necessary infrastructure (which is different from research infrastructure), and also demonstrates transparency Other institutions may also perform primary research and undertake knowledge translation as well as develop guidelines, investigate outbreaks, and provide expert technical advice, and may also provide laboratory services or other direct services (Naylor, 2003 78) These are increasingly set up as arm's length organizations They have a high proportion of scientific and professional staff

An Effective Relationship

Too often decisions are made without using evidence optimally evidence is lacking, or decision-makers cannot make sense of complicated or irrelevant evidence, or summaries of the evidence have been done but are inaccessible, or there is a reliance on information from interested parties on expert opinion, or the selection of evidence is biased perhaps unconsciously, by preconceived notions

Better decisions require distinct roles for scientists and policy-makers Each has a question to answer For scientists it is a realist question, what does the sum of the entire available, dispassionate, objective, disciplined enquiry say about relationships between an action and its consequences, or some similar empirical question? For policy-makers it is a normative question, taking into account both the evidence and all other relevant factors, what should be done?

There are differing views on the most effective and appropriate relationship between scientists and decision-makers Some (Lomas, 2000 142) advocate a close relationship and involvement by scientists in developing policy Others (Muir Gray, 2004 988) distinguish between decision-making –by setting out all of the evidence before the decision-maker-, and decision-taking- the job of the policymaker The risk of being very close to the policy making process is that the scientist will unconsciously select and interpret the evidence in favour of a preferred course of action

Evidence based decision-making in public health presents opportunities to develop a strong knowledge base, and one more relevant to the needs of policy-makers and practitioners, to strengthen public confidence in both science and in decision-makers and, most importantly, to make decisions which are more likely to produce the intended result

REFERENCES

Abelson, J 2006 Primer on Public Involvement Prepared for the Health Council of Canada Ottawa

Culyer, A 2006 Deliberative Processes and Evidence-Informed Decision-making in health care Toronto Institute of Work and Health http //www irpp org/events/archive/nov05JDI/culyer pdf Downloaded on June 13th 2006

Daniels, N 2000 "Accountability for Reasonableness" *British Medical Journal* 321 1300–1301

Davis, D A , Thomson, M A , Oxman A D and Haynes, R B 1995 "Changing physician performance a systematic review of the effect of continuing medical education strategies" *JAMA* 274 700-705

De Angelis, C , Drayen, J M , Frizelle F A , et al 2004 "Clinical trail registration a statement from the International Committee of Medical Journal Editions" *Canadian Medical Journal*, 171 (6) 606-607

Dobrow, M F , Goel, V and Upshur, R E G 2004 "Evidence-based health policy context and utilization" *Social Science and Medicine* 58 207-217

Eisenberg, J M 2001 "What does evidence mean? Can the law and medicine be reconciled? " *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (2) 369-

382

Garrett, L 2000 *Betrayal of trust The collapse of global public health* New York Hyperion

Guyatt, G , Haynes, R B , Joeske, R Z , Cook, D J , Green, L , Naylor, C D , Wilson, M C , Richardson, W S 2000 User's guides to the medical literature XXV "Evidence-based medicine principles for applying the users guides to patient care" *JAMA* 284 (10) 1290-1296

Ham, C 1990 "Priority setting in the NHS reports from six districts" *British Medical Journal* 307 435 - 445

Keifer, L , Frank, J , Mowat, D , et al 2005 Fostering Evidence-based Decision-making in Canada Examining the Need for a Canadian Population and Public Health Evidence Centre and Research Network 96 (3) I 1-20

Kemm, J 2006 "The limitations of 'evidence-based' public health" *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* 12 (3) 319-324

Lexchin, J and Light, O W 2006 "Commercial influence and the content of medical journals" *British Medical Journal* 332 1444-1446

Lomas, J 2000 "Connecting Research and Policy" *Canadian Journal of Policy Research* ,1 140-144

Mooney, G H and Blackwell, S H 2004 "Whose health service is it anyway? Community values in healthcare" *Medical Journal of Australia,* 180 (2) 76-78

Mowat, D and Hockin, J 2002 "Building Capacity in Evidence-based Public Health Practice" *Canadian Journal of Public Health* 93 19-20

Muir, J A 2004 "Evidence based policy making" *British Medical Journal* 329 988-989

Nature 2006 Science under attack Nature 439, 891

Naylor, C D 2003 National Advisory Committee on SARS and Public Health Learning from SARS *Renewal of Public Health in Canada* Ottawa Health Canada Publications

Nonaka, I and Takeuchi, M 1995 *The knowledge-creating company* New York Oxford University Press

Petticrew, M and Roberts, H 2003 "Evidence, hierarchies, and typologies horses for courses" *Journal of Epidemiology and Community Health* 57 527-529

Raphael, D 2000 "The question of evidence in health promotion" *Health Promotion International* 15 (4) 355-367

Rosenstock, L and Lee, L J 2002 "Attacks on science the risks to evidence-based policy" *American Journal of Public Health* 92 (1) 14-18

Smith, G D , Ebrahim, S and Frankel, S 2001 "How policy informs the evidence" *British Medical Journal* 322 184-185

University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group 2005 Stand on Guard for Thee Ethical Consideration in Preparedness Planning for Pandemic Influenza http //www utoronto ca/jcb/home/documents/pandemic pdf Downloaded on June 13th 2006

Woolf, S H , Grol, R , Hutchinson, A , Eccles, M and Grimshaw, J 1999 "Clinical guidelines potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines" *British Medical Journal* 318 527-530

ABOUT THE AUTHOR

David Mowat graduated in medicine at the University of Edinburgh, and in public health at Berkeley, California, and is a fellow in community medicine of the Royal Colleges of Physicians and Surgeons of Canada After several different appointments as a public health physician at local, provincial and national levels, he is currently Deputy Chief Public Health Officer at the Public Health Agency of Canada, where his interests include public health human resources and knowledge translation He holds appointments at Queen's University and the University of Ottawa

REDEFINIENDO PARADIGMAS EQUÍVOCOS DE LA SALUD: SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA Y POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

Jorge R. Miranda-Massari
José R Rodríguez-Gómez
Michael J González

"A final de cuentas, el exito o fracaso de cualquier gobierno debe medirse segun el bienestar de sus ciudadanos Nada puede ser mas importante para un estado que la salud publica, la primera preocupacion de un estado debe ser la salud de su pueblo"

Franklin Delano Roosevelt

Introducción

Este trabajo pretende dirigir al lector a cuestionarse críticamente determinadas ideas centradas en como la salud, concebida como construcción social, puede ser manipulada Exploramos cómo determinados grupos que tienen reconocimiento social establecen un paradigma de control a partir de determinados mecanismos sociales reglamentaciones y/o currículos de Facultades que tienden, y generan, la negación a considerar la responsabilidad colectiva como una variable importante para el bienestar social Se pretende proveer ejemplos de cómo determinadas organizaciones culturales, como lo son las grandes empresas farmacéuticas y las estructuras curriculares de las facultades de medicina, pueden influir en forma negativa en la aceptacion de cambios de paradigmas que repercutan en beneficio de la sociedad El trabajo presenta, desde una perspectiva construccionista, la necesidad de modificar ciertos paradigmas estructurales para adelantar el conocimiento desde una esfera interdisciplinaria salubrista, dirigida a fomentar el bienestar común Presentamos la necesidad de elaborar y comenzar a evaluar, los diferentes sectores que son necesarios para iniciar un cambio en algunos de los paradigmas dominantes de salud (ej el médico es el elemento

principal a considerar en el manejo de la salud de un paciente) El artículo expone la importancia de determinadas acciones sociales que se deben generar para lograr modificar estos paradigmas dominantes, que limitan el bienestar social en un área tan importante como lo es la salud pública

El primer apartado propone repasar algunos de los hechos sobre los cambios significativos que han ocurrido en la historia de la expectativa de vida humana desde el siglo XVIII Esta fase de la exposición permite abrir la discusión para detectar sutilezas, identificar estilos, decisiones y practicas, que facilitan configurar los elementos discursivos que dirigen los argumentos centrales del escrito A partir de lo anterior, el segundo apartado aborda el componente de los estilos de vida –los contenidos y determinaciones culturales- y su pertinencia para la gestión preventiva, tan vital en el manejo de las enfermedades En esa direccion, el tercer apartado explora como las desigualdades sociales influyen o afectan el acceso a la salud publica Identificadas dichas condiciones, el cuarto apartado procede a destacar las dinámicas económicas que también influyen en la calidad de la salud pública El quinto apartado aporta perspectiva para entender sobre la relación entre la configuracion del conocimiento, las variantes económicas y la manipulacion de informacion y resistencia al cambio en los procesos asociados a la salud pública Desde ese contexto, el sexto apartado se concentra en discurrir sobre algunos aspectos relativos a la formación de los contenidos ético-médicos, se subraya el ethos de la relación con el paciente y la integración del conocimiento a la misma

La conclusión retoma los planteamientos originales, perfila los problemas culturalmente, e identifica y convoca a los actores protagonistas Se reflexiona sobre la necesidad de gestionar iniciativas afirmativas e inclusivas que generen las transformaciones sociales necesarias para maximizar los procesos mundiales de la actualidad, a los efectos de lograr una reorientación que priorice la salud publica como una variable fundamental en la vida social y económica contemporánea

Expectativa de vida y los avances en la salud

De acuerdo a los datos recientes, provistos por las agencias de salud publica, tanto nacionales como internacionales, la expectativa de vida al nacer ha aumentado a nivel mundial En los años 1700 era de entre 35 a 40 años, y ya para mediados de los 1800 aumentó entre los 45 a 50 años Durante la primera mitad del

siglo XX ascendió sobre los 60 años en la mayoría de países industrializados Actualmente, muchos países desarrollados, y hasta algunos en vías de desarrollo, alcanzan una expectativa de vida al nacer de entre 70 a 80 años (Oeppen & Vaupel, 2002)

El aumento en expectativa de vida vino como resultado de mejoras en el manejo de condiciones de salud, el establecimiento de medidas higienicas (públicas y privadas), una mejor nutrición, y mayor conocimiento y aplicación de medidas de salud pública necesarias para lograr controlar enfermedades infecciosas y problemas ambientales que influían negativamente en la supervivencia (Gonzalez et al 2000) El impacto mayor de estas medidas fue en la reducción marcada de la mortalidad infantil, responsable del aumento en longevidad ocurrido entre el final del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX Avances médicos como las vacunas tuvieron un impacto marcado, aunque éste es considerado por algunos como pequeño por la incapacidad de logro de acceso a la población infantil a la que iba dirigida Su resultado final, sin embargo, fue una reduccion real de la mortalidad infantil en aquellas sociedades que la utilizaron, aun cuando hubo en unos pocos lugares serios problemas en su distribución y administración De igual forma, tambien hubo informes de algunos efectos adversos contraproducentes que fueron pasados por alto, dado los grandes beneficios que se lograron obtener en la población infantil al controlar muchas de las enfermedades con alta mortalidad

A la vez que se ha producido un aumento en expectativa de vida en la segunda mitad del siglo XX, lo cual se le atribuye a avances médicos y de salud pública, también está ocurriendo un aumento en condiciones cronicas degenerativas Desde la mitad del siglo XX han ido en aumento las tasas de mortalidad por condiciones crónicas degenerativas tales como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares, cáncer y diabetes, por mencionar algunas Todas estas condiciones tienen factores de riesgo asociadas a estilos de vida Este dato sugiere la necesidad de orientar a los individuos para que asuman gran parte de la responsabilidad sobre su propia salud No obstante, si los individuos no tienen los recursos para poder tomar las acciones protectoras, no pueden ejercer cabalmente su responsabilidad de autocuidado Algunos de los recursos necesarios para poder cuidar la salud incluyen el valorar la salud, poseer el conocimiento adecuado, y contar con apoyo social para mantener los estilos de vida saludables, y, sin lugar a dudas, las conductas pro-salubristas (p e , el ejercicio)

La valoración de la salud como una alta prioridad facilitará el desarrollo de un compromiso de hacer lo que nos corresponde para disminuir los riesgos a los que nos exponemos Aunque entendemos que esta valoración es una decisión individual que hay que respetar, no es menos cierto que el liderato responsable, en adicion a la palabra verbal y escrita, deberá implantar tal valoracion con acciones concertadas y efectivas, plasmadas a su vez en una politica publica salubrista coherente

En cuanto al conocimiento, necesario para disminuir los riesgos de enfermedades, debemos reconocer las lagunas o brechas que existen, de hecho, en nuestras instituciones educativas y profesionales Estos vacíos de conocimiento pueden ser fácilmente manejados con el simple adiestramiento sensitivo y actualizado de los profesionales de salud, haciendo que reconozcan que existen aportaciones cientificas y sistemáticas noveles que se deben evaluar objetivamente para beneficio del paciente La meta final de esta accion está dirigida a bajar los riesgos y tasas de mortalidad de enfermedades cronicas e infecciosas en nuestra población Sin lugar a dudas, actualizar conocimientos es necesario para poder tratar de forma optima las patologías existentes, puesto que el conocimiento renovado que tenga un profesional de la salud, y su sensibilidad a los avances científicos, influye en la tasa de sobrevivencia de sus pacientes

El desarrollo del conocimiento en áreas de la medicina alterna o complementaria como la bioquímica nutricional, medicina ortomolecular, psiconeuroinmunología, acupuntura, botánica medicinal, entre otras, ha comenzado a ser explorado y ampliamente utilizado en las ultimas décadas, con grandes beneficios para los pacientes (NIH, NCCAM, 2006) Este conocimiento, aunque ha comenzado a llegar a algunos programas educativos, ha confrontado dificultades en el intento de integrarse a la práctica médica, debido quizás a que no ha sido evaluado objetivamente Más aún, en algunas entidades, inclusive las autoridades gubernamentales y organizaciones profesionales, han dificultado el progreso y la practica de modalidades de medicina alterna o complementaria, a pesar de que poseen evidencia cientifica de eficacia, efectividad y seguridad Sostenemos que cuando ciertas actitudes ultra conservadoras, discriminatorias o centradas en la defensa de intereses economicos particulares, pueden atentar contra la salud de un sector de pacientes -mediante una practica médica insensible y poco informada- es menester combatirlas desde todos los foros posibles

El rol del apoyo social a la salud pública tiene muchas ramificaciones, siendo una de las más importantes el acceso, no solo al servicio médico y a las medicinas necesarias para el manejo de las condiciones, sino también a una nutricion más saludable y a un entorno urbano que facilite el manejo del estrés, la recreación, y actividades que propicien el desarrollo humano integral Esto debe ser parte de cualquier iniciativa de manejo informado en beneficio de los sujetos que integran una comunidad

A pesar del control logrado en el manejo de las enfermedades infecciosas (al menos para una gran parte de la población de este planeta), y a pesar de los adelantos en el tratamiento de las condiciones crónicas degenerativas, se observa cierto grado de estancamiento e incapacidad institucional, evidenciados en la apatía que generan las barreras burocráticas de entidades gubernamentales nacionales Lo anterior puede notarse en la falta de políticas públicas que fomenten el adecuado manejo de condiciones, tanto infecciosas como degenerativas -aun disponiéndose de fondos para ello- De igual forma, la ausencia de mejores y más actualizados estándares de la práctica médica, crea un efecto adverso, lo que limita los avances en la expectativa de vida Por ejemplo, aparte de la riqueza que pueda tener y administrar un determinado país (lo cual sin lugar a dudas juega un papel vital), también existe un sinnúmero de factores que determinan la condicion general de salud de la población, más allá del mero cuidado médico Esto queda demostrado con ejemplos en los cuales la expectativa de vida en países que no son tan ricos (p e , Costa Rica) tiende a exceder la expectativa de vida de países que sí lo son (p e , Estados Unidos) Por ello, los estándares de la práctica médica no son los unicos factores que se tienen que tomar en consideración al momento de evaluar el aumento de la expectativa de vida de un país

Es importante reconocer que elementos socio-culturales y de carácter organizacional-administrativo en salud publica (por ejemplo, la creación de organizaciones de asistencia socio-cultural y de políticas gubernamentales de carácter pro-social y salubrista, que ayuden a disminuir la pobreza y fortalecer la estructuras de salud pública), son vitales y deben ser consideradas, puesto que también ayudan al incremento en la expectativa de vida También, debe reconocerse que estos elementos pueden ser utilizados para explicar varias de las diferencias en las tasas de supervivencia e indicadores médicos y de salud entre diferentes países Sin lugar a dudas, reconocer la utilidad de dichos elementos y endosar politicas pro-salubristas que

sirvan para disminuir las tasas de mortalidad en nuestras naciones, ayudará a lograr el objetivo público de alcanzar niveles más elevados de expectativa de vida

Estilos de vida elementos imperativos en la prevención y manejo de las enfermedades

La literatura médica nos demuestra que las primeras causas de muerte en los países desarrollados (p e , enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, cáncer, diabetes) pueden ser impactadas con cambios en estilos de vida, que incluyan patrones nutricionales y modificaciones saludables en la dieta, en virtud de los cuales se consuman cantidades adecuadas y mejor calidad de alimentos Esto incluye el consumo de alimentos no refinados, frutas, vegetales y una disminución en grasas dañinas (p e , las parcialmente hidrogenadas y saturadas) A lo anterior tambien se debe añadir, según varios expertos en salud, la 'suplementación' científicamente probada que permite que el sujeto este más preparado y mejor condicionado a resistir enfermedades (González, Matos & Miranda, 2000) Además, se debe promover la práctica del ejercicio consecuente y el manejo de ansiedad y estres

Los estados mentales adversos y de enfermedades mentales son elementos que afectan la salud física del sujeto, pudiendo disminuir su posibilidad de lidiar efectivamente con los retos diarios Sabemos, por ejemplo, que sujetos con altos niveles de estrés y ansiedad tienen una capacidad alterada negativa de enfrentar las enfermedades por una disminución en su potencial inmunologico De igual forma, la literatura científica demuestra que el impacto del estado nutricional sobre los mecanismos de defensa del individuo en diferentes etapas de la vida es un factor importante de considerar, al igual que la valoración/evaluación nutricional que se debe realizar Los adultos mayores con problemas nutricionales que pueden prevenirse (p e , la osteoporosis y desnutrición por accesibilidad inadecuada o limitada a una ingesta nutricional, o por falta de educación nutricional), han sido y continúan siendo objetivos primarios en la Salud Pública de cualquier nacion

La importancia de reconocer el cuidado medico preventivo, en vez del tratamiento de condiciones ya diagnosticadas, es vital, para asi tener una esperanza de vida mayor El antiguo adagio "mas vale prevenir que tener que remediar" se hace valido y ético, y se concretiza por las implicaciones económicas y de sobrevivencia que conlleva el así hacerlo en poblaciones vulnerables Es, pues,

vital el dirigirnos a fomentar una conciencia nacional de autocuidado y promover programas de salud preventiva (y curativa en aquellos casos necesarios) para lograr una población más energica y centrada hacia los objetivos positivos nacionales salubristas que establezca una nacion Sin embargo, existen multiples factores limitantes que hacen que esto no se logre tan fácilmente La posibilidad de manejo inadecuado de fondos destinados a programas gubernamentales de medicina preventiva, la corrupción, la falta de documentación objetiva para lograr decisiones informadas, y las actitudes prejuiciadas que afectan nuestra salud, son algunos de esos factores

El facultarnos, por medio de la educación sensible, para llevar a cabo decisiones sabias en torno a nuestro status de salud es requisito indispensable para lograr mantenernos saludables Esto es una meta de carácter ético

Desigualdades económicas y el acceso a la salud

Lamentablemente, no todas las personas se benefician por igual del cuidado médico existente, ni mucho menos del acceso a información adecuada, en algunos casos considerada hasta privilegiada, por algunos sectores proselitistas Es generalmente sabido que el acceso a los cuidados de salud está relacionado con el nivel económico y el estrato social al que pertenece un individuo, su educación, su género y hasta su raza Sabemos, además, que las variables socio-demográficas influyen, positiva o negativamente, en las tasas de sobrevivencia Por ejemplo, los hispanos que viven en los Estados Unidos mueren de diabetes casi dos veces más que los blancos no hispanos Aun cuando los hispanos representaron solamente el 11% de la población total en 1996, la tasa de nuevos casos de tuberculosis en esta población se situó en 21% (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006) Por otro lado, los hispanos tienen tasas de presión sanguínea y obesidad más altas que los blancos no hispanos De igual forma, hay diferencias entre las poblaciones hispanas mismas Por ejemplo, mientras la tasa de niños con bajo peso al nacer es más baja en toda la poblacion hispana comparada con la de los blancos, la tasa de nacimientos con bajo peso de los puertorriqueños es 50% mayor que la de los blancos (CDC, 2006) Otro ejemplo lo son los afro-americanos, cuya tasa de mortalidad por enfermedades cardiacas es más de 40%, superior a la de los blancos Llama la atención que la tasa de mortalidad de todos los tipos de cáncer es 30% mas alta entre los afro-americanos que

entre los blancos, en el caso del cáncer de la próstata, dicha tasa es el doble de la de los blancos La tasa de mortalidad de cáncer de mama entre las mujeres afro-americanas es más alta que la de las mujeres blancas, a pesar de que su tasa de control mamografico sea casi el mismo Por ultimo, la tasa de mortalidad del VIH/SIDA es siete veces mayor entre los afro-americanos que entre los blancos, (CDC, 2006)

Los datos anteriores sirven de base para afirmar que es de vital importancia que los profesionales de la salud presten seria atención a las desigualdades existentes en las condiciones de salud Del hecho de que se reconozca este dato dependerá el que estos profesionales puedan ejercer una influencia benéfica en aquellos grupos socialmente vulnerables que requieren de servicios especializados Asi, se lograra construir una mejor nación con indices de salud más adecuados para todos

El aumento de condiciones crónico-degenerativas en el siglo XXI consideradas como epidemias de paises desarrollados, o en vías de desarrollo, incluye la obesidad, diabetes y cáncer Todas estas patologías comenzaron a aumentar durante el siglo XX, posiblemente como consecuencia de transformaciones en costumbres alimentarias tradicionales De hecho, algunas razones adicionales que se señalan están centradas en intereses desarrollados por grandes corporaciones comerciales, que mediante campañas de publicidad, dirigen a las personas a modificar los patrones de consumo dietético y estilos de vida saludable por patrones inadecuados y costumbres insalubres

Ejemplo de lo anterior lo tenemos en corporaciones comerciales internacionales que mediante anuncios y campañas publicitarias millonarias estimulan el hábito de fumar, el consumo de formulas infantiles artificiales sobre la lactancia materna, la ingesta de productos refinados alimentarios y comidas de baja densidad nutricional, dañinas a la salud La practica de utilizar aditivos químicos y la gran concentración de grasas en los alimentos, en el contexto de un trabajo competitivo desmedido para lograr la obtención de bienes (elemento principal en sociedades de consumo), no toman en cuenta las consecuencias adversas que estos factores tienen en el bienestar y calidad de vida individual y colectiva Todo lo anterior influye negativamente en la expectativa y calidad de vida de los ciudadanos de una nacion En cuanto producen daño potencial a la población, se puede afirmar que la situacion tiene un caracter anti-etico

Como es de conocimiento general, la gran mayoría de las patologías crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, cancer) pueden ser prevenidas y hasta controladas por medidas sencillas de salud pública La modificación conductual de estilos de vida nocivos a la salud, una educación sensible, y la creación de conciencia sobre las consecuencias de dichas condiciones harían la diferencia, tanto en sobrevida como en calidad de vida Por ello, se requiere que se desarrollen programas de educación que estén dirigidos a tomar en consideracion tales medidas

La incorporación de elementos simples como parte de un plan de modificación conductual (por ejemplo, disminuir el consumo de grasas y azúcar refinada) puede tener consecuencias significativas en el aumento de la expectativa de vida de una población Por ejemplo, un estudio enfocado en cinco factores de estilo de vida en la población perteneciente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, del Estado de California, hizo un rastreo para determinar si los individuos practicaban el ejercicio regularmente, si eran vegetarianos, si tenian un pasado de fumadores, mantenían un peso saludable, o comían una porción pequeña de nueces cinco a seis veces por semana Se estudió el impacto de cada uno de estos hábitos en la longevidad, tanto en forma separada como en combinacion

El estudio reveló que la expectativa de vida de una mujer adventista vegetariana de 30 años de edad es de 85 7 años, y de 83 3 años para un hombre Adventista vegetariano Esto excede las esperanzas de vida de otros californianos por 6 1 años para las mujeres, y 9 5 años para los hombres Las mujeres Adventistas no vegetarianas, en el grupo tenían una expectativa de vida de 84 años, y los hombres no vegetarianos, 81 años (Adventist News Network, 2006) Esto es solo uno de multiples ejemplos que se publican en la literatura científica, en la cual se ilustra como modificaciones simples tienen serias implicaciones positivas en la sobrevivencia de los sujetos El 70% de los canceres se evitarían si la gente dejara de fumar (el cancerígeno mas conocido y mortal de todos), si comiera con más fibras, si no se expusiera al sol irracionalmente, si se realizara exámenes rectales y del colon, y se realizara regularmente un examen de mamas y cuello uterino (en el caso de las mujeres) y si se realizara un examen de la prostata en los hombres (Colditz, 2004 & Rodriguez, 2006)

Es importante mencionar que el conocimiento científico está centrado y se materializa en una ideología dominante que es poco flexible al momento de considerar otras concepciones que no sean

las tradicionales, validada por una metodología que se considera como irrefutable por muchos y que responde a una concepcion usualmente jerárquica y totalitaria Para la mayoría de los profesionales de la salud, las posibilidades alternas de tratamiento y manejo de condiciones de salud no pueden darse fuera de lo establecido convencionalmente, algo considerado lamentable por restringir el desarrollo científico Quizás tal intransigencia, fomentada en muchas de las Facultades de Medicina (no en todas), hace que algunos clínicos/médicos objeten considerar otras posibles opciones alternativas de manejo que no sean los tratamientos convencionales, aun cuando se les demuestre mediante evidencia cientifica válida lo adecuado de tales alternativas Esta actitud intransigente hace que rechacen en términos absolutos la gran gama de posibilidades a ser probadas, cerrando incluso oportunidades de mejoría clínica a sus pacientes

La misma literatura médica, por ejemplo en los EEUU, nos demuestra cómo las terapias alternativas son de uso común por parte de un número creciente de la población (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay & Kessler, 1998) Más aun, solo como dato interesante cabe señalar que hace mas de una decada, en el 1990, en los Estados Unidos ocurrieron 425 millones de consultas para terapias no convencionales (quiropráctico, terapias de masajes y otros), es decir, 37 millones más que las consultas realizadas a los medicos de atención primaria en el mismo periodo (Gutierrez,1998) Usualmente uno de los paradigmas dominantes dentro del ambito medico es que se presume que solo el clinico sabe que es lo conveniente para el paciente Esto quizás pueda ser así para un paciente en un estado de emergencia, que no tenga la suficiente información o que presente limitaciones en la comprension de esa información Sin embargo, en la medida en que el paciente esté mejor informado y obtenga mayor información, en esa medida puede participar con el profesional que lo atiende en la elaboración del plan de acción e intervención clinica con un mayor grado de satisfacción y de adhesión al plan de tratamiento conjuntamente acordado

Grandes intereses económicos que afectan la salud pública

Los aparatos de control economico ejercidos por los grandes intereses comerciales hacen que las disparidades sean extremas Nos quedamos anonadados cuando se informa que los Estados Unidos, por sí solos, podrían alimentar adecuadamente a los 6 000 millones de habitantes que viven hoy sobre la Tierra Téngase en

cuenta que un niño norteamericano, en promedio, consume anualmente lo que consumen 422 etíopes y que se estima que con sólo el 10% de las inversiones del mundo desarrollado, se podría acabar con los problemas de malnutrición del Tercer Mundo Más dramático aún, se dice que cada occidental consume y, en consecuencia, ensucia cuatro veces mas que cada habitante del Tercer Mundo (Argaya-Roca, 2006)

Es significativo que la riqueza de las 225 personas más acaudaladas en el mundo equivalga a la de la mitad de la Humanidad, y que las tres personas mas ricas del mundo superen en conjunto el presupuesto de los 48 paises mas pobres Según denunció Alfonso Zumbado (Director Regional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe) en su Informe Anual de Desarrollo Humano, en septiembre de 1998, un 20 % de la población del mundo vive aún por debajo de lo que se considera el umbral de la pobreza Este dato cobra significado moral urgente cuando se informa que los paises ricos se gastan anualmente en el cuidado y sostén de sus animales domésticos (como lo son perros y gatos), un montante de 17 000 millones de dólares Se destaca también la incongruencia ética cuando se informa también que en estos países se gastan otros 12 000 millones de dólares en cosas tales como lo son perfumes y cosméticos (Argaya-Roca, 2006)

¿Es esto ético? Estas cifras cobran mayor trascendencia cuando se sabe que serían suficientes 13 000 millones de dólares para lograr que todos los seres humanos en este planeta tuvieran acceso a unos mínimos servicios de salud requeridos para su bienestar Si a lo anterior añadimos lo que Argaya-Roca (2006) señala, el 40% de la humanidad ha de valerse con tan sólo el 3 3% de los recursos, mientras el 20% del planeta consume el 82 7% y, lo que es mas escandaloso, produce simultáneamente el 80% de la contaminación, tenemos que reconocer que la repartición capital existente a nivel mundial es definitivamente indigna e injusta Los datos anteriores sugieren que si a nivel global se planteara la necesidad de una distribución justa de la riqueza y de las oportunidades, se podria mejorar significativamente la expectativa de vida y la calidad de civilización de las diferentes naciones que configuran el Planeta Tierra

En un mundo en que el proceso de globalización pretende generar cambios inmediatos, sobre todo, en áreas en que el conocimiento y la divulgación de ese conocimiento, vía medios masivos de comunicación se propaga en forma vertiginosa, es

necesario reconocer y evaluar aquellos procesos beneficiosos centrados en la globalizacion Un ejemplo de lo anterior lo podemos ilustrar cuando se desarrollan espacios intelectuales en los que se propaga un conocimiento catalogado por algunos como "reaccionario" El fenómeno de la globalización, entendido como un fenómeno abierto, propicia que se generen espacios de deliberación crítica, de los cuales pudieran surgir transformaciones sociales posteriores y que se reten o desmantelen paradigmas hasta ese momento aceptados Es muy probable que el mismo proceso de globalización logre el que se pueda fomentar o no una visión crítica que, dependiendo del proceso historico-social vivencial del sujeto que reciba la informacion, hace que este reaccione en diferentes formas acepte/defienda lo que se informa, lo rechace o argumente como falso, o hasta lo comience a transformar según los marcos ideológicos que tenga De allí que el constructo salud (su definición, el cómo mantenerla y cómo detectar aquellos factores que la limitan) sea defendida por intereses económicos, los cuales no desean ningun tipo de interferencia

La perpetuación del control y la influencia económica que se genera desde esta perspectiva hace que sean unos pocos los que puedan "manejar" la salud Esto se nota cuando en un equipo interdisciplinario, uno de los profesionales de ese grupo cuestiona el hecho de quién es el que tiene mayor conocimiento o peritaje para tomar una decision Con frecuencia, en un equipo interdisciplinario se toman decisiones sin reconocer la aportación potencial y la pericia de cada miembro del grupo para contribuir al bienestar del sujeto que está buscando ayuda La necesidad de manejo multidisciplinario e interdisciplinario es actualmente una necesidad básica, si hemos de ser exitosos en trabajar con la salud de un pueblo Pero para que eso ocurra hay que revisar el paradigma exclusivamente biomédico

Manipulación de información y resistencia al cambio

La medicina, como disciplina, se centra, al igual que otras areas del conocimiento, en paradigmas que son defendidos por sus practicantes Según Kuhn (1970), cuando se comienzan a cambiar tales paradigmas, si bien es cierto que emergen a pesar de todos los obstáculos, la misma comunidad cientifica muestra resistencia férrea, al grado de tratar de suprimirlos en no muy pocos casos La medicina, y el conocimiento científico que esta maneja, no es una excepción en su actitud ante los cambios de paradigma Promover una nueva perspectiva, un nuevo metodo que rompa la hegemonía de grupos establecidos, hará la vida un tanto dificil a quienes lo

promuevan inicialmente Los estándares médicos en los que se basa el manejo terapeutico son continuamente cambiantes, y por lo tanto, no podríamos decir "es que existe una sola forma convencional e inapelable de tratar las múltiples patologias y problemas que afectan a la humanidad" De hecho, apenas un 2% de la humanidad tiene acceso continuo y rápido a facilidades médicas, lo cual hace que por necesidad se busquen alternativas para el manejo de condiciones, con o sin éxito Tenemos, pues, que los estandares medicos también son motivo de cambios y reto, tienen que serlo en funcion de los adelantos cientificos y de la sensibilidad humana Sin embargo, cabe preguntarse si la atención medica y la forma en como se proveen tratamientos, aun con los más avanzados medios y metodos disponibles, son infalibles La respuesta es un rotundo "no" Para proveer evidencia de lo anterior, mencionamos algunos datos provistos por Gutiérrez (1998) en lo que consideramos un escrito genial

> En los hospitales americanos ocurren entre 2 000 y 3 000 muertes semanales relacionadas con tratamientos medicos, siendo en un año las muertes ocasionadas por problemas medicos tres veces mas que los americanos que murieron en la guerra del Vietnam y mas de cuatro veces que las muertes ocasionadas en accidentes de trafico, estimandose que, aparte de las muertes, los tratamientos medicos lesionan 1 300 000 personas adicionales

Más aun, nos señala el mismo autor,

> Como las reacciones adversas a los medicamentos son tema para muchos analisis en diferentes investigaciones, entre ellas la que realizo David Bates, en dos hospitales de Harvard, en que concluyo que las reacciones adversas prevenibles tienen un costo extra de 2 8 millones de dolares al año en un solo hospital de docencia, grande y sofisticado Otros investigadores demostraron que los efectos adversos aumentaron las hospitalizaciones en un promedio de dos dias, con un costo cercano a $2,300 por caso

Por último, nos dirige a pensar criticamente y a reflexionar cuando escribe lo siguiente,

> ¿Cuanto dinero cuestan los examenes mal indicados o innecesarios?, ¿cuanto, aquellos indicados por inseguridad del medico?, ¿cuanto, los generados por la medicina defensiva?, ¿cuanto, los que son indicados por ignorancia de algunos pocos profesionales que no conocen las indicaciones o limitaciones de muchos procedimientos?, o ¿cuanto valen aquellos que se realizan con fines netamente comerciales porque el profesional tiene intereses directos

en inversiones que ha realizado en equipos de diagnostico? Cuánto cuestan las cirugias innecesarias y cuanto los errores medicos En fin, ¿cuanto vale la mala medicina?

¿Llega la anterior información al conocimiento público? Sabemos que quien maneja la accesibilidad a fuentes de informacion tiene en sus manos un gran poder, y quien la restringe selectivamente para fortalecer y avanzar intereses particulares, puede tener aún mayor control ¿Quién puede cuestionar los grandes intereses corporativos economicos, si son los que proveen los fondos para múltiples y selectivos medicamentos y procedimientos? ¿Se tiene acceso a la totalidad de la informacion necesaria para evaluar en forma adecuada la protección y el bienestar de pacientes? ¿A quiénes se les puede cuestionar que tipo de investigación clinico/médica y qué tipo de intereses promueven las investigaciones y bajo qué criterios, sobre todo, cuando puede no haber elementos para controlar y monitorear los posibles efectos adversos que puedan sufrir los pacientes, o peor aún, manipular resultados? ¿A determinadas corporaciones farmacéuticas multinacionales que velan por sus intereses capitalistas, a las Universidades que reciben fondos de éstas y por los cuales compiten, o a los médicos que son subsidiados por intereses privados? ¿Habrá intereses creados en uno y otro lado?

El analisis en la literatura médico-ética sugiere la necesidad de desarrollar y alentar la reflexión crítica sobre las condiciones en que se hacen muchas de las investigaciones y los mecanismos utilizados para subsidiarlas Los intereses económicos actuales creados y desarrollados por el manejo capitalista de una economía globalizada son de tal magnitud, implacables e inhumanos en algunos casos, que parece no importarles las consecuencias negativas en nuestras comunidades, lo importante es ganar cada vez más, sin importar los efectos nocivos que pueda generar tal explotación

Igualmente tenemos retos éticos muy grandes relacionados a las coberturas de los planes medicos ¿Es ético que un paciente que fuma y que tenga un plan médico subsidiado con fondos del gobierno disfrute de la misma cobertura de medicinas para el asma y la hipertensión que pacientes no fumadores? Para contestar esta pregunta hay que tomar en consideracion que el paciente con su conducta está contribuyendo directamente a sus problemas de salud, por no decir también a la de otros que están a su lado Ello plantea la necesidad de valorar las conductas de riesgo del asegurado como parte del proceso de asegurarlo, así como de crear programas que incentiven mejores estilos de vida Consideramos que éticamente la contestacion debe ser

"sí", sin embargo, no pocos argumentarían lo contrario La pregunta esta todavia en debate y genera grandes controversias

Ética médica. la responsabilidad con el paciente y la integración del conocimiento

Con demasiada frecuencia ocurre que un paciente con una condición médica seria recibe un golpe adicional de quien menos debiera su médico La responsabilidad del medico es guiar al paciente para favorecer las condiciones físicas, mentales, emocionales y espirituales necesarias para la adaptación, recuperacion o sanacion del paciente El campo de la psiconeuroinmunología, que estudia las interrelaciones entre la conducta y los sistemas nervioso central, el endocrino y el inmune, ha establecido importantes influencias y confluencias entre las diferentes dimensiones del ser humano, con repercusiones trascendentales en la relacion entre el estrés, las emociones y la salud El hecho de que la medicina convencional haya concluido que no tiene soluciones para una condición en específico, no autoriza al médico a negarle la esperanza al paciente que padece la condición

En una sociedad extremadamente legalista y contenciosa no es raro escuchar que un médico "no debe ofrecer falsas expectativas" Lamentablemente, esto se entiende como que lo mejor es no ofrecerle esperanza alguna Un ejemplo de esto ocurre con los pacientes de cáncer, especialmente cuando éstos se interesan en terapias no convencionales que pueden ser de ayuda Optar por terapias no-convencionales no implica tomar al paciente como "conejillo de indias", pues, aun en terapias experimentales evaluadas desde la perspectiva del paradigma convencional, existe la obligacion etico-legal de salvaguardar el bienestar del paciente Es paradójico el hecho de que algunos clínicos, aun sabiendo que los tratamientos que ofrecen son altamente tóxicos en algunos casos, o muy costosos, y que no pueden garantizar su efectividad, alegan que por razones éticas no pueden administrar una terapia no convencional, no toxica, y generalmente de costos bajos, aun cuando todos los elementos científicos indican que la misma puede ser de ayuda Aun cuando algunas de estas alternativas hayan sido estudiadas con rigurosidad cientifica, el clínico opone resistencia a terapias alternas por el solo hecho de que no han sido incluidas en las guias médicas como "terapia estándar" Por razones éticas, no se le debe negar al paciente una alternativa que representa una posible oportunidad para mejorar su salud sin un gran costo económico y con un nivel de seguridad adecuado, de conformidad

con los parámetros científicos establecidos Cabe mencionar que, en países europeos y asiáticos la práctica de la medicina incluye elementos considerados en Occidente como "no convencionales", los cuales no requieren autorización médica para administrarlos Por ejemplo, la acupuntura ha sido regulada en Puerto Rico por el Tribunal Examinador de Médicos, limitando su práctica solo a aquellos médicos licenciados, pero en Asia, y aun en algunos estados de la Unión Americana, existen profesionales de la salud no médicos, que pueden aplicarla

Otro ejemplo particular, es el caso de la vitamina C (ácido ascórbico) como agente anti-oncogénico y anti-colesterolemico (González, 2005, Riordan, 2005, Rodríguez & González, 1991) Muchos galenos, no solo no conocen la literatura científica sobre su seguridad y efectividad, sino que no se interesan en conocerla Si ejercieran su responsabilidad a cabalidad y con mayor prudencia intelectual no podrían prejuzgar terapias que no conocen, y estarían mas interesados en explorar los avances de paradigmas que podrían brindar nuevas esperanzas en su área

Conclusión

Necesitamos grandes transformaciones sociales para fomentar mejores condiciones de salud en nuestras poblaciones, esto debe ser una meta etica transnacional Todos los sectores de nuestra sociedad tienen que participar Los paradigmas dominantes que restrinjan el desarrollo de las ciencias, entre ellas aquellas asociadas a la salud, deben comenzar a ser reevaluados sin ningún temor, reconociendo que el proceso de evaluación requiere de tiempo y de cambio de actitudes Los cambios de actitudes se pueden generar cuando hay una conciencia reflexiva que produzca a su vez un cambio en la conducta El deseo de querer transformar multiples realidades en el area de la salud nos obliga a adoptar planes estructurados con adecuadas prioridades, debidamente organizados y dirigidos a satisfacer las necesidades de salud de nuestro pueblo

El liderato del gobierno y de otros sectores de la sociedad civil debe unirse en una política pública salubrista, que envíe un mensaje uniforme, a traves de campañas educativas que comiencen en los sectores infantiles-elementales y continúen hasta las instituciones universitarias Los medios de comunicacion masivos deben ayudar con campañas publicitarias que motiven a las personas a cuidar su salud Los sectores legislativos deben promover acciones afirmativas para mejorar la salud publica del

pueblo, promoviendo un balance justo en las oportunidades de servicios de salud, que no dependa de la fuerza económica de intereses económicos particulares La medicina tiene que recuperar su vocación y práctica humanista, en la cual la meta principal es el bienestar del paciente, sin sucumbir ante aquellos factores económicos que tratan de controlarla y manipularla

Lo anterior implica que el tratamiento medico debe ir de lo más simple a lo mas complejo e invasivo, reconociendo y permitiendo que los mecanismos de reparación y homeostasis del cuerpo logren un retorno al estado saludable También implica disciplina de ir a la raíz del problema, lo cual a menudo es complejo porque, contrario a prescribir y tomarse un medicamento diario (que es algo relativamente simple), el medico tendría la responsabilidad de hacer una evaluación mucho más comprensiva, la que muchas veces no se hace por falta de tiempo Sin lugar a dudas, este tipo de evaluación traería importantes consecuencias en términos económicos que no todos desean afrontar El paciente, a su vez, tendría la responsabilidad de hacer cambios en su estilo de vida

La visión actual que predomina en el mundo cosmopolita y globalizado es una donde se quieren soluciones rápidas y simples Cada vez se vive con más intensidad, y sera un gran reto para la sociedad moderna lograr una transformación del ciudadano para fomentar una cosmovisión de mayor sosiego, donde se desarrollen los recursos del manejo exitoso del estrés, se promueva la practica adecuada del ejercicio, se disminuya el consumo de toxicos, se mejore la calidad de la alimentación, y se promueva la suplementación científica fundada

Las fuerzas economicas que controlan y dirigen la práctica clínica de diferentes sectores de la salud son los usufructuarios de los paradigmas existentes Las grandes industrias tienen el poder económico para influir en las esferas del gobierno, la educación y la práctica de la medicina En ese contexto, es preocupante la falta de un balance en cuanto a la distribucion de dinero para la investigación en terapias alternativas, y la escasa diseminacion de la informacion en torno a los avances en productos -como ciertos nutrientes- que no tienen patentes, pero que han demostrado su utilidad científica en múltiples patologías El control de la publicidad, incentivos industriales, comerciales y personales, y la educación son áreas que necesitan mucha atención Los complejos farmacéuticos centran mucha de su investigación en lo que seran productos "económicamente rentables", entendiéndose que si no se

le ve una posible comercialización al producto, no necesariamente se continuará con la investigación de éste, independientemente de la importancia que pueda tener para un determinado grupo de pacientes, sobre todo, si el grupo es considerado como uno "desechable, marginado o desviado" La constante del interés económico se observa en otros campos de la tecnología no es casual, por ejemplo, que tengamos ya inversionistas comprando acciones en pequeños laboratorios que estan experimentando con nanotecnologia, reconociendo que dicha tecnologia será vital en el futuro manejo de patologías como es el cancer y la diabetes

Si queremos continuar cosechando logros en cuanto a las expectativas de vida, y mejorar la calidad de vida de los miembros de nuestra sociedad, no podemos solamente pretender descansar en nuevas tecnologias y descubrimientos cientificos Es menester lograr estructuras mejor balanceadas, especialmente, entre las fuerzas socio-económicas y las politicas de salud publica, comprometiendo a las industrias, los comercios y los individuos para que puedan desarrollar una conciencia pro-social Las acciones sociales eficaces para generar la concienciación necesaria para lograr modificar los paradigmas dominantes, previamente presentados en este trabajo, deben formar parte de la agenda de la sociedad civil La educación, la legislación y la discusion pública, incluyendo la presión pública que pueda hacer un pueblo en estos asuntos, son vitales para un plan exitoso que influya en la calidad de vida de las naciones El elemento liberador y emancipador que se genera al hacer concientes a otros sobre la necesidad de reconocer alternativas útiles cientifica y éticamente validas, debe promoverse mediante una sabia y juiciosa discusión crítica La ética hipocrática y la ética social así lo exigen Ésta debe ser una de nuestras metas en el área de Salud Publica

' Mas vale una onza de prevencion que una libra de cura"
Benjamin Franklin

REFERENCIAS

Adventist News Network 2006 "Study Links Adventist Lifestyle with Longevity" http //news adventist org/data/2001/06/09953757/index html en Retirado el 30 de abril de 2006

Argaya-Roca, M 2006 "El aborto como metodo de explotacion capitalista" http //www aciprensa com/aborto/explotacion htm Retirado el 28 de abril de 2006

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Report 2006 http //www cdc gov/az do Retirado el 28 de abril de 2006

Colditz, G A 2004 "Modifiable Risk Factors for Cancer" *British Journal of Cancer,* Jan 26, 90(2) 299-303

Eisenberg, D M , Davis, R B , Ettner, S L , Appel, S , Wilkey, S , Van Rompay, M & Kessler, R C 1998 "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997 Results of a Follow-up National Survey" *Journal of the American Medical Association* Nov 11, 280 (18) 1569-75

Esguerra-Gutierrez, R "El medico para el nuevo milenio" *Medicina,* 20(2) http //www encolombia com/medicina/academedicina/20248 htm Retirado el 28 de abril de 2006

Gonzalez M J , Matos M I and Miranda-Massari J R 2000 "Ethical Issues in Nutritional Sciences for the Next Century Nutrition Research and Counseling on Nutraceutical Supplementation and Disease" *PR Health Sci J* 19 161-163

Gonzalez M J , Miranda-Massari J R et al 2005 Nutritional Oncology Review Ascorbic Acid and Cancer 25 Years Later *Integr Cancer Ther* 4 32-44

Gonzalez M J , Rivera Gutierrez R , and Rodriguez, M H 2000 A Commentary on the Role Nutrition in Public Health History Lessons for Prevention and Health Reform *Biomedicina* 3 515-516

Kuhn, T S 1970 *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd ed) Chicago University of Chicago Press

Navarro, V & Shi, L 2001 "The Political Context of Social Inequalities and Health" *Social Science & Medicine*, 52, No 3, 481-491

National Institutes of Health (NIH), National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 2006 http //nccam nih gov/health Retirado el 8 de mayo de 2006

Oeppen, J and Vaupel, J W 2002 "Broken Limits to Life Expectancy" *Science*, 296 1029-31

Riordan, H D , Casciari, J J , Gonzalez, M J , Riordan, N H , Miranda-Massari, J R , Taylor, P and Jackson, J A 2005 A Pilot Clinical Study of Continuous Intravenous Ascorbate in Terminal Cancer Patients *PR Health Sci J* ,24 269-76

Rodriguez, J R & Gonzalez, M 1990 "Hacia una vision medica futurista Nutricion y dietoterapia preventiva" *Hospitales,* 23 9-11

Rodriguez, J R & Gonzalez, M 1991 "Treatment of Hypercholesterolemia with Vitamins E, C and Lecithin A Case Report" *J of Orthomolecular Medicine*, Vol 53, No 2, 78-80

DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES

Jorge R Miranda-Massari, Farmaceutico Clinico, es catedratico del Recinto de Ciencias Medicas y licenciado en farmacia Tiene un Bachillerato en Biologia y otro en Farmacia Posee un Doctorado en Farmacia del Philadelphia College of Pharmacy and Science y un post Doctorado en Farmacocinetica, Clinica de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill Ha completado preparacion postgrado en Cuidado Farmaceutico Nefrologico de la Universidad de Pittsburgh y otro en Anticoagulacion, Clinica del Medical College of Virginia Es autor de numerosas publicaciones cientificas incluyendo editoriales, articulos de revision y resultados experimentales en revistas cientificas arbitradas Es consultor del "Center for the Improvement for the Human Functioning" en Wichita Kansas Es, ademas, creador y coordinador del primer curso interdisciplinario de Medicina Integrativa en Puerto Rico "Practicas

Complementarias en la Salud y Sanacion Un Enfoque de Medicina Integrativa" y del Practicum Avanzado en Medicina Integrativa

Jose R Rodriguez, MD, MPH, PhD, investigador y epidemiologo, fue un becado de los Institutos Nacionales de Salud Mental de los EEUU en Fordham University, recibiendo adiestramiento formal en metodologia de investigacion cualitativa y cuantitativa Ostenta el status de "Fellow" de la "American Academy of Experts in Traumatic Stress", siendo tambien diplomado por la "American Board of Psychological Specialties" Al presente es consultor en investigacion de varias entidades nacionales e internacionales Es autor de dos libros y numerosas publicaciones en revistas profesionales arbitradas en las areas de ciencias medicas, sociologia y psicologia Sus intereses se centran en areas como lo son gerontologia, salud mental, nutricion, espiritualidad y medicina orthomolecular

Dr Michael J Gonzalez, Bioquimico, es catedratico del Recinto de Ciencias Medicas Tiene Bachilleratos en Biologia y Quimica Posee una Maestria en Biologia Celular y Biofisica, y otra Maestria en Nutricion y Salud Publica Posee ademas un Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Lafayette, y otro Doctorado en Bioquimica Nutricional y Biologia del Cancer de la Universidad del Estado de Michigan Completo una preparacion Postdoctoral en Geriatria en el Recinto de Ciencias Medicas, Universidad de Puerto Rico El Dr Gonzalez es un miembro electo del Colegio Americano de Nutricion, y autor de mas de 100 publicaciones cientificas Pertenece a Juntas Editoriales de varias revistas cientificas tales como Biomedicina, el "Journal of Orthomolecular Medicine" y "Alternative Medicine Reviews" Tambien ha trabajado como consultor para varias compañias, donde ha sido responsable de la formulacion de varios suplementos y productos farmaceuticos

Los doctores Gonzalez y Miranda-Massari son pioneros en el desarrollo de quimioterapia no toxica para cancer Su trabajo con vitamina C como agente anticancer, ha sido recientemente confirmado por el NIH Ellos publicaron el primer estudio clinico de seguridad, utilizando altas dosis de vitamina C intravenosa en pacientes con cancer terminal Tambien, publicaron el articulo de revision mas completo sobre vitamina C y cancer, como un seguimiento al trabajo del ganador de dos premios Nobel, el Dr Linus C Pauling Son creadores de un Proyecto de Investigacion, Educacion y Servicio, llamado *InBioMed* El proyecto de investigacion principal es en cancer y su nombre es *RECNAC II*, el cual se dirige al desarrollo de un protocolo no-toxico para tratar el cancer El proyecto de educacion tiene una fase dentro de la universidad y un programa de educacion continuada para profesionales, al igual que educacion al publico general El area de servicio incluye consultoria corporativa y el manejo problemas clinicos

®Por Oficina de Etica Gubernamental de Puerto Rico

©Todos los Derechos Reservados