



DOCUMENTOS del OCOTE ENCENDIDO

Nº 85

DERECHO A LA SALUD

TODAS LAS PERSONAS TIENEN DERECHO A LA SALUD,
TAMBIÉN EN TIEMPOS DE CRISIS



Comités Óscar Romero

C/ José Paricio Frontiñan s/n, 50.004
Zaragoza (España) D.L.Z. 147-89

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
CONSTITUCION POLÍTICA DE BOLIVIA.....	5
CONSTITUCION POLÍTICA DE ECUADOR.....	6
EL DERECHO A LA SANIDAD: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS.....	7
Salud y sus determinantes	7
Repercusión del Sistema sanitario en la Salud.....	10
Recortes en Sistema Sanitario:.....	14
Propuestas y Resumen.....	17
Bibliografía.....	18
EL IMPACTO EN LA SALUD DE LAS POBLACIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA Y LAS POLÍTICAS PARA ABORDARLA.....	20
Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)	
LA CRISIS DEL ÉBOLA	27
LOS ORÍGENES DE LA CRISIS DEL ÉBOLA.....	30
Medir y analizar las desigualdades sociales en salud. ¿Es la medicina de Microsoft la solución para el ébola?	
EL ÉBOLA DISPARA EL PRECIO DE LOS ALIMENTOS.....	39
EL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL Y LA CRISIS DEL ÉBOLA	40

INTRODUCCIÓN

El derecho a tener derechos. Es necesario reivindicarlo. Siempre. En todo lugar.

Y en estos momentos, desde el Ocote Encendido, creemos importante aportar algunas miradas, distintas, hacia paisajes diferentes y con planteamientos diversos, pero con un fondo último común: el reconocimiento de la importancia de los derechos humanos como aquellos derechos de los que es portador cualquier ser humano por el hecho de serlo. Y cuando hablamos de derechos humanos, precisamente de lo que hablamos es de justicia; de una justicia mínima, básica, fundamental o irrenunciable.

En esta ocasión hemos escogido el derecho a la salud, dolidos por lo que pasa en nuestros países, en los que se destruye poco a poco lo que más poco a poco costó levantar, y condolidos por la realidad de tantos países donde el ejercicio de ese derecho se convierte en una odisea para sus ciudadanos.

Por eso hemos traído a este Documento análisis realizados por médicos ejercientes y comprometidos con lo que creen que debe ser, y textos que retratan realidades en torno al ébola que pueden, quizás, habernos pasado desapercibidas en el maremágnum de noticias que hábilmente nos han ido suministrando en relación con la epidemia. La crisis del ébola no deja de ser un ejemplo más de la desigualdad sanitaria mundial, pero he-

mos creído oportuno traerlo a nuestra publicación. Con los textos que ahora presentamos, pretendemos lo que queremos siempre: abrir ventanas a la reflexión y proporcionar algún argumento más para ello.

El primero de ellos se titula “El derecho a la sanidad: diagnóstico y propuestas” de Luis Andrés Gimeno Feliu, y forma parte del libro publicado por la Fundación Seminario de Investigación para la Paz: Los derechos humanos en tiempo de crisis. Desde aquí queremos agradecer la generosidad de Luis y el apoyo del SIP que nos han permitido publicarlo. El segundo artículo: “El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla” se encuentra en la página de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). En relación con el ébola, incluimos unos apuntes que nos aporta Manolo Martín, de los Comités de África Negra, una entrevista de Tariq Ali y Allyson Pollock, aparecido en Rebelión, así como otros textos que presentan factores determinantes para el desarrollo de la enfermedad en África.

Debemos reconocer que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr quedó plasmado como derecho fundamental de todo ser humano en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución de 1946, es decir, hace más de sesenta años. El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los

principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, así como acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El derecho a la salud se traduce en un derecho a la protección de la salud que requiere un actividad de los poderes públicos. El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, unas condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

La cobertura sanitaria ha sido uno de los elementos definitorios del llamado Estado Social de Derecho. La Constitución Española de 1978, en el artículo 43, establece el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la responsabilidad de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En este artículo se mencionan asimismo referencias a la educación sanitaria, la educación física, el deporte y el ocio como elementos asociados al concepto de salud.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 10 de diciembre

de 1948 incluyó la salud en su artículo 25, un precepto en el que se define cómo se entiende que ha de ser el derecho a un nivel de vida adecuado: éste implica que se asegure a todas las personas, así como a su familia, la salud y el bienestar. Y detalla que comprende: alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales, seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia. En la redacción del mencionado artículo 25 puede observarse cómo los denominados derechos sociales se reúnen en una sola unidad, que recuerda el concepto de “cajón de sastre” y que se contrapone al tratamiento de otros derechos humanos. No obstante, desde hace dos décadas, el mensaje de los organismos de Naciones Unidas en materia de derechos humanos es siempre el mismo: que las diferentes categorías de derechos son indivisibles e interdependientes.

Terminamos esta introducción, echando un vistazo la redacción que la salud ha merecido en dos constituciones “del buen vivir”: Bolivia y Ecuador.

Un abrazo,
Comités Óscar Romero



Constitución política del estado plurinacional de Bolivia 2009

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 35

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38

I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39

I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41

I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42.

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43

La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44

I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Artículo 45

I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integridad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y

necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.

Constitución de la República del Ecuador 2008

Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

EL DERECHO A LA SANIDAD: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS

Por **Luis Andrés Gimeno Feliu**

Fundación Seminario de Investigación para la Paz

Salud y sus determinantes

En primer lugar deberíamos realizar una pequeña diferencia entre Salud y Sanidad. Por Salud podríamos referirnos a la “posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive”. Entendemos por Sanidad sin embargo al “Conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio”. En este sentido podemos utilizarlo como sinónimo de Sistema Sanitario. Una vez hecha esta matización vamos a intentar clarificar cuáles son los determinantes de la salud de las personas y las poblaciones.

Podemos comenzar recordando en estos tiempos de “catástrofe social”, otra catástrofe que tuvo lugar el 14 de abril de 1912. El Titanic se hundía en el Atlántico con más de 2.200 personas a bordo falleciendo algo más de 1500. Pero la probabilidad de morir en esa catástrofe no fue igual para todo el mundo. La tripulación falleció casi

al 100%, los pasajeros de 3ª clase fallecieron alrededor del 70%, los de 2ª clase alrededor del 20%, mientras que menos del 5% de pasajeros de 1ª clase perdieron la vida aquella noche. ¿Casual?, no tanto.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en el año 2009 su informe “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”⁽¹⁾. Este informe es uno de los documentos clave en la actualidad donde se resume la evidencia científica sobre la Salud y sus Determinantes Sociales. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, “Reducir las desigualdades en materia de salud es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas”. El informe final de esta Comisión identifica aspectos cruciales de las condiciones de vida cotidianas y de los factores estructurales subyacentes que las influyen, sobre los que es preciso actuar. El informe proporciona

un análisis de los determinantes sociales de la salud y ejemplos concretos de medidas que han demostrado su eficacia para mejorar la salud y la equidad en materia de salud en países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico. Sus recomendaciones plantean tres líneas prioritarias de actuación:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Ya Tomas McKeown en 1979 en su célebre texto *The Role of Medicine: Dream, Mirage, Or Nemesis?*⁽²⁾ recordaba como el control de la tuberculosis en Inglaterra durante los siglos XIX y XX no había sido debido a los avances en vacunas ni antibióticos sino a las mejoras socio-económicas de la sociedad.

En EEUU se ha estimado que sólo con que un 10% más de la población tuviera estudios universitarios se “salvarían” más de 120.000 vidas⁽³⁾. En España esta realidad también ha sido comprobada en numerosos estudios. Recientemente el Gobierno de España creó la “Comisión Nacional para

Reducir las Desigualdades Sociales en Salud”. Esta Comisión ha realizado a nivel estatal un trabajo similar al de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS⁽⁴⁾ encontrando similares resultados: las clases socio-económicas más desfavorecidas tienen menor esperanza de vida, mayor número de enfermedades y peor calidad de vida que las clases sociales más pudientes. Debe resaltarse que este gradiente se da de abajo (pobres) a arriba (ricos) atravesando todas las clases sociales, no reduciéndose a un problema entre los extremos de la sociedad.

De hecho, debemos recordar que en lo relacionado con nuestra salud, está demostrado que nuestro código postal es tan importante como nuestro código genético⁽⁵⁾. Por ejemplo, en Madrid, la mortalidad en barrios empobrecidos como San Blas duplica la de la media de la Comunidad o triplica la de zonas ricas como Tres Cantos⁽⁶⁾.

Wilkinson y Pickett tienen numerosos trabajos al respecto que han sido recientemente resumidos en su libro “Desigualdad: Un análisis de la (in) felicidad colectiva”⁽⁷⁾. Estos autores demuestran que a nivel de países, la pobreza se correlaciona claramente con malos indicadores en salud; pero esto es especialmente relevante hasta rentas per capita medias de alrededor de 2.000\$. A partir de esa cifra (países de desarrollo medio y alto) se ha comprobado que a mayor desigualdad, peor es el estado de salud, tanto de los más empobrecidos como de la población situada en los estratos más favorecidos de la sociedad.

Estos aspectos son especialmente relevantes en España, ya que somos uno de los países de la UE con mayor desigualdad y además ésta se ha agudizado en los últimos cuatro años de esta crisis-estafa que estamos viviendo. Todo esto, como hemos visto, empeora la salud de los españoles en mayor medida de lo que sería esperable.

Uno de los indicadores más empleados para medir la desigualdad de una sociedad es el índice de Gini, siendo cero la sociedad más igualitaria (todos los individuos tienen la misma riqueza) y 100 la más desigual (toda la riqueza es poseída por un solo individuo de esa sociedad). En 2008 el índice de Gini de España era de 31,3 frente a 30,8 de media en los países de la UE-27. En 2010 el índice de España había empeorado hasta 33,9 mientras el europeo se había reducido a 30,5. El otro indicador de desigualdad frecuentemente empleado es el ratio 80/20 que es la relación entre los ingresos medios del 20% de la población más rica y los ingresos medios del 20% de la población más pobre. En 2008 el índice 80/20 de España era de 5,6 frente a 5,1 de media en los países de la UE-27. En 2010 el índice de España había empeorado hasta 7,5 mientras el europeo se había mantenido en 5,2. Cada día la diferencia entre ricos y pobres es mayor en nuestro país. con las nefastas consecuencias sociales y sanitarias que esto conlleva.

Podríamos resumir lo dicho hasta ahora en la siguiente frase: "La pobreza y la desigualdad matan". Por tanto, todo lo que lleva a incrementar la



**¿Te sientes triste
y deprimido?**

¿Estás ansiosa?
¿Preocupado por el futuro?
¿Te sientes aislada y sola?

**Podrías estar
sufriendo el
CAPITALISMO**

Los síntomas pueden incluir: falta de vivienda,
desempleo, pobreza, hambre, sentimientos de
impotencia, miedo, apatía, aburrimiento,
falta de interés, pérdida de identidad y de libertad
de expresión, encarcelamiento, ideas suicidas, muerte.

**Defiende tu derecho a la salud
Defiende tu calidad de vida y la de tu entorno**

Sal a la calle y grita

desigualdad tiende a disminuir la salud de las personas y todas las medidas que tiendan a crear una sociedad más igualitaria y cohesionada, ayudan a mejorar la salud y el bienestar de la sociedad.

Estamos acostumbrados a presentar "decálogos" sobre muchos aspectos, siendo de los más frecuentes los relacionados con la salud, incluyendo consejos del tipo no fumar, no beber alcohol, realizar una alimentación saludable, vacunarse, realizar ejercicio físico... estos consejos son básicamente correctos aunque suelen referirse a conductas individuales. A la luz de todo lo que acabamos de comentar, vamos a presentar un decálogo saludable en relación a los determinantes sociales de la salud. Se trata de una adaptación del decálogo presentado por Dave Gordon en 1999 titulado "An Alternative Ten

Tips for Staying Healthy”⁽⁸⁾ y aunque realizado en el contexto de la sociedad norteamericana puede darnos pistas importantes en relación a cómo reenfocar la salud de nuestras poblaciones:

1. No sea pobre. Si puede, deje de serlo. Si no puede, trate de no ser pobre por mucho tiempo.

2. No viva en un área con privaciones, múdese.

3. No trabaje en un empleo manual estresante y mal remunerado.

4. No viva en un vertedero, en una vivienda de mala calidad o en la calle.

5. Sea capaz de pagarse unas vacaciones anuales.

6. No pierda su trabajo.

7. No tenga padres pobres.

8. Reclame por todos los derechos que le corresponden si está enfermo o desempleado.

9. No viva cerca de una carretera congestionada o de una fábrica contaminante.

10. Aprenda a rellenar formularios complejos de subsidios antes de quedar indigente.

Inicialmente recordaremos esquemáticamente los distintos modos de organizar los Sistemas Sanitarios⁽⁹⁾:

1. Modelo de pago por acto “privado”: es aquel modelo donde el paciente acude a un médico (o a cualquier profesional sanitario) y, previo pago, recibe la atención que solicita. Podríamos decir que es el modelo más antiguo y que se sigue empleando en países empobrecidos y en menor medida en muchas de las sociedades más ricas, especialmente entre personas de clase social alta. Tiene el gran defecto de que no siempre el paciente está en disposición de pagar la atención sanitaria en el momento que la precisa provocando una gran vulnerabilidad.

2. Modelo de Seguros Privados. Para protegerse de la incertidumbre que supone el presentar una enfermedad que pueda ocasionar gastos sanitarios importantes y gravosos, aparecen los distintos modelos de seguro médico. La persona, de manera voluntaria, paga una cantidad periódicamente que le da derecho a unas prestaciones, previamente pactadas con la compañía de seguros, en el momento de padecer una enfermedad. Este modelo tiene sus antecesores en las mutuas de artesanos y sigue existiendo de manera complementaria en muchas sociedades ricas y es un modelo muy generalizado en EEUU.

3. Modelo de Seguridad Social o modelo Bismarck. Es una profundización y mejora del anterior. El Gobierno legisla la obligación de que todos los trabajadores “coticen” para tener garantizado este seguro médico.

Repercusión del Sistema Sanitario en la Salud

Una vez explicado cómo la Salud de las poblaciones depende de muchos factores, especialmente de los socio-económicos, vamos a profundizar en cómo el Sistema Sanitario también tiene su influencia (importante aunque mucho menor que los factores que acabamos de comentar).

Esta cotización forma parte del “salario” del trabajador pero no llega a percibirla, ya que es descontada previamente de su nómina. Supone una mejora respecto al anterior ya que conlleva una obligación para el empresario y el trabajador. Se ha ligado su implantación a una manera de garantizar asimismo el rendimiento productivo del obrero ya que cuanto antes curase de su patología, antes podría incorporarse a su puesto de trabajo. Es el modelo desarrollado en España durante la dictadura franquista desde 1942 a partir del Seguro Obligatorio de Enfermedad y al que también se asoció otras prestaciones como la pensión, el “paro” y la “baja médica”. Diversos países de Europa siguen manteniendo este sistema como Alemania y Francia.

4. Modelo de Sistema Nacional de Salud o Modelo Beveridge. El principal referente es el National Health Service (NHS) británico. Implantado tras la 2ª Guerra Mundial. Pasa a considerar la atención sanitaria como un derecho humano universal y por tanto aboga por un sistema sanitario de cobertura universal (sólo por el hecho de ser ciudadano), financiado vía impuestos generales del Estado (como lo son la educación, la justicia, la seguridad, la defensa...) y sin copagos (o mínimos) en el momento de recibir la atención. Está vigente en países como Reino Unido, Canadá y países nórdicos. España asumió este modelo a partir de la Ley 14/86 General de Sanidad. En general, como ya veremos, es considerado el mejor modelo en cuanto a obtener los mejores resultados en salud, ser equitativo y más eficiente (entendido este término

como obtención de mejores resultados a mismo coste) que los anteriores.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000 el Sistema Sanitario español fue considerado el 7º mejor del mundo⁽¹⁰⁾. En realidad era el 3º en cuanto a países comparables (sólo por detrás de Francia e Italia) ya que por delante de España se encontraban “países-ciudades” como San Marino, Andorra, Malta y Singapur.

Para realizar esta clasificación (primera y última vez que la OMS ha realizado este trabajo ya que provocó muchas “ampollas”: EEUU obtuvo el puesto 37) se valoraron aspectos como la esperanza de vida ajustada por la discapacidad o la igualdad sanitaria en función de la supervivencia infantil. Es importante tener presente que el gasto sanitario en España es de los más bajos en países de su entorno. Por ejemplo en 2010 España gastaba en Sanidad 2.299 € por persona frente a los 6.195 de EEUU, los 3.264 de Alemania ó los 3.339 de Dinamarca. Sin embargo la esperanza de vida en mujeres en España era la 3ª del mundo con 84 años frente a los 80,7 de EEUU, 82,4 de Alemania ó 80,5 de Dinamarca.



Asimismo, España destaca como uno de los países del mundo donde menor es la mortalidad por causas sanitariamente evitables. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el 2007 en España hubo 70 fallecimientos por estas causas (por 100.000 habitantes) frente a los 81 de Alemania ó los 103 de EEUU⁽¹¹⁾.

En contra de lo que suele comentarse por parte de algunos políticos y medios de comunicación (con intereses cruzados con la industria sanitaria privada), el SNS español es muy barato en comparación con su entorno y por eso sorprende cuando se repite una y otra vez (sin base científica) que es “insostenible”. Por ejemplo, Eurostat y la European Cardiovascular Disease Statistics estimaron en el 2006 los costes medios de las principales intervenciones cardiovasculares en los países de la UE-15. El coste medio fue de 265€ frente a los 129€ de España (la más “barata” de los 15 países). Contrasta con el coste de 413€ en Alemania, 312€ en Reino Unido, 172€ de Grecia o los 151€ de Portugal⁽¹²⁾.

Varias son las claves de este buen desempeño de los SNS. Al ser universales no dejan a porciones de la población sin asistencia básica (que en los otros modelos suelen ser lo más pobres) como vacunas, atención primaria y fármacos esenciales, que son medidas de muy bajo coste y alto rendimiento. Asimismo, aseguran una buena cobertura geográfica (en los modelos más enfocados al mercado las zonas rurales no se consideran “rentables” y tienen peor

atención). Otro de los motivos es que, siempre que estén bien planificados, los servicios responden más a necesidades sanitarias reales y no están tan marcados por las modas y el marketing. El mercado sanitario no cumple los criterios de “mercado perfecto”, lo cual ya fue descrito brillantemente por Arrow en 1963 en la revista American Economic Review en su famoso artículo titulado “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care” (recientemente republicado por la Organización Mundial de la Salud en su boletín⁽¹³⁾). En el mercado sanitario reina una gran incertidumbre, no hay una relación igualitaria entre vendedor y comprador (si a alguien con un hijo con una grave enfermedad se le plantean costosos tratamientos aunque no sean muy fiables, es muy probable que a pesar de todo acepte), se da una gran asimetría de información entre el cliente (paciente) y el vendedor (médico) y se dan numerosas externalidades (que los pobres no reciban las vacunas o el tratamiento de la tuberculosis, repercute negativamente en el resto de ciudadanos).

Hay numerosos trabajos en otros países que van en la misma dirección. Por ejemplo un estudio realizado en distintas regiones de Italia demostró que cada aumento de 100€ en el gasto sanitario público se acompañó de una reducción del 1,47% de la mortalidad evitable. Sin embargo el mismo aumento de gasto en sanidad privada no se acompañó de ninguna mejoría de la mortalidad general⁽¹⁴⁾.

Canadá, un país con un sistema sanitario público similar al español

con muy buenos indicadores de rendimiento, también está sufriendo los últimos años un fuerte ataque mediático para pasar a un sistema sanitario con provisión privada de la atención. En el 2004 se publicó un interesante trabajo en el que se demostraba que los pagos realizados en EEUU a los hospitales privados con ánimo de lucro eran un 19% mayor que los que se realizaban por las mismas intervenciones a los hospitales privados sin ánimo de lucro. Si se concertara la mitad de la Sanidad Pública Canadiense con los hospitales con ánimo de lucro, supondría un sobrecoste de 3.600 millones de dólares anuales⁽¹⁵⁾.

Pero no sólo los hospitales privados suelen ser más caros, también suelen tener peores resultados en salud. Por ejemplo, en EEUU, la mortalidad en unidades de hemodiálisis con ánimo de lucro frente a sin ánimo de lucro es un 8% mayor⁽¹⁶⁾ y la mortalidad general en hospitales con ánimo de lucro frente a sin ánimo de lucro es un 2% mayor

(siendo un 9,5% mayor en unidades de atención a recién nacidos)⁽¹⁷⁾. El afán de lucro y la calidad de atención sanitaria suelen tener una correlación negativa.

Ya hace más de 40 años que un médico general británico, Julian Tudor Hart, tras observar el funcionamiento del sistema sanitario, formuló su famosa “Ley de cuidados inversos” que puede resumirse en lo siguiente: El acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más intensas⁽¹⁸⁾.

Acabaremos recordando que esta situación no se da sólo en los sistemas sanitarios de países ricos. Una reciente revisión en la revista PLoS Med titulada “Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review”⁽¹⁹⁾ daba los siguientes resultados para países de bajos y medios ingresos:



elroto@inicia.es

- El sector privado incumple más habitualmente los estándares médicos de buena práctica, tiene peores resultados clínicos, siendo además menos eficiente (incentivos perversos).

- El sector público presenta peor hospitalidad y disponibilidad de equipamientos, pero los resultados globales son significativamente favorables a este sector.

- Los autores destacan la tendencia bastante homogénea del sector privado a la opacidad.

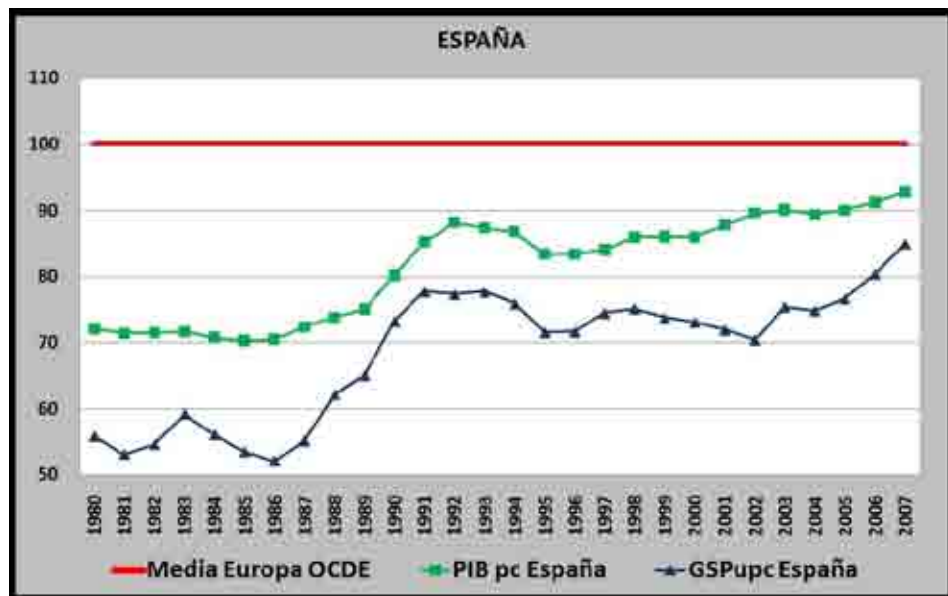
En resumen, hay muchos factores que juegan un importante papel en la eficacia de los Sistemas Sanitarios. La mejor evidencia científica demuestra que en general, los Sistemas Sanitarios Públicos de cobertura universal con financiación vía impuestos (con gratuidad en el momento de la atención), con un fuerte desarrollo de la Atención Primaria, obtienen mejores resultados, con un menor costo, mayor calidad y equidad. Los Sistemas Públicos de Salud no son “altruistas”... es ética y “egoísmo inteligente”.

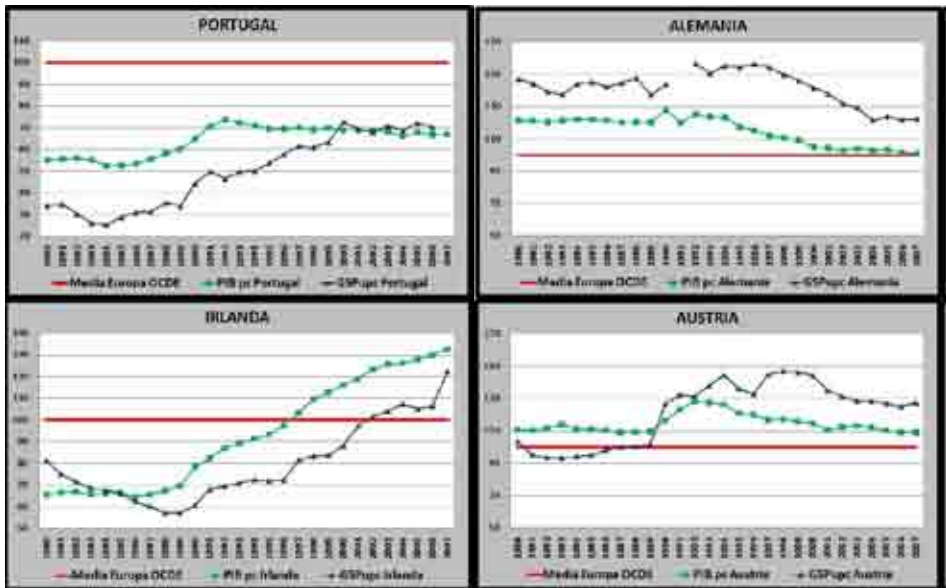
su mismo nacimiento a principios de los 80 del siglo pasado, ha habido fuertes presiones para evitar su desarrollo completo y conseguir su desmantelamiento).

Para ello se ha hecho pensar erróneamente que hemos vivido por encima de nuestras posibilidades en Sanidad. Curiosamente son los países de las llamadas “economías porcinas” (PIGS en inglés se refiere a Portugal, Italia ó Irlanda, Grecia y España) los que han tenido durante los últimos años un gasto sanitario en cuanto al % de su PIB muy inferior a la media de la OCDE. Por el contrario han sido las “economías no porcinas” como Alemania, las que han presentado un gasto sanitario porcentual muy por encima de la media de la OCDE. Esto puede comprenderse fácilmente en los siguientes tres gráficos⁽²⁰⁾ (donde GSPupc significa el Gasto Sanitario Público per capita):

Recortes en Sistema Sanitario

A pesar del buen desempeño global de nuestro SNS, los últimos años y con la excusa de la “crisis económica”, se está llevando una política global de recortes y deterioro del Sistema Sanitario Público (realmente desde





Asimismo con la excusa de la crisis, se legitiman todo tipo de recortes sin necesidad de justificarlos científicamente, siendo realmente decisiones puramente ideológicas (por supuesto dentro de la ortodoxia neoliberal). Esta situación ha sido muy bien analizada y explicada de una manera divulgativa por la activista Naomi Klein en su conocido libro “La doctrina del shock”⁽²¹⁾.

Como explica Javier Padilla en su blog: “No se trata de mejorar la gestión, de hacer el sistema sostenible, de sacrificar equidad por libertad o mil y un eufemismos ahora utilizados. Se trata de que eso que para ti era un derecho para ellos es un producto, o mejor un bien de mercado”⁽²²⁾.

En este texto apuntaremos brevemente alguno de estos recortes y ataques al SNS español. Comenzaremos recordando que recientemente se ha

aprobado el RDL 16/2012. Algunas de sus consecuencias son las siguientes:

- Cambio de concepto del derecho a la asistencia. Hemos pasado de un Sistema Nacional de Salud (derecho universal a la atención por ser ciudadano) a un Sistema de Seguridad Social (derecho a la asistencia sólo a los asegurados). Se ha excluido del sistema a más de 872.000 inmigrantes en situación irregular y se han sentado las bases para excluir a muchos españoles (de momento a los no cotizantes se les asegura la atención siempre que sus rentas sean inferiores a 100.000€/año).
- Introduce el repago en servicios no asistenciales que considera suplementarios o accesorios (prótesis, transporte sanitario, productos dietéticos) y aumenta el repago en farmacia (incluyendo a pensionistas).
- Elimina de la financiación muchos medicamentos lo que supone un repago del 100%.

Pero ha habido otras muchas medidas de destrucción del Sistema Público de Salud como pueden ser las siguientes:

- Empeoramiento de la infrafinanciación. Como se ha resumido en El País la reducción del gasto sanitario de las CCAA del 2010 al 2013 ha sido del 10,6% (15,1% en Aragón) (http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/16/actualidad/1361029181_888112.html).

- Ya en el año 1997, el PP con el apoyo del PSOE, CiU y PNV aprobaron la Ley 15/97 sobre "habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud" que es la que ha ido permitiendo la progresiva privatización del Sistema Sanitario Público sin transparencia ni evaluación.

- Desfinanciación de la Atención Primaria. Mientras la OMS recomienda que al menos reciba el 25% de los presupuestos sanitarios, en la actualidad sólo recibe alrededor del 14%. La Atención Primaria ha demostrado ser la más eficiente y la que más asegura la equidad en el acceso al Sistema Sanitario.

- Inversiones populistas no eficientes (construcción de hospitales, autorización de fármacos sin valor añadido, vacunaciones poblacionales sin rigor científico...).

- Mala gestión que desprestige el Sistema Público: "Cuanto peor, mejor"

- Puerta giratoria de altos cargos con paso público-privado-público. Algunos casos han sido conocidos en los últimos meses destacando algunos ex-consejeros de Sanidad como Manuel Lamela, con intereses en Capio, o Güemes, que tuvo que dimitir como consejero de Unilabs, propiedad de Capio, empresa a la que él adjudicó la gestión de análisis clínicos de seis hospitales. Otro caso es el Antonio

Burgueño, actual Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid, quien fue director médico de Adeslas, empresa integrada en Ribera Salud y principal impulsor del primer hospital de gestión privada, el de Alzira, y cuyo hijo, Antonio Burgueño Jerez, trabaja como jefe de la Unidad de Desarrollo de Negocio y Calidad en Ribera Salud, empresa adjudicataria del Hospital de Torrejón. Pero el fichaje de "conseguidores" no sólo se circunscribe a las filas del PP. Nicolás Redondo Terreros es Consejero de FCC, empresa que gestiona el Hospital de Arganda.

Todavía es pronto para ver consecuencias concretas de estas políticas en la salud de los ciudadanos y ciudadanas pero vamos a citar dos. En Cataluña, una de las CCAA donde más se ha recortado la Sanidad Pública, los Seguros Privados han crecido en los últimos años (es significativo que el Consejero de Sanidad actual fuera previamente el Presidente de la Patronal Catalana de Hospitales). Otros datos preocupantes en España



y que habrá que seguir en el futuro son que la mortalidad perinatal tras años de descenso mantenido, se ha estabilizado e incluso ha aumentado en España⁽²³⁾ así como que por primera vez se ha reducido la esperanza de vida según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽²⁴⁾.

Propuestas

Tras todo lo anterior vamos a presentar de manera sucinta una serie de propuestas que pueden ayudar a garantizar el derecho a la Sanidad y a la Salud de las personas.

1. Propuestas a nivel global

- Pensar en global y actuar en local. Estamos ante “la revolución de los ricos” en todos los frentes: sanidad, educación, servicios sociales, laboral, fiscalidad, vivienda...

- No perder la batalla de las ideas y de las palabras. “No es una crisis es una estafa”. Una mentira repetida mil veces no es una verdad.

- Luchar especialmente por las pérdidas “cualitativas” de Derechos: “ciudadano-cotizante”, “legal-irregular”, “público-privado”, “transparencia-opacidad”

- Reducir desigualdades sociales por medio de políticas públicas activas.

- Fomentar la cohesión social, ya que las sociedades con fuertes relaciones sociales son sociedades saludables⁽²⁵⁾.

2. Propuestas a nivel de los Servicios Sanitarios:

- Indignación ética – Resistencia – Objeción. Ejemplos recientes como la objeción de conciencia al RDL16/2012 liderada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria junto a la ONG Médicos del Mundo son de gran importancia práctica y simbólica.

- Evaluación transparente y mejora continua de los Servicios Públicos con aumentos de financiación.

- Derogación de la Ley 15/97 y el RDL 16/2012.

- Reforzar la acción comunitaria: Participación activa de la ciudadanía para hacerse responsable del control de la salud y de sus determinantes.

- Reorientar los servicios sanitarios: evitar el exceso de medicalización, el consumo inapropiado y los efectos adversos.

Resumen

1. Los principales determinantes de la salud son sociales... y sociales deberán ser las soluciones.

2. La pobreza y la desigualdad matan.

3. Hay poca transparencia en evaluación de sistemas sanitarios.

4. No hemos vivido “por encima de nuestras posibilidades” a nivel sanitario.

5. No es una “poda” sino una “tala indiscriminada”.

6. Determinados grupos de poder quieren lucrarse con el “mercado sanitario” a pesar de que eso cueste

a la sociedad mucho más dinero y aporte menos salud.

7. Los sistemas sanitarios públicos garantizan en términos globales una mayor equidad, calidad y eficiencia.

8. Hay medidas contrastadas para perder “grasa” sin perder “músculo” y seguir mejorando la salud de la población garantizando equidad, calidad y eficiencia.

9. La Sanidad Pública Universal Gratuita de Calidad es parte de “la solución” y no “del problema”.

10. Alcanzar la “Equidad en Salud” significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

Bibliografía

1. World Health Organization. Subsana las desigualdades de una generación: Alcanzar la equidad Sanitaria Actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Organización Mundial de la Salud; 2009.

2. McKeown. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?. Princeton University Press; 1979.

3. County health calculator. (cited 2013; available from: <http://countyhealthcalculator.org/>)

4. Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud: avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010

5. Cofiño Fernández R. Tu código es más importante para tu salud que tu código genético (1). Aten Primaria. 2013 Mar;45(3):127-8.

6. Segura J. Un viaje en tren por las desigualdades en mortalidad: Desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid (15). 2011 (cited 2013; available from: http://www.madmasd.org/blogs/salud_publica/2011/07/13/132690)

7. Wilkinson RG, Pickett K, Vidal L. Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Madrid: Turner Publicaciones, S.L.; 2009.

8. Gordon D. Estilos de vida y condiciones de vida: An Alternative Ten Tips for Staying Healthy. (cited 2013; available from; <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/05/19/estilos-de-vida-y-condiciones-de-vida-an-alternative-ten-tips-for-staying-healthy/>)

9. de Manuel Keenoy E, de Oleaga Usategui JL. Sistemas de salud en los países desarrollados. In: Martín Zurro A., Cano Pérez JF, editors. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª de. Barcelona: Elsevier; 2013. p.16-45.

10. World Health Organization Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud: Organización Mundial de la Salud; 2000.

11. Gay JG, et al. “Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimated and Methodological Issues”, OECD Health Working Papers, No. 55, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>

12. Simó J. Bueno y barato... ¿dónde está el truco?. 2012 (cited 2013; available from: <http://saluddineroyblogspot.com.es/2012/05/bueno-y-barato-donde-esta-el-truco.html>)

13. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. Bull

World Health Organ. 2004 Feb; 82(2):141-9.

14. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003- J Epidemiol Community Health. 2012 Feb;67(2):132-8.

15. Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private-not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. Cmaj. 2004 Jun 8;170(12):1817-24.

16. Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT, et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. Jama. 2002 Nov 20;288(19):2449-57.

17. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. Cmaj. 2002 May 28;166(11):1399-406.

18. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.

19. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and-middle-income countries: a systematic review. PLoS Med. 2012;9(6):e1001244.

20. Simó J. Vivir por encima de nuestras posibilidades en sanidad pública (I). 2012 (cited 2013; available from: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2012/02/vivir-por-encima-de-nuestras.html>)

21. Klein N. La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre: Paidós Ibérica; 2007.

22. Padilla J. EL problema no es 2012 (cited; available from: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/11/el-problema-no-es.html>)

23. Estadística INd. Tasa de Mortalidad Perinatal por sexo (cited 2013; available from

24. Estadística INd. Esperanza de Vida al Nacimiento según Sexo. (cited 2013; available from: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=43>)

25. Holt-Lundstad J, Smith TB, Laton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PloS Med. 2010 Jul;7(7):e1000316.

Algunas páginas web interesantes

- Salud Comunitaria: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/>
- Salud Pública y Algo Más: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/
- Observatorio de Desigualdades en la Salud: <http://www.ods-ciberesp.org/>
- Salud, dinero y... atención primaria: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/>
- Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud: <http://bit.ly/150S9kl>
- Observatorio de Salud en Asturias: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>
- The Equality Trust <http://www.equalitytrust.org.uk/>
- County Health Rankings & Roadmaps program: <http://www.countyhealthrankings.org/app/home>

EL IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA Y LAS POLÍTICAS PARA ABORDARLA

COMUNICADO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD
PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS)

http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%20_3_X.pdf

Resumen del comunicado:

Ante la crisis económica SESPAS manifiesta públicamente que:

- 1) Las condiciones socioeconómicas desfavorables tienen consecuencias perjudiciales sobre la salud de las personas y las poblaciones.*
- 2) Los efectos sobre la salud dependen del tipo de políticas económicas, sociales y laborales que se adopten.*
- 3) Las crisis son también oportunidades para la necesaria reorientación de las políticas sociales incluidas las sanitarias.*

De forma que:

- La necesidad de reducir el déficit público comporta la oportunidad de mejorar la eficiencia y la equidad en todos los sectores públicos, incluido el sector sanitario, básicamente mediante la reducción del consumo inapropiado.*
- La adopción de cambios en las políticas sectoriales debe tener en cuenta el previsible impacto que sobre la salud de las personas, sobre todo de las más desprotegidas, se pueda producir.*
- Es necesario mejorar el buen gobierno, aumentar la transparencia y rendir cuentas sobre los resultados y los costes de las intervenciones, para contribuir así a la viabilidad de las políticas de bienestar y protección social en general y del sistema nacional de salud en particular.*
- SESPAS apoya el desarrollo de la estrategia nacional de Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, así como las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.*

COMUNICADO DE SESPAS

Ante la crisis económica y las decisiones políticas que se están tomando para abordarla, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) considera importante manifestar a las instituciones públicas, agentes sociales y ciudadanos en general, una serie de reflexiones. Estas reflexiones están basadas en:

- El conocimiento que existe actualmente sobre:

- La relación entre las condiciones socioeconómicas y la salud de las personas.

- La incidencia que las políticas económicas, sociales y laborales tienen sobre la salud y la equidad en salud.

- La necesidad que existe en la coyuntura actual de crisis económica de introducir cambios en el sector sanitario y en otros sectores para mejorar la eficiencia y el buen uso de los recursos públicos.

1. Las condiciones socioeconómicas desfavorables se asocian a efectos negativos sobre la salud de las personas.

- Las crisis económicas se han asociado a un aumento de los problemas de salud, sobre todo de salud mental, así como a un incremento de la mortalidad por suicidios.

Sin embargo, el efecto de las crisis económicas en la salud de la población va a depender mucho del contexto institucional, especialmente del

estado de bienestar con sus mecanismos de protección a los ciudadanos.

- Perder el trabajo y pasar a estar en paro tiene consecuencias sobre la salud de las personas, sobre todo en la esfera psicosocial. Al mismo tiempo, es importante recordar que hay estudios que ponen de manifiesto que las prestaciones económicas de desempleo evitan o reducen este efecto y que las consecuencias negativas sobre la salud se centran en las personas sin prestaciones.

- La precariedad laboral es un riesgo para la salud. Para reducir o eliminar el impacto del paro sobre la salud mental no basta con conseguir cualquier tipo de trabajo.

Algunos estudios observan que entre los jóvenes no hay diferencias en el estado de salud mental entre personas desempleadas y las que trabajan en ocupaciones que están por debajo de su calificación o las que tienen un trabajo insatisfactorio. También entre los jóvenes se ha señalado que tanto perder el trabajo como cambiar a otro por debajo de la propia formación se asocia con un incremento del consumo de alcohol.

- Ante la crisis, muchas empresas reducen su presupuesto en seguridad y salud, lo que deteriora las condiciones de trabajo e incrementa el riesgo de accidente y enfermedad profesional.

- La incertidumbre laboral, consecuencia de procesos de reestructuración de empresas en los que se recortan las plantillas, tiene un impacto sobre la salud no sólo de las

personas que pierden su trabajo, sino también de las que continúan trabajando. Entre éstas, se ha observado un incremento de trastornos ansioso-depresivos relacionados con la incertidumbre sobre el futuro laboral, un aumento de conflictos entre compañeros, un incremento del volumen de trabajo al reducirse habitualmente más la mano de obra que las exigencias del trabajo, así como un aumento del consumo de tabaco y de los problemas en el entorno familiar.

- Cuando el estrés relacionado con unas circunstancias socioeconómicas desfavorables (desempleo, inseguridad económica y precariedad en el empleo) es duradero, su impacto en la salud mental es mayor y se ha asociado a muerte prematura. Existe bastante conocimiento sobre la relación entre factores psicosociales y salud física, a través de cambios en los sistemas nervioso y hormonal, que acaban afectando a los sistemas cardiovascular e inmunológico. El estrés duradero se ha relacionado con mayor riesgo de infecciones, diabetes, hipertensión arterial, infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, depresión y agresividad. Está demostrado que el estrés duradero y sus efectos son más comunes en las clases sociales más desfavorecidas

- La población infantil es especialmente vulnerable a los efectos de

Los recortes en sanidad matan

las crisis económicas, ya que éstas se asocian a un aumento en las desigualdades sociales, y las desigualdades sociales en la primera infancia son predictoras de desigualdades en la salud en la vida adulta. Este efecto viene mediado por las inequidades en el desarrollo físico y psicológico, así como en el nivel de estudios alcanzado. Además, los resultados profesionales en la vida adulta dependen de la calidad de la enseñanza recibida en la escuela en los primeros cinco años. Los niños y niñas de clases más desfavorecidas tienden a tener peores resultados escolares y, en consecuencia, en la edad adulta su situación laboral y sus condiciones de trabajo son peores y sus ingresos más bajos.

- Las personas mayores son también muy vulnerables a los efectos de las crisis económicas. Según la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística, la tasa de pobreza relativa en las personas mayores de 65 años en España en 2008 fue del 29,5% en las mujeres y del 25% en los hombres. La pobreza es un obstáculo para un envejecimiento activo y saludable. Las políticas que disminuyen los ingresos de las personas mayores conllevan un deterioro de la calidad de su alimentación, y disminuciones de su participación social y actividad física, con consecuencias negativas para su capacidad funcional y con un previsible aumento de la dependencia.

- La crisis tiene un mayor impacto en las personas inmigrantes, trabajadoras manuales no cualificadas y otros colectivos vulnerables, que ya par-

ten de situaciones precarias y que a menudo han estado ocupadas en los sectores coyunturales más afectados por la crisis. Al impacto directo que tiene en la salud el empeoramiento de las condiciones socioeconómicas en estos colectivos, se suman los riesgos sociales, especialmente una mayor desagregación de la estructura social.

- Aunque la crisis económica afecta tanto a los hombres como a las mujeres, los efectos son mayores en ellas. Con anterioridad a la crisis, las mujeres ya partían de una situación de mayor dificultad de acceso a un empleo de calidad que los hombres, trabajaban con más frecuencia en los sectores donde las condiciones de empleo son más precarias (como el servicio doméstico), tenían salarios más bajos y una mayor carga de trabajo en el ámbito doméstico. Todas estas condiciones empeoran con la crisis económica y se asocian a un impacto negativo en la salud.

2. Las políticas económicas, sociales y laborales inciden sobre la salud de las personas.

- Se ha mencionado ya el impacto positivo sobre la salud de algunas políticas, como la mejora de la calidad de las condiciones de empleo y las prestaciones económicas de desempleo.

- Se ha mencionado también la importante relación que existe entre las condiciones socioeconómicas y la salud, de lo que puede derivarse que las políticas que incidan sobre las condiciones de vida tendrán un

efecto en la salud y en la equidad en salud. Así, las políticas que reduzcan las desigualdades actuales en las condiciones de vida durante la infancia posiblemente reducirán dentro de unos años las desigualdades en salud en la vida adulta.

- Además, existen estudios y experiencias que ponen de manifiesto que el gasto social de un país se relaciona con la salud de la población:

- Un estudio reciente muestra una importante correlación entre el gasto en protección social de un país y la mortalidad. Examinó la relación entre ambos indicadores en 15 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre ellos España, encontrando que la mortalidad es menor en los países con más inversión en protección social (por ejemplo, programas de apoyo a las familias como la educación infantil, el cuidado de las criaturas o los permisos de maternidad y de paternidad, pensiones de jubilación, programas activos para mantener el empleo o ayudar a las personas desempleadas a encontrar trabajo con rapidez, y apoyo a las personas con discapacidad).

- El conocimiento disponible sugiere que la razón por la que la crisis económica que sufrió el sudeste asiático durante los años 90 no afectó la salud pública en Malasia fue que, a diferencia de Tailandia e Indonesia, ignoró el consejo del Fondo Monetario Internacional para reducir el gasto en protección social. Asimismo, gracias a la

fortaleza del Estado del Bienestar en Finlandia, la fuerte crisis económica que afectó a este país a principios de los años noventa no tuvo efectos negativos sobre la salud ni sobre las desigualdades en salud.

- Las tendencias de mortalidad de la Unión Europea (UE) en los últimos años indican que los países con mayor gasto per cápita en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en las muertes por suicidio durante los períodos de crisis económica. En los países que gastan menos de 70 dólares - como es el caso de España o los países de Europa del Este recientemente incorporados a la UE - las crisis económicas se asocian con un aumento de los suicidios.

3. En la coyuntura actual de crisis económica es fundamental introducir cambios en el sector sanitario y en otros sectores para mejorar la eficiencia y el buen uso de los recursos.

- La necesidad de reducir el déficit público en la coyuntura actual de crisis económica debería aprovecharse como oportunidad para realizar cambios importantes en la planificación, la gobernanza y la gestión, buscando mejorar la eficiencia y la equidad. Esto puede aplicarse a todos los sectores públicos, incluido el sanitario.

- En el sector sanitario se ha documentado la existencia de uso inapropiado de los recursos y las tecnologías. Por ello, es fundamental limitar



y prevenir efectivamente el consumo sanitario inapropiado en general y en particular el financiado públicamente, incluyendo el que se produce como consecuencia de llevar a cabo actividades preventivas de forma inadecuada. El consumo sanitario inapropiado no solo comporta un despilfarro económico con la consecuente ineficiencia e inequidad, sino que también supone un incremento de los efectos adversos sobre la salud (iatrogenia) de las intervenciones sanitarias.

- Asimismo, en el sector sanitario se conoce la existencia de importantes áreas de mejora en la planificación sanitaria, la coordinación, la transparencia, la calidad y la gestión.

4. A modo de conclusión: el contexto español y las oportunidades de mejora en la salud en todas las políticas y en el Sistema Nacional de Salud.

Ante las presiones que el gobierno español ha recibido desde diferen-

tes instancias internacionales para realizar un ajuste económico con reducción del déficit público, el gobierno ha respondido con políticas de reforma laboral, disminución de las prestaciones sociales (como por ejemplo, la reducción de la indemnización por despido, la desaparición del subsidio al finalizar la prestación por desempleo o la supresión del cheque-bebé), cambios en el cálculo de la pensión de jubilación, congelación de las pensiones y reducción salarial a los empleados públicos. A pesar de esta respuesta, las presiones siguen existiendo y el objetivo de reducir el déficit público hasta el 3% del PIB para 2013 hace previsible que a corto y medio plazo el gobierno aún pueda plantearse nuevas reformas en la misma dirección, con ulteriores reducciones de las prestaciones sociales.

La reducción del déficit público es una prioridad, y en la medida en que previene el aumento de los tipos de interés de la deuda española, previene también, a medio y largo plazo, el desvío de recursos que podrían destinarse a gasto social hacia el pago de los intereses de la deuda. En este sentido, indirectamente reducir el déficit público contribuye a sentar bases de sostenibilidad del gasto público en general, y del propio gasto social, a largo plazo. Sin embargo, teniendo en cuenta las evidencias científicas antes comentadas del impacto de la crisis económica en la salud y del efecto beneficioso de las políticas sociales sobre la salud, y considerando que la misión de SES-PAS es velar por la salud de la población, consideramos que tenemos la

obligación de llamar la atención de las instituciones públicas, agentes sociales y sociedad en general acerca de:

- La necesidad de valorar la información científica disponible sobre el impacto previsible en la salud antes de tomar la decisión de llevar a cabo ninguna otra medida/política que previsiblemente pueda afectar la salud y la equidad en salud en la población española, valorando siempre otras opciones o alternativas.
- La necesidad de tener en cuenta en dicha valoración (previa a la implantación de políticas) los efectos a medio o largo plazo, prestando especial atención a:
 - La población infantil actual, que serán los adultos dentro de una y dos décadas.
 - Las poblaciones que viven en situación más desfavorecida y vulnerable, algunas de forma crónica, y que acumulan el mayor porcentaje de pobreza (particularmente, población mayor, personas inmigrantes, personas desempleadas de larga duración, trabajadores manuales no cualificados, mujeres, y personas en situación económica y laboral precaria con hijos menores o personas dependientes a su cargo).
- La necesidad de evaluar las políticas de ajuste del gasto público que ya se han implementado, en términos de sus consecuencias para la salud y la equidad en salud en la población española, con

una especial atención a aquellos aspectos que pueden verse más afectados (como la salud mental).

- La necesidad en un mundo globalizado de replantear todos estos temas a nivel internacional. El gobierno de España podría contribuir a un debate internacional con objeto de revisar el impacto en la salud de la población y en las desigualdades en salud de las reformas económicas y sociales que se están llevando a cabo en todo el mundo, ante la presión de los mercados y el sistema financiero.
- La necesidad de aprovechar la situación de crisis económica para mejorar el buen gobierno, la transparencia y la eficiencia en el sector público en general y el sector sanitario en particular:
 - Dotar al Sistema Nacional de Salud de mecanismos de gobierno que mejoren la coordinación y cohesión, permitan gestionar el conocimiento, evaluar los servicios e identificar oportunidades de mejora del desempeño y la calidad.
 - Buscar alianzas por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud con todos los agentes, promoviendo la revitalización del contrato social implícito con los profesionales para la garantía de un servicio público de calidad para todos los ciudadanos.

Además de todas estas medidas, SESPAS considera que en el con-

texto actual de crisis económica, es fundamental avanzar en:

- La implementación de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, especialmente en las siguientes áreas prioritarias:
 - Desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas.
 - Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales avanzando hacia el concepto de Salud y equidad en todas las políticas.
 - Desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños independientemente de las condiciones socioeconómicas de sus padres.
- Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, realizadas a través de su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud:
 - Mejorar las condiciones de vida.
 - Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.

LA CRISIS DEL ÉBOLA

Por **Manuel Martín**
Comité de África Negra. Zaragoza

La enfermedad por el virus ébola ha ocupado un gran espacio en nuestros medios de comunicación sobre todo a raíz de la aparición de algunos casos de contagio en España y Estados Unidos.

El virus ébola

Para familiarizarnos con esta enfermedad conviene saber en primer lugar que este virus ni siquiera debería llamarse ébola, como el pequeño río del norte de la República Democrática del Congo, donde se dice que apareció por primera vez, porque esta información es falsa. El primer brote de ébola se produjo en Alemania en 1967. En un laboratorio de la ciudad de Marburgo. Hasta el 76 de hecho se llamaba Marburg virus. Este primer brote ocurrió a la vez en otro laboratorio de la ciudad de Frankfurt, enfermaron más de 30 personas y murieron, oficialmente, 7. Después se han producido brotes en el norte de Congo, efectivamente en 1976, donde enfermaron unas 550 personas y murieron unas 340; en Sudán en 1979, donde enfermaron 34 personas y murieron 22; en Reston,

un suburbio de Washington, en 1989, brote del cual no se conocen cifras, al igual que los dos subsiguientes en las mismas instalaciones, opacidad característica de las "investigaciones" de los estadounidenses; de nuevo en la República Democrática del Congo, esta vez 3.000 kilómetros al sur del anterior, en 1995, donde hubo cientos de muertos. Casualmente, sobre este brote se habló en la Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Sudáfrica, cuando un agente del régimen racista del apartheid confesó que había realizado experimentos criminales con agentes biológicos en colaboración con el Departamento de Estado Norteamericano, Estados Unidos lo niega todo; y después se han producido brotes periódicos en diversos países de África, pero son controlados con habilidad y rapidez por los eficientes y mal-equipados médicos y sanitarios africanos. Todo esto para desmontar las mentiras tan retransmitidas de que nuestra enfermera infectada es el primer caso que se produce fuera de África y que se llama ébola porque allí se produjo el primer brote.

El brote actual

Los primeros casos del brote actual parece que se produjeron en diciembre del año pasado aunque se diagnosticó el primero en marzo. Los primeros meses no hubo respuesta, ni la gente se previno ni la salud pública funcionó. Sólo hubo pánico y muchas tonterías, manipulaciones políticas y conductas irracionales. Las reiteradas advertencias y demandas de las organizaciones humanitarias apenas tuvieron respuesta porque se trataba como un problema lejano que afectaba solo a algunos países africanos.

Cuando se detectaron casos de contagio en España y Estados Unidos, la prensa destacó los riesgos de contagio y saltaron todas las alarmas, lo que provocó el pánico en amplios sectores de la población. Como se ha visto en casos similares, parece que el miedo es lo único que sirve para la consideración de un asunto como “emergente/urgente”. Una vez más constatamos que hasta que el problema no ha llamado a la puerta de nuestra casa no nos lo hemos tomado en serio.

Respuesta de la comunidad internacional

Las reacciones de la comunidad internacional, mal informada, manipulada (o mal intencionada), ha reaccionado con una irresponsabilidad épica. “Mientras las cosas de africanos queden en África... pasamos del tema”, parecen haber pensado algunos responsables. Desde que surgió el brote de la actual cepa, llamada de Guinea (no es la misma que la de Congo), en diciembre de 2013, casi todo el mun-

do ha mirado para otro lado. Cuando la ONU creó el Ébola Fund para dotar de recursos a los países afectados, muchos gobiernos, como hacen siempre, prometieron millonadas que luego no han dado. Sólo India y Australia han aportado 10 millones de dólares, ni siquiera la Unión Africana ha dado recursos.

Cuba ha mandado 1.500 médicos con una experiencia muy útil, ya que en su país combatieron y controlaron un brote similar de Dengue, y Estados Unidos ha enviado más de 4.000 militares. Reino Unido y Francia, siguiendo esta tónica, han enviado también militares.

Investigaciones biológicas

Que EEUU mande militares a combatir una enfermedad tiene toda la lógica ya que el Instituto del Ejército de EEUU de Investigación Médica de Enfermedades Infecciosas -el USAMRIID, siglas en inglés- es pionero y el principal, si no el único, en investigaciones sobre “agentes biológicos”. Realizan investigaciones duales, es decir, tanto para encontrar vacunas contra virus, como para utilizar esos mismos virus como arma de guerra. Tan preocupados andan con la bioguerra, que solo ellos podrían librar, que incluso han llegado a patentar el virus del ébola. El gobierno de los Estados Unidos posee la patente del ébola desde 2010. USAMRIID lleva desde 2006 “investigando” el ébola en los tres países afectados, Liberia, Sierra Leona y Guinea, casualmente donde ha surgido el brote, y no en otros. Se han producido incidentes de gente que ha linchado a equipos sanitarios de estos centros

médicos (financiados por el ejército que posee la patente del ébola) cuando iban a sus pueblos, porque los consideran responsables de la enfermedad.

A escena las farmacéuticas

Existen varios ensayos de “vacunas” contra el ébola, que han realizado farmacéuticas relacionadas con el USAMRIID, la Tekmira Farmaceuticals, que, casualmente, antes de este brote ha recibido un inversión multimillonaria de Monsanto, y Mapp Farmaceuticals, la fabricante del famoso serum ZMapp. Los sueros mágicos solo han sido probados en monos y ratones. Este brote les ha venido de perlas a las farmacéuticas. Con la histeria colectiva, creada más mediática que informativamente, el mundo entero empieza a suplicar a estas multinacionales que

le venda a cualquier precio estas vacunas, cuyos efectos en humanos se desconocen porque están siendo probadas ahora mismo. Hay que abastecer al mundo entero de vacunas. Esto ha hecho que las acciones de dichas farmacéuticas estén subiendo como la espuma en la bolsa.

Final

He tratado de recoger aquí algunos aspectos del ébola, conocidos y manejados por los expertos pero que, incomprensiblemente, no se divulgan por los medios de comunicación y que resultan imprescindibles para dar cuenta de la gravedad del tema.

(Extraído de <http://africaenmente.blogspot.com.es/2014/10/algunas-cosillas-sobre-el-ebola.html?sref=fb>)



LOS ORÍGENES DE LA CRISIS DEL ÉBOLA

MEDIR Y ANALIZAR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD. ¿ES LA MEDICINA DE MICROSOFT LA SOLUCIÓN PARA EL ÉBOLA?

Por **Tariq Ali y Allyson Pollock**

-Tariq Ali (TA): Vamos a hablar hoy de medicina y de lo que está sucediendo en África, pero no sólo allí, también en otras partes del planeta, y de cómo la medicina privatizada está ya subyugando todo ese ámbito excepto en unos cuantos oasis que todavía quedan: Cuba, Venezuela, etc. Está conmigo la Profesora Allyson Pollock, una de las científicas y expertas de la sanidad pública más reconocidas en su campo por todo el mundo. Ébola: ¿cuáles son sus orígenes y cómo se extendió tan rápidamente por tres países africanos, Sierra Leona, Liberia y Guinea, aunque ahora el pánico se está extendiendo por todas partes?

-Allyson Pollock (AP): Bien, el Ébola es un virus, nadie sabe muy bien cuáles son sus orígenes. Algunos piensan que podría proceder del murciélago y que se extiende a través de los fluidos del cuerpo, ese es por tanto un mecanismo importante de transmisión. En la mayoría de la situaciones normales debería ser fácilmente controlado con una cuarentena y aislando a los enfermos, pero el gran problema en los países donde es más prevalente, los

que has citado, Sierra Leona, Liberia y Guinea, son países muy, muy pobres, donde la infraestructura está cada vez más destrozada, especialmente en lo que se refiere a los sistemas sanitarios, y el virus está presente ya en zonas urbanas donde se da un estrecho contacto entre humanos, por eso es muy difícil de contener y controlar, sobre todo cuando aparece en zonas superpobladas y muy pobres y con muy escaso saneamiento.

-TA: La comunidad sanitaria internacional, por decirlo de alguna manera, la OMS, ¿no reaccionó muy lentamente respecto a lo podría haber hecho en las primeras fases de la enfermedad?

-AP: Bien, supongo que la OMS confiaba en que iba a contenerla con bastante facilidad, al igual que en el anterior gran brote en la década de 1970. ¿Sucedió quizá que no pensaron en el hecho de que esos países en los que está brotando se hallan realmente entre los países más pobres de entre los pobres? Liberia y Sierra Leona han pasado cada uno por largos períodos de guerra civil, han tenido conflictos

con refugiados desplazados, el PIB y la economía han quedado muy desahogados y lo que hemos visto en todos esos países es un vaciamiento de todo tipo de servicios públicos y especialmente de sistemas sanitarios. Por todo ello es muy, muy difícil contenerlo, pero a lo que tenemos que enfrentarnos sobre todo es a problemas muy reales de pobreza. Supongo que confiaban en contener fácilmente la enfermedad pero se trata de un virus que tiene una tasa de mortalidad muy alta, se dice que hay un 55% de probabilidades de morir si se contrae. Esto es muy grave pero uno de los grandes problemas es que el mundo occidental, sobre todo el gobierno de EEUU, está respondiendo con soluciones de armas y balas mágicas muy vistas ya: el anuncio de Obama de que va a enviar 3.000 soldados y el anuncio paralelo de que van a centrarse en la producción rápida de la vacuna. Y esto supone la total eliminación del importante factor estructural y social de la sanidad pública, y los principios de toda la salud pública se hallan en soluciones muy sencillas y básicas. Se trata de disponer de agua potable, saneamiento, buena nutrición, es decir, que hay que luchar contra los males de la pobreza. Y, por encima de todo, se necesitan sistemas sanitarios competentes que dispongan de doctores y enfermeras bien formados e instalaciones donde puedas aislar a la gente y puedas también hacer lo que se denomina "rastreo de contactos": volver a la comunidad para averiguar con quien han estado en contacto las personas afectadas para que puedas entonces ponerlas en cuarentena y aislarlas hasta estar seguros de que realmente no se han contagiado de la enfer-

medad ni la han transmitido durante el período de incubación. Y todas esas posibilidades han desaparecido. Eso es lo que esos países están viviendo al haber sufrido una erosión y colapso totales de sus sistemas de atención sanitaria y esa es la tragedia. Por tanto, la población cuenta con poquísimos doctores y enfermeras. Sencillamente, no dan abasto, y desde luego las instalaciones públicas que hay están atestadas, están en una situación horrible, carecen completa y totalmente de personal. Por tanto, el problema de una epidemia va a machacarlos, es el Ébola, pero podría haber sido cólera o cualquier otra enfermedad. Y va a golpearlos con toda fuerza. Esto era completamente previsible y lleva siendo previsible desde hace más de veinte años y es de lo que han venido hablando el lobby a favor de la sanidad pública y los defensores de lo público. La solución a esta epidemia no son balas mágicas de vacunas y no está en enviar tropas. Es un problema estructural, social, económico, medioambiental y se resuelve poniendo en marcha medidas de salud pública en todos los sectores.

-TA: Pero, según vemos, todo el sistema capitalista mundial está en contra de los servicios públicos de salud, está a favor de soluciones privatizadas, de instalaciones privatizadas, lo que significa que en la mayoría de los países, y cada vez más, se dispone de dos o tres sistemas de niveles: tienes buenos hospitales de calidad para los ricos y la gente que puede permitírselos, tienes un segundo nivel para la mayor parte de la clase media, que también tienen que pagar pero no demasiado y sus instalaciones no son

tan buenas, y después tienes los hospitales públicos, no sólo en África sino en países como la India y Pakistán y Sri Lanka, que son una desgracia total pero no se hace nada al respecto a nivel global porque no se considera una prioridad. Es un escándalo. Teniendo en cuenta que así es como funciona el sistema sanitario del que hablabas, la solución obvia a medio y largo plazo es crear una fuerte infraestructura social en esos países, pero es ahí precisamente donde el Fondo Monetario Internacional les lleva exigiendo que no inviertan dinero desde hace cuatro décadas, así pues, ¿qué crees que pueden hacer?

-AP: Bien, creo que estás planteando dos temas importantes: cuál es el papel del FMI, del Banco Mundial, del Banco Africano de Desarrollo, porque si miramos de nuevo a Liberia, Sierra Leona y Guinea, que en realidad tienen muchísimos recursos naturales, lo que está sucediendo con estos países respecto a su economía, es que las tierras se están privatizando cada vez más y están siendo ocupadas por inversores extranjeros que están entrando y saqueando sus recursos y activos. Liberia tiene un PIB de un par de miles de millones de dólares y una población de cinco o seis millones, por tanto, cómo van a reconstruir el país cuando en realidad sólo cuentan con altos ejecutivos extranjeros, compañías público-privadas y grandes flujos de dinero que se van fuera y no tienes ningún mecanismo de redistribución porque la redistribución implica intentar construir un sociedad más justa y tratar de recuperar los recursos.

Por tanto, eso empieza por la economía, empieza con lo que está sucediendo con la tierra, empieza con el hecho de que el aceite de palma, el coco y el caucho son cultivos comerciales importantes y hay tierra, pero su propiedad se ha transferido; y esto lo han documentado muy bien organizaciones importantes como Global Witness, pero también la Fundación Oakland en EEUU, que han levantado acta de lo que está sucediendo con la tierra y recuerdan que muchos de los campesinos, por ejemplo en Liberia, constituyen el 70% de la población y viven en zonas rurales. Van a ser agricultores de subsistencia, ese es un gran problema, y cuando tienes a la población gastando el 80% del dinero en comida y vas y pones todos esos cercos a su alrededor, desde luego que tienen un problema muy real, porque la pobreza va realmente a acelerarse aún más en esos países a causa del virus del Ébola, porque se están cerrando las fronteras y porque ya no cuentas con flujos económicos. Por eso pienso que necesitamos empezar por la economía porque esa es la causa de los problemas estructurales. Luego tenemos el papel que juega la Organización Mundial de la Salud, que es la autoridad internacional mundial en materia sanitaria. Tiene poderes para elaborar leyes pero desde hace más de veinte años se le viene privando sistemáticamente de fondos y esa financiación está vinculada a todo tipo de condiciones. Y esas condiciones las están fijando las grandes ONG mundiales, como la Fundación de Bill & Melinda Gates, que no tienen base democrática, no rinden cuentas y además están haciendo un daño incalculable a través de sus programas

verticales de atención a las enfermedades, porque no están enraizados en la sanidad pública y en los sistemas de sanidad pública. Y un buen ejemplo de programa vertical de atención a las enfermedades es cuando coges el Ébola y montas tu operación para hacerle frente ignorando todas las otras causas de la enfermedad, como también sucede en el caso de la malaria, que son la pobreza y malnutrición y, al mismo tiempo, centras todos los esfuerzos en la industria del desarrollo de vacunas.

De verdad que lo que esos países necesitan no son vacunas, sino medidas adecuadas de redistribución y sanidad pública. No aprendemos nada de la historia, eso es lo realmente desesperante. Todas las grandes reformas, todo el gran colapso de epidemias de enfermedades infecciosas no se redujeron con medicinas y vacunas, sino con medidas redistributivas, que incluyen saneamiento, nutrición, vivienda digna y, sobre todo, una verdadera democratización. Y con eso llega la educación y todo el resto de medidas que necesitamos. Ahora bien, no estoy diciendo que no necesitemos vacunas, pero uno de los grandes problemas es que esos desarrollos de vacunas están ahora en manos de grandes fundaciones muy poderosas, de ONG, como GAVI (siglas en inglés de Alianza Global para la Iniciativas de Vacunas), que junto con grandes firmas como GSK y Merck, están dispuestas a imponer patentes y la razón por la que les gustan las vacunas... es porque las vacunas significan inmunización masiva, lo que implica grandes cifras y esos cifras entrañan dinero. Y sí, el dinero lo están poniendo los go-

biernos occidentales y occidente, pero ese dinero podría fluir mucho más fácilmente hacia los mismos gobiernos africanos para que reconstruyeran sus sistemas sanitarios, porque se trata de reconstruir la infraestructura de la sanidad pública y eso incluye introducir atención sanitaria primaria en la comunidad, sistemas comunitarios de sanidad, unidades de control de las infecciones a nivel comunitario, construir hospitales y formar a enfermeras y doctores. Y el otro gran problema en todos estos países es el de la fuga de cerebros, porque hay allí pocos doctores y enfermeras y muchos de los que hay quieren marcharse, y eso es lo que está sucediendo también en Nigeria, que quieren trabajar en el sector privado o que quieren trabajar para esas ONG porque ganan mucho más dinero, y así es como va vaciándose completamente todo el sistema de la sanidad pública.

Esta situación representa un gran problema porque la Fundación Gates, Bill & Melinda Gates, no creen en el sector público, no creen en un sistema democrático, de propiedad pública, al que se le puedan exigir cuentas públicamente.



-TA: ¿Ha dejado la OMS de hacer realmente lo que debía debido a las políticas gubernamentales y a las prioridades del consenso de Washington, i.e., neoliberalismo, privatización de la medicina, incapacidad para controlar a las grandes firmas farmacéuticas, en el sentido de que no puede hacer lo que hay que hacer, como apuntalar, fortalecer, construir si fuera necesario en algunos de esos países sistemas de salud pública?

-AP: Bien, hay un informe muy importante publicado recientemente en el *British Medical Journal*, creo que de David Legg, que establece realmente qué es lo que pasó en la OMS durante las dos décadas en que EEUU se negó a financiar lo que le correspondía, y te encuentras con que cuando los gobiernos occidentales y EEUU entran en acción, imponen sus condiciones, que giran habitualmente alrededor de las prioridades de Bill & Melinda Gates y no alrededor de las prioridades esenciales de la sanidad pública, y la OMS se encuentra con las manos atadas. Y es realmente la OMS la que tiene poder para hacer leyes, y sin embargo nunca ha ejercido esas funciones de las que hablamos. Respecto de los déficits democráticos que se producen, en el momento en que las grandes financiaciones globales, como el Fondo Gates o el Fondo Buffet, determinan de hecho cuáles son las prioridades mundiales, desvinculándolas de la sanidad pública porque las vinculan a lo económico, necesitan industrializar, necesitan medicalizar y necesitan farmaceutizar. Hay en ciertos un gran contragolpe, una gran reacción en el mundo occidental; hay ahora mucho más pensamiento crítico

co respecto a la ética y la seguridad e idoneidad de los medicamentos y las vacunas, y este grupo está empezando a estar cada vez más articulado y cada vez más y más implicado. Pero uno de los grandes problemas es que debido a la enorme cantidad de dinero que tiene el Fondo de Bill & Melinda Gates, el personal técnico, como yo misma, las tribus de la sanidad pública, se sienten atrapados, porque sus posibilidades de conseguir trabajo o de investigar están vinculadas a los intereses del Fondo Global. Y así sucede que el pensamiento crítico se va vaciando. Pero al mismo tiempo tenemos las funciones esenciales que cubre la sanidad pública, porque la sanidad pública está ahí, como diría Ibsen en "Un enemigo del pueblo". Tenemos que ser realmente críticos para poder evaluar y pensar de forma racional y para recordarle a todo el mundo cuáles son los determinantes sociales de la salud. No es tan complicado. No se necesitan pociones mágicas ni gastar millones de dólares en genética y laboratorios, se necesitan cosas muy, muy básicas, pero que son esenciales porque son de las que dependen las infraestructuras de la salud pública.

-TA: Contrasta con lo que está pasando en la mayor parte del mundo, la situación de un país diminuto como Cuba, que ha conseguido levantar un sistema de salud pública a partir de muchos de los factores que estás defendiendo. Está muy centrado en la medicina preventiva, que impide que una enfermedad se propague, y tiene uno de los mejores historiales de salud pública para los ciudadanos cubanos, y también ha ayudado a Venezuela, a los ciudadanos venezolanos y a otros

ciudadanos sudamericanos, que están ahora en mejores condiciones que muchos pueblos, por ejemplo, de la Europa del Este, donde se ha llevado a cabo una gran privatización; y no digamos ya en África y grandes zonas de Asia. ¿Has estudiado ese sistema?

-AP: Sí, pienso que el sistema cubano es muy alentador y cualquiera que haya estado en Cuba no ha podido sino sentir los beneficios de la sanidad pública. Quiero decir que es un país que realmente conoce el significado de la austeridad y su PIB es equivalente al de muchos de estos países pobres, pero no tienen esas desigualdades extraordinarias porque su visión de la medicina y las campañas que han llevado a cabo han incentivado la sanidad pública y la sanidad para todos. Por tanto, lo han hecho extraordinariamente bien, muy, muy bien. El problema real se produce ahora como consecuencia de las políticas neoliberales y de la necesidad de conseguir los productos, las medicinas, en el mercado; es un momento muy importante para que Cuba piense en ello. Tienen que recordar continuamente cuál es su PIB y lo que han conseguido con él si se comparan con algunos de los países más pobres del mundo, como Sierra Leona y Liberia, especialmente Liberia.

-TA: El otro aspecto, desde luego, es que los cubanos han enviado un buen número de sus doctores a zonas de África, Sudamérica, a cualquier lugar donde se hubiera producido un desastre. Recuerdo en las terribles inundaciones en Pakistán, realmente horribles, a todo un equipo de doctores cubanos que llegaron y les llevaron

hasta las zonas más remotas del país donde los hombres no permitían que a sus mujeres las vieran doctores porque la mayoría eran hombres. Y cuando vieron el equipo cubano, en el que había un 60% de doctoras y un 40% de doctores, los hombres de esas comunidades dijeron: “Ah, tenéis doctoras, ¿sois doctoras?”, y ellas contestaron “sí, sí”, entonces les dijeron “OK, podéis ver a las mujeres allá donde vayáis”. Fue algo sorprendente y las mujeres estaban encantadas y lo mismo sus niños, y una doctora cubana me contó que les dijeron: “¿De dónde venís?”, y ella contestó “Venimos de Cuba”. “¿Dónde está eso?”, “Es una isla diminuta del Caribe”. Y le preguntaron, “¿quié es vuestro líder, qué gobierno tenéis?”. Fueron muy cuidadosas porque estaban en una misión médica, pero les dijeron: “¿Queréis ver una foto de Fidel Castro, que es nuestro líder?”, y le dijeron que sí. Y les mostró una foto de Castro y las mujeres dijeron: “Dios mío, tiene barba, como los que hay a veinte kilómetros de aquí, ¿quieres ir a ver a esos barbudos?”. [Risas]. Pero estaban muy impresionadas y todos los medios de Pakistán se referían a lo que habían hecho, los cubanos dijeron “no queremos ayuda del gobierno, hemos venido con nuestras tiendas, nuestro equipamiento, todo lo que queremos son recipientes para hervir el agua y del resto ya nos ocupamos nosotros; traemos medicinas con nosotros”.

Y la otra cuestión es que, a diferencia de los servicios sanitarios construidos en Europa Occidental tras la II Guerra Mundial, incluido el Servicio Nacional de Salud [Reino Unido], los gobiernos de esos países nunca establecieron

industrias farmacéuticas para complementar esos servicios sanitarios. Ni siquiera consideraron seriamente la posibilidad de nacionalizarlos, porque eso habría hecho bajar los precios de las medicinas y no poder cobrar por las recetas. Vamos un momento a abordar un tema que conoces muy bien: el servicio de salud en Gran Bretaña y los países de la Unión Europea, Allyson, ¿qué está sucediendo? Una cosa es hablar de África, pero, ¿qué está sucediendo con los servicios sanitarios en Europa?

-AP: Lo que está sucediendo ahora en Europa, por lo que muchos estamos preocupados, es que se están importando las políticas neoliberales que vienen de EEUU, todo lo referente a la industria de la atención sanitaria en EEUU, que ha agotado los fondos del país porque la sanidad alcanza el 18% del PIB, comparada con el 9% o 10% de la media en Europa, por lo que los inversores de la sanidad necesitan encontrar nuevos mercados y están muy ocupados tratando de penetrar y abrir los sistemas de atención sanitaria en Europa. Y desde luego, para ellos, el mayor trofeo es el Servicio Nacional de Sanidad (NHS, por sus siglas en inglés) del Reino Unido porque durante mucho tiempo fue el más socializado de todos los sistemas de atención sanitaria. Ha habido descentralización; Escocia, Gales e Inglaterra tienen sus propios servicios y Escocia y Gales, que son territorios muy pequeños, no cubren más que a 8 ó 9 millones de personas, han conservado un servicio nacional de sanidad, pero Inglaterra –y mucha gente no es consciente de ello– abolió sus servicio nacional de sanidad en 2012 con el Acta de Atención

Sanitaria y Social. Lo que queda del NHS es un flujo de fondos, se ha visto reducido a un logo y lo que el gobierno está haciendo ahora es acelerar la desaparición de lo que queda del servicio nacional bajo propiedad pública, y para ello está cerrando hospitales, cerrando servicios y privatizando o subcontratándolo todo. Por tanto, del mismo modo que estamos viendo que en Liberia y Guinea las tierras públicas, los recintos, están transfiriéndose a propietarios privados extranjeros, lo mismo está sucediendo con nuestros servicios públicos, con nuestros hospitales públicos, con nuestras instalaciones públicas. Se están cerrando y entregando a inversores privados que sólo buscan el lucro y todo esto está sucediendo a una extraordinaria velocidad en Inglaterra. Mucho más rápidamente que en cualquier otro lugar de Europa, respondiendo a un gran proyecto neoliberal global.

-TA: Para privatizar la sanidad.

-AP: Sí, para privatizar no sólo el sistema sanitario sino también, en última instancia, la financiación. Ahora, en EEUU, alrededor de esa mitad del 18% del PIB la está pagando el gobierno, el gobierno es en efecto un contribuyente y después canaliza el dinero hacia las corporaciones privadas con ánimo de lucro. El gobierno en Inglaterra abolió el acta de sanidad y asistencia social porque quería abrir nuevos flujos de financiación. Pero eso reduce el nivel de los servicios públicos disponibles, creando un clima de descontento respecto al NHS, obligando a la gente de las clases medias, como tú y como yo, Ali, a ir por lo privado y pagar de nuestro bolsillo, o hacerte

un seguro sanitario, y así es como vamos desertando, abandonando lo que queda y, al mismo tiempo, el gobierno está reduciendo todos nuestros derechos porque ya no tienen la obligación de proporcionar una sanidad universal. Ese deber estuvo en vigor desde 1948 y se abolió en 2012. Es decir, el gobierno reduce todos nuestros derechos, reduce todo de lo que disponíamos y cada vez más tendremos que acudir, como te comentaba, a pagar por nuestra cuenta o a hacernos un seguro privado. Y la industria de los seguros sanitarios privados con ánimo de lucro está aquí, está en EEUU y está impulsando las nuevas estructuras que el gobierno ha puesto en marcha para dejarnos en sus manos manos de los seguros sanitarios privados; eso es lo que estamos viendo.

Ese nuevo sistema que está poniendo en marcha el gobierno sigue el modelo de EEUU y va a suponernos una pérdida inmensa y será también una catástrofe para la sanidad pública porque va a implicar que muchos, muchos millones de personas se irán quedando sin atención; por supuesto que los mercados hacen que la gente se vuelva invisible, que no se la vea. El doctor que está frente a ti sólo ve el paciente que le llega; no ve las muchas decenas de miles a los que se niega el acceso a la sanidad, y esa es la razón de que en EEUU los doctores no estén en la calle haciendo campaña. Pero en el Reino Unido, los doctores sí están en la calle protestando, están ahora a favor del Partido de la Alianza por la Sanidad Nacional, están poniendo a sus candidatos frente a los partidos convencionales. Y puedes ver que los doctores están listos para luchar por la sanidad pública

universal; una vez que nuestro NHS ha desaparecido completamente, que ha sido abolido, que todo lo que quedaba se ha liquidado. Tienes que utilizar el paralelo del roble, que parece estar brotando y floreciendo pero que le han cortado las raíces y le puede llevar muchos meses o años hasta entrar en decadencia total. Pero una vez desaparecido, los doctores ya no estarán ahí. Serán como los médicos de EEUU, que sólo están interesados en ellos mismos, interesados en sus propios bolsillos y ajenos al acceso universal a la sanidad. Y éste es el crimen del siglo, la forma en que la coalición inglesa, tanto conservadores como demócratas liberales, ha abolido realmente nuestro NHS, pero en el camino han contado con la enorme ayuda del gobierno laborista que estuvo antes que ellos.

-TA: ¿Sentó las bases el laborismo de toda esa situación cuando estaba en el poder?

-AP: Absolutamente. Alan Milburn, el Secretario de Sanidad llevó a cabo la operación en el 2000. En 1997, el gobierno laborista tuvo ocasión para revertir las políticas de privatización y mercantilización, de librarse de la iniciativa de financiación privada y tuvieron un muy buen Secretario de Estado que estaba decidido a llevarlo a cabo...

-TA: ¿Frank Dobson?

-AP: Frank Dobson. Pero se deshicieron de él a toda prisa y en su lugar nos colocaron a Alan Milburn y su plan de diez años. Ahora ha entrado a trabajar en las mismas compañías que ayudó

a crear. Pienso que es una tragedia, como cuando se aprobó el proyecto de ley en el parlamento para abolir el NHS, muchos de los pares y muchos de los parlamentarios tenían conflictos de intereses porque realmente tenían intereses en las empresas sanitarias que estaban estableciéndose.

-TA: Es realmente indignante. Y Milburn es uno de ellos.

-AP: Sí, es una parodia de democracia, lo es realmente. Y como doctora de la sanidad pública sostengo que es una catástrofe absoluta porque en estos momentos sabemos que personas de todas las edades, con enfermedades mentales graves, no pueden acceder a la atención sanitaria, personas con derrames cerebrales, con enfermedades crónicas, se les niega el acceso a la sanidad y son voces que claman en el desierto, a las que nadie escucha. Nadie las escucha porque no hay mecanismos colectivos para que se les pueda ya escuchar. Y los médicos y enfermeras están totalmente desesperados. Pero tenemos la solución; mis colegas han elaborado un proyecto de ley para restaurar el NHS y esperamos que lo restaure cualquiera que sea el partido que llegue al poder; por tanto, la solución está ahí, está ya redactada y preparada, para restaurar y restablecer el NHS.

-TA: ¿Es legítimo conseguir beneficios inmensos a costa de las necesidades básicas de la gente común y corriente?

-AP: Eso es lo que está ocurriendo, se consiguen beneficios a costa de las enfermedades de las personas.

La historia empezó con la industria farmacéutica y con la producción de vacunas, era perfectamente aceptable conseguir beneficios de ahí. Por lo tanto pensaron ¿por qué no seguimos adelante y conseguimos beneficios de las enfermedades y la atención sanitaria? Por supuesto que el NHS se estableció en Inglaterra para ser redistributivo. Se financiaba con los impuestos, era progresista, lo que significaba que el dinero fluía de acuerdo con las necesidades. Pero lo que estamos viendo ahora es que el dinero fluye de acuerdo con las necesidades de los accionistas y no de los pacientes, y eso es como para preocuparse muchísimo. Desde luego, todo depende de la voluntad política. Todo puede revertirse pero depende de la política, de la democracia y de que el pueblo haga que su voz se escuche.

-TA: Estoy de acuerdo.

Allyson Pollock es profesora de Política e Investigación de la Salud Pública en la Universidad Queen Mary de Londres.

Tariq Ali, escritor y director de cine pakistání. Escribe para The Guardian, Counterpunch, London Review of Books, Monthly Review, Z Magazine. Y es, además, editor y colaborador de la revista New Left Review y de Sin Permiso, y asesor del canal de televisión sudamericano Telesur. Su último libro, publicado por Verso, es The Obama Syndrome: Surrender at Home, War Abroad.

Fuente: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=190721>. Traducido del inglés para Rebelión por Sinfo Fernández. <http://www.counterpunch.org/2014/10/10/the-origins-of-the-ebola-crisis/>

EL ÉBOLA DISPARA EL PRECIO DE LOS ALIMENTOS

El número de personas que sufren inseguridad alimentaria debido a la epidemia de ébola en Guinea, Liberia y Sierra Leona podría sobrepasar el millón para marzo de 2015, a menos que mejore drásticamente el acceso a los alimentos y se establezcan medidas para proteger la producción agropecuaria.

El cierre de fronteras, las cuarentenas, las prohibiciones de caza y otras restricciones están obstaculizando seriamente el acceso de la población a los alimentos, lo que pone en peligro sus medios de subsistencia, trastorna los mercados de alimentos y las cadenas de procesamiento y agrava la escasez derivada de las pérdidas agrícolas en las zonas con mayores índices de infección del virus del ébola.

Según el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas (PAM), el devastador efecto del ébola en Guinea, Sierra Leona y Liberia ha paralizado la producción de comida y disparado los precios de los alimentos un 24 por ciento, lo que ha obligado a muchas familias a limitarse a comer una vez al día. La subida obedece a dos motivos fundamentales: la aparición del virus en importantes zonas agrícolas como Kenema y Kailahun en Sierra Leona, Lofa y Bong en Liberia y Gueckedou en Guinea, donde han fallecido cien-

tos de granjeros, y a las cuarentenas ordenadas por los respectivos gobiernos que han paralizado los mercados, generando escasez y motivando compras por pánico. Particularmente acuciante ha sido el caso de Monrovia, la capital de Liberia, donde el arroz importado es, desde hace unas semanas, un 30 por ciento más caro.

Además, resulta especialmente dañino que el incremento de precios derive de la paralización del inicio de la cadena de producción. Una encuesta adicional del PAM, realizada precisamente en las localidades sierraleonesas de Kailahun y Kenema (en el este del país), revela que algunas familias de la zona "sólo comen una vez al día" y que, en general, la gente esté comiendo alimentos de peor calidad.



EL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL Y LA CRISIS DEL ÉBOLA

Revista Viento Sur

<http://vientosur.info/spip.php?article9722>

En los últimos meses, el Fondo Monetario Internacional (FMI) anunció un fondo de 430 millones de dólares para luchar contra el ébola en Sierra Leona, Guinea y Liberia. Al hacer disponibles estos fondos, el FMI trata de convertirse en parte de la solución de la crisis, incluso si esto implica un cambio en sus planteamientos habituales. Como dijo la directora del FMI, Christine Lagarde, en una reunión sobre el brote, "Es bueno aumentar el déficit fiscal, cuando se trata de una cuestión como la de curar a la gente, de tomar las precauciones necesarias para tratar de contener la enfermedad de forma efectiva". El FMI no dice cosas así con frecuencia.

Sin embargo, ¿podría ser que el FMI haya contribuido antes a las circunstancias que permitieron el inicio de la crisis? Una razón importante por la que el brote se extendió tan rápidamente fue la debilidad de los sistemas de salud en la región. Se pueden aducir muchas razones para ello, incluyendo

el legado de conflicto y el fracaso del estado. Desde 1990, el FMI ha estado prestando apoyo a Guinea, Liberia y Sierra Leona, durante 21, 7 y 19 años, respectivamente, y en el momento en que surgió el ébola, los tres países estaban bajo los programas del FMI. Sin embargo, los préstamos del FMI vienen con condiciones, las llamadas "condicionalidades" -que exigen que los gobiernos receptores adopten políticas que han sido criticadas por dar prioridad a objetivos económicos a corto plazo por encima de la inversión en salud y educación. De hecho, ni siquiera está claro que hayan fortalecido los resultados económicos.

En este artículo revisamos las políticas preconizadas por el FMI antes del inicio del brote, y examinamos su efecto en los tres sistemas de salud. La información fue extraída de los archivos del FMI correspondientes a los años 1990-2014 sobre los préstamos acordados.

En primer lugar, los programas de reforma económica del FMI han requerido reducciones en el gasto público, la priorización del servicio de la deuda, y el refuerzo de las reservas de divisas. Estas políticas han sido, con frecuencia, extremadamente estrictas, atrayendo fondos que podrían haberse destinado a satisfacer acuciantes problemas de salud. Aunque el FMI ha respondido a los recelos acerca de sus programas mediante la incorporación de “gastos para la disminución de la pobreza” para impulsar el gasto en salud, a menudo estas condiciones no se han cumplido. Así, en 2013, justo antes del brote, mientras que los tres países cumplieron las prescripciones de política macroeconómica del FMI, no cumplieron con los objetivos de inversión social. En un escrito al FMI, las autoridades de Guinea señalaron que “por desgracia, debido a la reducción del gasto, incluyendo la inversión interna, no fue posible respetar los objetivos sugeridos para el gasto en sectores prioritarios”. Del mismo modo, el gobierno de Sierra Leona informó que los objetivos de gasto prioritarios (incluida la salud) no se alcanzaron debido a la baja financiación de la inversión interna.

Los datos son número de objetivos (gasto presupuestado, spending floors). Estos gastos presupuestados se establecieron para “gastos prioritarios”, entre los que se incluyen los de salud, educación y otros sectores sociales.

En segundo lugar, para mantener bajo el gasto público, el FMI requiere, a menudo, topes en los salarios del sector público y, por lo tanto, para los fondos

destinados a contratar o remunerar adecuadamente al personal médico, de enfermería y otros profesionales de la salud. Dichos límites se “fijan a menudo sin tener en cuenta el impacto sobre el gasto en áreas prioritarias”, y se han relacionado con la emigración de estos profesionales sanitarios. En Sierra Leona, por ejemplo, las políticas exigidas por el FMI buscan explícitamente la reducción del empleo en el sector público. Entre 1995 y 1996, el FMI requirió la disminución del 28% de los empleados del gobierno y la limitación en el gasto salarial continuó durante la década del 2000. En 2004, el país gastó aproximadamente el 1,2% del PIB menos en los salarios de la función pública que la media del África subsahariana. Al mismo tiempo, las cifras facilitadas a la OMS informaron de una reducción de los trabajadores comunitarios de salud, que pasaron de 0,11 por cada 1000 habitantes en 2004 a 0,02 en 2008. En 2010, cuando el país lanzó su Iniciativa de Atención Sanitaria Gratuita, los funcionarios del FMI “subrayaron la necesidad de evaluar cuidadosamente las implicaciones fiscales” y propusieron “un enfoque más gradual al [asociado] aumento salarial en el sector de la salud”.

En tercer lugar, el FMI ha defendido durante mucho tiempo la descentralización de los sistemas sanitarios. La idea es hacer que la atención responda a las necesidades locales. Sin embargo, en la práctica, este enfoque puede hacer que sea difícil movilizar respuestas coordinadas, centrales, para las situaciones de crisis. En Guinea, desde la década de 2000, el FMI promovió la descentralización fiscal

y administrativa. Siguiendo las recomendaciones del FMI, el país transfirió responsabilidades presupuestarias del gobierno central al nivel de prefectura. Sólo 5 años más tarde, una misión del FMI al país informó “problemas de gobernanza” que incluían una “insuficiente e inefectiva descentralización”. Al mismo tiempo, el personal del FMI señaló que la calidad de la prestación de los servicios de salud se había deteriorado.

Todos estos efectos son acumulativos, lo que contribuye a la falta de preparación de los sistemas de salud para hacer frente a los brotes de enfermedades infecciosas y otras emergencias. La ampliamente proclamada preocupación del FMI sobre los temas sociales ha tenido escaso efecto sobre los sistemas de salud en los países con bajos niveles de ingresos. Aunque el

comentario de Lagarde de dar prioridad a la salud pública en lugar de a la disciplina fiscal es bienvenido, su predecesores ya habían hecho comentarios parecidos. ¿Será diferente el resultado en esta ocasión? El brote de ébola ha puesto a prueba a muchas instituciones globales y se han de aprender las lecciones. Muchas de estas lecciones se refieren a la detección y el control del brote, pero sería lamentable que se pasaran por alto las causas subyacentes. En una oportuna intervención, la Comisión de The Lancet sobre la inversión en Salud pidió aumentos en el gasto en salud pública y atención a la contratación y formación de los trabajadores de la salud. La experiencia del ébola añade mayor urgencia a la aplicación de sus recomendaciones.

Traducción: VIENTO SUR

APUNTES PARA UN EPÍLOGO

Nuestro Documento del Ocote Encendido llega hasta aquí. Pero quedan un sinfín de destacadísimas cuestiones con las que se puede elaborar una segunda parte, a la que **os invitamos a participar** (así como de otros temas que nos queráis sugerir). Quienes se animen, pueden **enviar sus textos**

(tienen que ser trabajos **no publicados** -por tanto originales-, de una **extensión máxima de 5 A-4 a doble espacio**) al e-mail de la publicación: **publicaciones@comitesromero.org** (por favor, no reenviéis esta dirección en listas de correo personales; emplead siempre la "Copia Oculta").

Esperamos que os haya resultado interesante y útil este documento, igual que a nosotros. Por eso hemos pensado que no podíamos guardarlo en el archivo.

En los Documentos del Ocote Encendido esperamos que podáis encontrar los análisis y reflexiones más interesantes de/sobre America Latina que pasan por nuestras manos, y también de otras partes del mundo, en formato de cuadernillo de unas 30-40 páginas, con una periodicidad prevista de 4 números al año.

Si te interesa recibir los "Documentos del Ocote Encendido", rellena y envíanos este boletín al Comité Cristiano de Solidaridad Oscar Romero de Aragón (c/ José Paricio Frontiñan s/n - 50.004 - Zaragoza)

Nombre y apellidos:.....

Dirección: C/..... **nº**.....

C.P:..... **Población:**.....

Teléfono:..... **E-mail:**.....

Si te parece que estos Documentos merecen la pena, puedes colaborar con nosotros:

- Con una **aportación económica** haciendo un ingreso en nuestra cuenta en Caja España: Comité Oscar Romero de Aragón - ES3120964115923005273802 indicando tu nombre y el concepto "Ocote Encendido "

- Multiplicando los textos publicados entre tus amigos, compañeros, conocidos... **tejiendo con nosotros una red de información y concientización.**