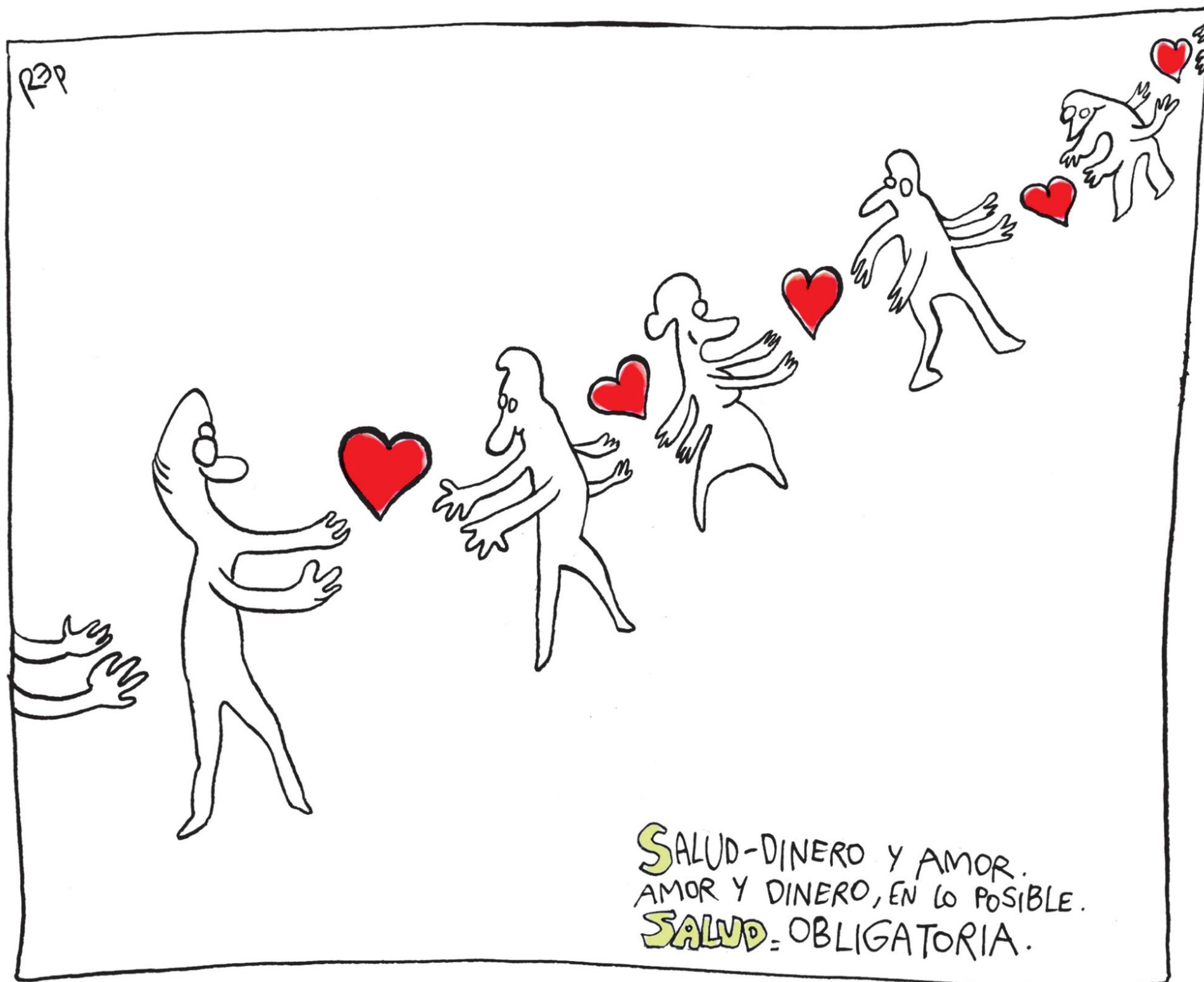


¿Cómo enfrentar la pobreza y la desigualdad?

BIBLIOTECA BERNARDO KLIKSBERG

VI Salud pública, el tema postergado



Suplemento especial de **Página12**

Colección declarada por unanimidad de "Interés económico y cultural de la ciudad" por el Poder Legislativo de la Ciudad de Buenos Aires.

Después de revisar en los números anteriores “Los escándalos éticos” (I), “¿Por qué la crisis económica mundial?” (II), “¿Qué pasa con los jóvenes?” (III), “El debate sobre la seguridad ciudadana” (IV), y “Mitos y racionalizaciones sobre la pobreza y la inequidad” (V), el autor reflexiona sobre la salud en el mundo. Kliksberg fue designado por la Organización Mundial de la Salud miembro del Comité de Alto Nivel que planificó el Congreso Mundial de Determinantes Sociales de la Salud (19/21 de octubre de 2011), al que asistieron 1200 representantes de 135 países, y fue uno de los expositores centrales del Congreso.

1 Especulando con los alimentos

El Consejo de Paz y Justicia del Vaticano declaró (24/10/11) ante los explosivos datos sociales: “Para funcionar correctamente, la economía necesita ética, y no de cualquier clase, sino centrada en las personas”.

Interpretándolo, Miller, profesor de Teología Católica (Dayton University), dice: “Está claro que el Vaticano está con los Ocupa Wall Street y otros, que luchan por el retorno de la ética y el buen gobierno a un sector financiero que ha crecido fuera de todo control después de 30 años de desregulación” (*The New York Times*, 25/10/11).

El 80 por ciento de la humanidad gana menos de diez dólares por día.

Con eso, más de uno de cada siete tiene hambre, no puede comprar los alimentos básicos que están subiendo de precio. Aumentaron en un 39% en un año. Los pobres del mundo dedican el 70% de sus ingresos a comprarlos.

¿Por qué aumentan? Inciden factores como los biocombustibles, el cambio climático, el aumento de la demanda de China e India, pero el más influyente, según *Der Spiegel* (4/9/11), es la especulación en los mercados financieros. En el último trimestre de 2010 se triplicó la inversión en materias primas agrícolas, en comparación con el anterior.

Para Olivier de Schutter, relator de la ONU sobre el derecho a la alimentación, dadas las dificultades en los mercados financieros, grandes inversores están operando en el mercado a futuro de alimentos. Un informe de la Unctad concluye que sus actividades “empujan los precios de las materias primas mucho más allá de los niveles que justificarían los datos fundamentales del mercado”.

Según la FAO, sólo el 2% de los contratos de futuro sobre materias primas terminan hoy en una operación real. El 98% se vende de antemano por especuladores que están interesados en ganancias rápidas.

Torero, del Ifpri, describe: “Los precios reales siguen los precios de los futuros. El supuesto futuro transforma el presente; a su vez las expectativas de mayores ganancias venideras animan al acaparamiento a quienes aún poseen mercancías reales, lo que a su vez vuelve a empujar al alza los precios. La entrada de las finanzas ha desequilibrado por completo el mercado

alimentario, tan predecible en otros tiempos”.

Goldman Sachs ganó en el 2009 más de 5000 millones de dólares especulando en materias primas. La tercera parte de sus beneficios netos.

2 La epidemia de obesidad

Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, de los 57 millones de muertes anuales, 36 son causadas principalmente por cuatro enfermedades: las cardiovasculares, la diabetes, las respiratorias y el cáncer. Entre sus razones centrales: las dietas no saludables, el tabaco, el alcohol y la falta de actividad

Se estima que en EE.UU. actualmente el 32% de los niños y adolescentes del país son obesos o tienen sobrepeso. Ello genera un fuerte aumento en la diabetes tipo 2, alta presión sanguínea y elevado colesterol. A pesar de los progresos en la medicina, estos niños pueden vivir menos años que sus mismos padres.

Uno de los factores de obesidad son las grasas ultrasaturadas. Están en productos que tienen aceites parcialmente hidrogenados, entre ellos muchos de los típicos fast foods, las papas fritas, diversos productos de panadería y pastelería. Tienen ventajas comerciales para los expendedores de comida rápida y los restaurantes, porque conservan mejor el producto y mejoran su apariencia. Destruyen el colesterol bueno y aumentan el malo. Yansky (presidente de la Asociación Cardiológica de EE.UU.) estima que un 2% de aumento en el consumo de estas grasas resulta con el tiempo en un 25% de incremento en la posibilidad de desarrollar una enfermedad coronaria. En América latina y el Caribe, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una reducción del 2 al 4% en su consumo prevendría entre 50.000 y 220.000 infartos anuales.

Es el negocio versus la salud pública. El Estado de California prohibió las grasas ultrasaturadas en sus 88.000 restaurantes. La Ciudad de Nueva York las prohibió asimismo en sus 20.000 restaurantes, y fijó que están obligados a mostrar a los inspectores los aceites que usan y las etiquetas del que compraron.

Michelle Obama se ha puesto al frente de una campaña nacional contra la obesidad infantil. El equipo de especialistas que convocó propuso:

- la industria alimentaria tiene que elaborar para los

niños productos con valor nutricional, no “comida basura”.

- los medios deberían enfatizar en sus programas productos saludables.
 - el gobierno debería incentivar el aumento de la producción de alimentos saludables.
 - el gobierno y las comunidades locales deberían difundir mensajes simples sobre nutrición, como: tome agua en lugar de bebidas con azúcar, coma más frutas, vegetales y granos integrales, elija productos lácteos sin grasas.
 - las escuelas deben asegurar recreos para que los chicos se movilicen y hagan ejercicios. El gobierno, las empresas y las fundaciones deberían aumentar el número de parques seguros y lugares para ejercicio, especialmente en los barrios pobres.
- En Francia, varios ministros propusieron aumentar los impuestos a las bebidas refrescantes para bajar su consumo, causando según refiere *The Financial Times* (19/9/11) “la ira de Coca-Cola” y otras. En algunos países europeos se incorporó la educación nutricional a la currícula escolar.

En los países escandinavos, se diseñaron “corredores de seguridad” para fomentar que los niños vayan a pie a la escuela.



El *Financial Times* (19/9/2011), pide editorialmente a las empresas que “deberían ser parte del combate a las enfermedades no transmisibles” contribuyendo con la reducción de sal, azúcar y grasas en sus productos y haciendo un marketing más responsable que no esté enfocado a los niños o aliente el sobreconsumo”.

En América latina, la obesidad ha crecido. En México, según la Secretaría de Salud, el 47% de la población infantil tiene sobrepeso y, de seguir con la tendencia en el 2015, todo el presupuesto de salud federal se destinaría a enfermedades de la obesidad.

La OPS ha convocado a las empresas alimentarias líderes a practicar la responsabilidad social empresarial y declarar la región, en algunos años, zona libre de grasas ultrasaturadas.

3 El negocio del tabaco

Hay en el mundo 1100 millones de fumadores, un tercio de toda la población de 15 años o más. 800 millones están en países en desarrollo. La reducción del consumo en los países más ricos ha llevado a las grandes empresas a intensificar su presión sobre los potenciales fumadores de los más pobres, especialmente mujeres y jóvenes.

El tabaco es la causa probable de cerca de 25 enfermedades. Entre ellas, el cáncer del pulmón como se sabe, pero también interviene en enfermedades del corazón, infarto, enfisema, tuberculosis, neumonía, hipertensión, arteriosclerosis y aneurisma aórtica.

Un año después de dejar de fumar el riesgo de enfermedad coronaria se reduce en 50% y en 15 años el riesgo relativo de morir por ella para un ex fumador es casi similar al de un no fumador.

Los bebés que están expuestos al humo durante los primeros 18 meses de vida tienen un aumento del 60% en el riesgo de tener bronquitis, neumonía y asma.

Cada año, el tabaco produce cinco millones de muertes, 14.000 por día. Se suma que un tercio de los adultos del mundo están expuestos a humo de segunda mano, son “fumadores pasivos”, y ello produce 600.000 muertes prematuras por año.

Para el 2020, el tabaco puede cobrar más víctimas que el sida, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de tránsito, los homicidios y suicidios combinados.

La OMS pide aumentar fuertemente la carga fiscal sobre la venta de cigarrillos. Un aumento del 10% de los precios puede hacer descender el consumo en 4%. Si fuera de 70%, evitaría un 25% de las muertes actuales por tabaco.

La OMS sancionó un convenio marco para el control del tabaco (2005). Establece prohibir la publicidad y el patrocinio de marcas de cigarrillos a cualquier tipo de actividad, impedir la interferencia de la industria en políticas de salud pública, prohibir el contacto de las tabacaleras con los jóvenes y establecer espacios públicos libres de humo.

Hacerlo realidad implica enfrentar intereses poderosos, y con una enorme capacidad de lobby.

Lo ejemplifica el caso de Herman Cain, la nueva estrella en la carrera por la candidatura republicana a la presidencia de EE.UU., que encabeza las preferencias del Tea Party. Según informa *The New York Times* (23/10/2011), entre 1996 y 1999 fue el gerente general de la Asociación Nacional de Restaurantes. Se alió estrechamente con las productoras de cigarrillos para impedir que se prohibiera fumar en los restaurantes. También atacó bajar los límites de alcohol en la sangre y el aumento del salario horario mínimo.

La alianza con la industria del tabaco fue total. La Asociación se metió en temas que no tenían nada que

ver con ella, como oponerse a la elevación del impuesto a los cigarrillos, y al uso de presupuestos federales para demandar a los fabricantes de cigarrillos por fraude. La R.J. Reynolds Tobacco Company fue la principal financiadora de la asociación. Su director de Asuntos Públicos, Meyne, fue nombrado en el Consejo Directivo de la Asociación de Restaurantes, y Cain en el Consejo Directivo de Nabisco, que se había fusionado con Reynolds. Meyne anota en un email interno que “la asociación ha hecho virtualmente todo lo que le hemos pedido, e incluso nos nombró en su Consejo Directivo”.

El último aviso televisivo de Cain en su actual campaña mostró al director de la misma fumando todo el tiempo del aviso. Cualquier coincidencia, es real.

Hay 150.000 muertes anuales en América latina por el cigarrillo. Es una región muy atractiva para los grandes monopolios. Si no se da la respuesta adecuada, se pronostica que en el 2020 las muertes serán 400.000.

Gran parte de los países de la región han firmado el Convenio Marco de la OMS; sin embargo, ella se queja de un marcado incumplimiento. Sólo una minoría ha prohibido efectivamente la publicidad del tabaco en radio y TV. En muchos se puede todavía fumar en hospitales y centros educativos. Uruguay ha sido reconocido por la OMS como primer país de las Américas y tercero del mundo en sancionar en el 2006 la prohibición de fumar en recintos cerrados y áreas laborales, sin excepciones. A iniciativa del gobierno nacional, Argentina dictó una ley de avanzada a nivel internacional, la Ley de Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco (promulgada el 13/6/2011).

4 Los determinantes sociales de la salud

La salud no depende sólo de los sistemas de salud. Es un producto final de una serie de determinantes sociales. Como lo resalta Mirta Roses, directora de la OPS (2010), son “agua potable, nutrición, educación, vivienda, empleo, seguridad”. Agrega: “Si tiene todo eso, un 70% de su salud está bien”.

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite razonar la producción de salud o de enfermedad como un tema complejo y amplio en el que múltiples factores externos a los sistemas de atención generan en estrecha interacción un resultado final.

El peso de los determinantes sociales hace que en una misma ciudad puede haber desniveles extremos. Así:

- En el área de Calton, en la ciudad de Glasgow, Escocia, la esperanza de vida es de 54 años. En cambio, en el área cercana de Lenzie, East Dunbartshire, es de 82 años.
- En el barrio marginal de Embakasi, en Nairobi,

mueren antes de cumplir cinco años de edad 254 de cada mil niños. En toda la ciudad de Nairobi el promedio es de 62.

● En el municipio de San Pedro Garza García, en la ciudad de Monterrey, en México, la mortalidad infantil era en el 2010 de 18,4. En esa misma ciudad en tres municipios vecinos la duplicaba, General Zaragoza, 37,9; Mier y Noriega, 37,5, y Rayones, 36.

Como lo hace notar Amartya Sen (2010):

“El ambiente epidemiológico en el que vive una persona puede tener un significativo impacto sobre la morbilidad y la mortalidad. El acceso a los servicios de salud y la naturaleza del seguro médico, tanto público como privado, son algunas de las influencias más importantes sobre la vida y la muerte. Igual ocurre con los otros servicios sociales, incluyendo la educación básica y el orden y disciplina de la vida urbana al igual que el acceso al conocimiento médico moderno”.

Sen lo demuestra en un trabajo pionero (ver Sen y Kliksberg, *Primero la gente*, 15ª edición, 2015).

Analiza las tasas de mortalidad por décadas en Inglaterra entre 1901 y 1960. Los momentos en que más bajaron fue en las décadas en las que se dieron la primera y la segunda guerras mundiales.

Muestra que la explicación de este sorprendente resultado está en políticas públicas muy activas derivadas del mismo esfuerzo bélico. Entre ellas, el mejoramiento de la prestación pública de servicios de salud y alimentación en esas décadas. Se redujo el consumo de alimentos per cápita pero aumentó el acceso a ellos, porque se compar-

tieron más equitativamente, a través de la intervención estatal, bajando la desnutrición.

Por otra parte, se estableció en Inglaterra en la década 1941-51 el Servicio Nacional de Salud.

A similares conclusiones llegan otras investigaciones. Así Bidani y Ravallion (1997), examinando 35 países en desarrollo, encuentran una correlación positiva entre gasto público en salud y esperanza de vida y reducción de la mortalidad

infantil. Grupta, Verhoeven y Tiongson (1999), probaron que el gasto en atención primaria está asociado con la baja de las tasas de mortalidad infantil.

Sulbrandt (2010) comprueba que los éxitos en salud pública de Costa Rica se basan, entre otros factores, en que el gasto público en salud ha representado en los últimos 30 años cerca de un 6% del producto interno bruto, más que la gran mayoría de los países de América latina. Según los datos de Cepal (2010), era en el 2009 del 6,6%. En Perú estaba en el 1%, Guatemala 1,4%, en Colombia 2,2%, en República Dominicana 2,4% y en México 3,1%.

Las indicaciones para políticas públicas activas en salud y una inversión importante también surgen de los desajustes que produce dejar el tema al mercado. Como lo señaló Musgrave (1996) sintetizando diversas investigaciones:

“Mientras que ninguna de las razones para la intervención del Estado es solamente para el sector de salud, ciertas fallas del mercado son peores aquí que en otras áreas de la economía”.

Los gobiernos no dan de por sí la debida priorización a asignar recursos para la salud. Una investigación en Harvard (Chunling Lu y otros, 2010), mostró que el crecimiento en el producto bruto per cápita en países de bajos ingresos no llevó a un aumento significativo en el gasto público en salud, entre 1995 y el 2006.

Una de las razones que explican estas actitudes es la asunción de la visión ortodoxa de que primero se deben volcar todos los esfuerzos al crecimiento, y luego de que se logre, vendrá el momento de dedicar fondos a salud y educación.

La amplia investigación realizada por la OMS con la conducción de Jeffrey Sachs (OMS, 2002) sobre las relaciones entre desarrollo y salud destruyó esta visión “piloto automático”.

La inversión sostenida en salud así como también en educación, fue un prerrequisito del desarrollo, en las economías más exitosas en décadas recientes y no un hecho posterior. Ella es una explicación central de su performance económica.

La investigación halló así que la mejora en la ingesta nutritiva en Inglaterra y Francia en los siglos 19 y 20 fue determinante en el ascenso de su productividad laboral y el aumento del producto bruto per cápita.

En Africa, al revés. La no inversión en temas fundamentales como la malaria, llevó a una pérdida en el producto bruto que se estima de 100.000 millones de dólares.

Según el estudio de la OMS, la inversión en salud produce una tasa de retorno sobre la inversión difícilmente igualable, 600%.

La incidencia decisiva de una inversión pública sostenida en salud puede observarse no sólo al nivel macro sino en experiencias sociales avanzadas como el Grameen Bank en Bangladesh.

El Banco de los pobres, creado por el Premio Nobel de la Paz Muhammad Yunus, ha mejorado la situación de sus más de ocho millones de prestatarios en ese país y ha sido replicado en decenas de países.

Una evaluación (Todd, 1996) encontró que había beneficiarios del Grameen que después de 10 años de préstamos seguían en la pobreza. La causa común en la mayoría de los casos era un tema externo al Banco, la salud.

Un integrante de la familia en un país de débil protección en salud pública había tenido una enfermedad seria. Ello obligó a la familia a vender sus bienes para procurar asistencia médica. Yunus creó un seguro médico del mismo Grameen.

En el 2007, la lista de los que menos invertían en salud pública estaba encabezada por las dictaduras de Myanmar (1,9% del Producto Bruto), y Guinea Ecuatorial (2,1%) (país petrolero). Ambos figuran entre los países con mayor mortalidad infantil del mundo. En Guinea Ecuatorial mueren 90,1 niños por cada 1000 nacidos vivos y en Myanmar 63,4.

Figuran asimismo entre los países que menos invierten en salud pública algunos de los principales países petroleros, todos con regímenes autoritarios. Tales los casos de: Kuwait, 2,2% del Producto Bruto; Omán, 2,4%; Libia, 2,7%; Emiratos Arabes Unidos, 2,7%; Arabia Saudita, 3,4%; Bahrein, 3,7%; Qatar, 3,8%. No es posible en estos países argumentar que no hay recursos para salud.

Además, como resalta Amartya Sen, los servicios de salud requieren fuertes insumos de mano de obra, y en los países pobres, los costos respectivos son mucho menores que en los ricos.

¿De qué depende que haya políticas públicas que prioricen a la salud? Un factor central es la participación ciudadana en todas sus formas.

La presencia activa de la ciudadanía en los procesos de formación de las políticas públicas exigiendo que las necesidades básicas de la gente sean prioridad real, su monitoreo para que ello se cumpla, su juicio evaluador, significan una presión continua que es vital para la mejora de la calidad de la política pública.

Esa presión democrática ha incidido fuertemente en el ascenso de los presupuestos de salud en diversos países latinoamericanos en los años recientes. Los líderes transformadores han tenido en ella una base de apoyo muy importante para realizar cambios a favor de la gente.

Por otra parte, la ciudadanía latinoamericana ha comprendido después de su dura experiencia en los '90, con la apelación exclusiva al mercado, que el rol de la política pública es crucial en áreas como salud. Una abrumadora mayoría superior al 80% considera en encuestas como el Latinbarómetro que algunos de los grandes determinantes sociales de la salud deberán estar en manos del Estado.

5 Las soluciones existen

Trabajar por la salud pública requiere imprescindiblemente atacar las grandes causas de enfermedad como la desnutrición, la obesidad, el tabaquismo, y otras, y democratizar el acceso a los determinantes sociales de la salud.

Así un estudio reciente de la Escuela de Salud Pública de Harvard (2010) halló que más de 2000 millones de personas no tienen acceso adecuado a tratamientos quirúrgicos.

Mientras que las regiones ricas tienen 14 salas de operación por cada 100.000 habitantes, en las de bajos ingresos hay menos de 2, a pesar de tener un peso más alto de enfermedades necesitadas de cirugía.

Las distancias en salud pública repercuten en las posibilidades de desarrollo de los países. De acuerdo con estimaciones de la Comisión de Salud de la Unión Europea, el 50% del diferencial de crecimiento entre países pobres y ricos se debe a la mala salud y la menor esperanza de vida.

Se necesitan priorizar seriamente la inversión en salud y renovar las políticas públicas.

Los países que encabezan las tablas de avances en salud del planeta, como los escandinavos, Japón, Canadá y otros, tienen todos una característica común, la salud es gestionada fundamentalmente por el Estado, son sistemas públicos.

Han demostrado que la gestión pública es clave para obtener resultados para todos y optimizar el uso de recursos.

Después de años donde en América latina hubo fuertes intentos por revertir logros anteriores, y privatizar en este campo, y entregarlo al mercado, en el marco de los nuevos modelos de inclusión impulsados por la ciudadanía, los países del Mercosur y otros son hoy referencias muy estimulantes de cómo las políticas públicas con apoyo de la ciudadanía pueden mejorar la salud colectiva.

En la Argentina, en la gestión presidencial del 2003 al 2011, se logró establecer sólidamente los medicamentos genéricos, poner los medicamentos básicos al alcance de toda la población, y expandir considerablemente la red hospitalaria y mejorar su calidad.

Por otra parte, se ha trabajado intensivamente sobre determinantes sociales de la salud. Se ha eliminado virtualmente la desnutrición por la que la Argentina era nota de tapa en el mundo al terminar la gestión Menem. Así, por ejemplo, en una provincia como Tucumán, donde perecían niños casi diariamente por desnutrición, se redujo a virtualmente cero.

Cuando finalizó la década neoliberal ortodoxa en el Gran Buenos Aires, sólo el 40% de la población tenía acceso a cloacas y agua potable. Hoy es el 72%.

El programa “Asignación Universal por Hijo” creado por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner ataca directamente determinantes sociales críticos para los 4 millones de niños hijos de trabajadores informales y para las mujeres pobres embarazadas. La Presidenta volvió a actualizar recientemente el ingreso para los niños y sus familias.

En Brasil, la gestión Lula atacó a fondo la desnutrición con el programa estrella “Hambre Cero”, y el Estado está protegiendo con salud pública al 90% de su población. Dilma Rousseff ha lanzado “Brasil sin Miseria”, que se propone sacar en tres años de la pobreza a los 16 millones de personas en pobreza extrema. El plan tiene tres ejes: inclusión económica, ingreso mínimo garantizado y acceso a servicios públicos. Implica una inversión de 4.000 millones de dólares por año.

En Uruguay, la reforma de salud del gobierno del Frente Amplio extendió el seguro público del 30 al 70 por ciento de la población y se propone llegar pronto al ciento por ciento.

Es posible mejorar la salud pública en el mundo. La ética más elemental exige ponerlo en primer lugar. La salud requiere ser tratada como un tema “de urgencia ética”.

Libertad y salud

“Las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud.”

Amartya Sen, Premio Nobel de Economía