

Acceso a la salud en el Hemisferio Sur

(Access to Health in the Southern Hemisphere)

Extremiana Egja, María
Barria, 4 – 2º izda. 48620 Plentzia

BIBLID [1989-2012 (2008), 9; 113-136]

Recep.: 03.03.08

Acep.: 12.11.08

Revisión histórica de derechos humanos, principios de acción humanitaria y derecho humanitario interrelacionando Estados (los grandes versus Naciones Unidas) y Organizaciones no Gubernamentales (Sociedad Civil). El acceso a la salud de la población del hemisferio sur se analiza en sus aspectos geográfico, económico y cultural con ejemplos de derechos vulnerados acompañados en primera persona como profesional de salud.

Palabras Clave: Acceso a salud. Acceso geográfico. Acceso cultural. Acceso económico. Derecho humanitario. Derechos vulnerados.

Giza eskubideen, gizaldeko ekintzaren printzipioen eta gizaldeko zuzenbidearen berrikuspen historikoa, Estatuak (handiak versus Nazio Batuak) eta Gobernu Kanpoko Erakundeak (Gizarte Zibila) elkarrekin erlazionatuz. Hego hemisferioko biztanleek osasunera iristeko era dugu aztergai, horren alderdi geografiko, ekonomiko eta kulturaletan, urraturiko eskubideen adibideak agertzen direla, osasuneko profesional gisa lehen pertsonan ezaguturikoak.

Giltza-Hitzak: Osasunera iristea. Geografia sarbidea. Kultura sarbidea. Ekonomia sarbidea. Giza zuzenbidea. Urraturiko eskubideak.

Révision historique des droits de l'homme, principes d'action humanitaire et droit humanitaire interreliant des Etats (les grands versus Nations Unies) et des Organisations non Gouvernementales (Société Civile). L'accès à la santé de la population de l'hémisphère sud s'analyse dans ses aspects géographique, économique et culturel avec des exemples de violations des droits accompagnés du témoignage direct d'un professionnel de la santé.

Mots Clé : Accès à la santé. Accès géographique. Accès culturel. Accès économique. Droit humanitaire. Atteinte aux droits.

Con motivo del Día Internacional de los Derechos Humanos, Eusko Ikaskuntza-sección Ciencia y Salud, organizó una jornada de trabajo con 3 mesas y 6 ponentes en el Complejo Hospitalario de Donostia.

MSF (Médicos Sin Fronteras) participó en la 2ª mesa con una ponencia cuyo título da nombre al presente documento y con un tiempo adjudicado de 50 minutos. Con el presente artículo de divulgación científica se pretende documentar dicha exposición, tomando tiempo para el análisis y la reflexión.

Quedan en la memoria de la interlocutora que escribe este artículo, veterana en el trabajo de campo de salud en el hemisferio sur, algunos pasajes muy “plásticos” que fueron comentados en la mesa anterior por un profesional de salud que trabaja como inspector médico en la administración pública de Euskal Herria, Dr. Apalategi.

- como aquél de las 14 pares de torres gemelas que caen diariamente por causa de la hambruna, si equiparamos el nº de muertes con el desafortunado evento del otoño del 2001 en EEUU.
- como aquella frase que refleja el avance de la desigualdad en el mundo. En los años 60 el 20% de la población consumía 33 veces menos recursos que el 20% de la población más rica mientras que para los años 90 esta cifra había aumentado a 86 veces.

La eminente antropóloga Teresa del Valle mostró gran interés durante las ponencias conmovida por la deprimida situación de salud en el mundo e instó a los ponentes y al personal de salud a profundizar en el estudio y la divulgación de propuestas, vías de encuentro y alternativas a seguir, encaminadas a revertir esta fatídica tendencia y contribuir así a la mejora de la situación de salud en el Sur.

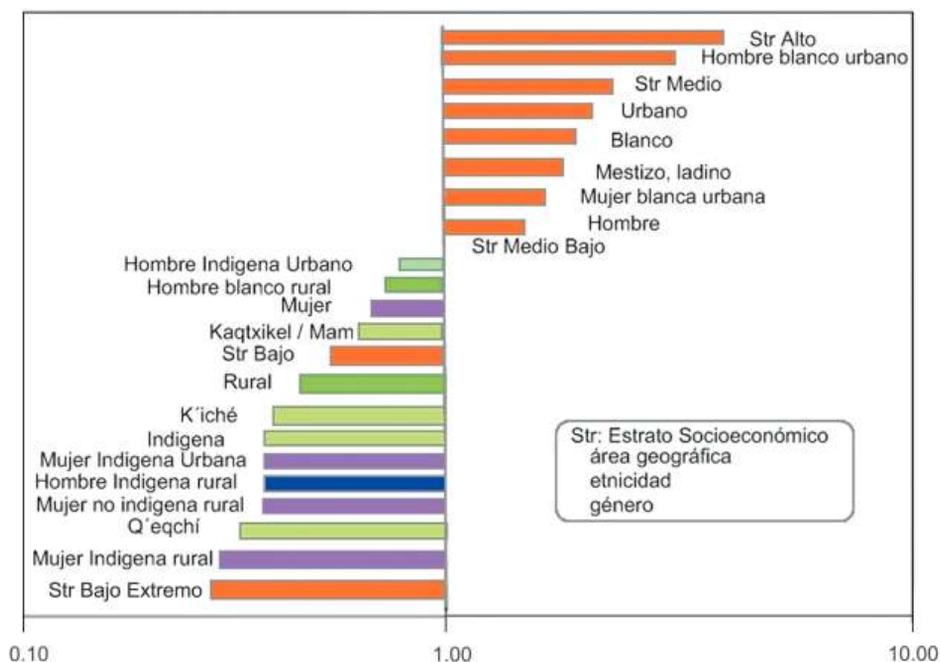
Los deberes y obligaciones de Sociedad Civil y personal de salud respecto a la violación del derecho a la salud y los determinantes socioeconómicos que lo condicionan son ineludibles.

El personal de salud que partió a trabajar al hemisferio sur ya no será el mismo cuando esté de vuelta, ya no regresa. Partió un poco embebido en su filantropía y altruismo que se alimentaba por correo con amigos y familia pero de retorno a su sociedad de consumo se siente anonadado, “harrituta” y busca algo con que acallar su confusión. Su pesar es profundo, genuino y perdurable. Sin embargo su “gusanillo” que pretende partir otra vez al hemisferio sur no es masoquista. Ocurre que en el sur y en zona rural, lejos de nuestro entorno occidental, al convivir con gentes de otras culturas, vas sintiendo que su cosmovisión no te es tan ajena como parecería a primera vista. Otros valores y formas de entender el mundo más acorde con las propias leyes de la Naturaleza estaban ahí adormecidos, en alguna parte remota de tu inconsciente, en la época de “lamiak” e “i ching”.

La desigualdad e inequidad lleva a la población desventajada a sufrir pobreza y degradación lo que la coloca en situación de riesgo para la salud. Pero aunque el énfasis de la competencia se ponga en los ganadores, los perdedores de la globalización están ahí, forman parte del sistema y no es lícito tratar de excluirlos. Entre 1993 y el año 2003, según estimaciones del Banco Mundial, la globalización ha creado 200 millones de nuevos pobres entre la población humana.

En busca de las caras de la pobreza a continuación se presenta un gráfico con la distribución socio-económica de los recursos en un país del hemisferio sur marcado con sangre por las desigualdades (Fuente: PNUD-Guatemala. Desarrollo humano y pobreza. Publicado en febrero 2007).

Gráfico nº1. Distribución socioeconómica, las caras de la desigualdad en Guatemala en 2006



1. DERECHOS HUMANOS UNIVERSALES (RESPONSABILIDAD DE LOS ESTADOS)

Después de la Segunda Guerra Mundial, en 1948, se crea una Comisión de Derechos humanos de la ONU que prepara una Declaración con vocación universal, conteniendo 30 artículos que enuncian los derechos civiles y políticos, pero también económicos y sociales fundamentales de los individuos. Este texto básico representa un ideal que alcanzar por todos los Estados más que un conjunto de compromisos precisos y vinculantes por su parte.

Enunciamos aquí dos de ellos,

Artículo 22: Derecho a la Seguridad Social y el Artículo 25: Derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y derecho a una asistencia especial para los más vulnerables¹.

A partir de entonces y hasta nuestros días se declaran nuevos tratados sobre la materia que pretenden involucrar a los Estados, aumentando su compromiso y vinculación. Citamos los principales:

- Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles/ Políticos y Pacto Int. de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- Protocolos I y II adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949 (1977).
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998).

Cabe resaltar que casi todos los países del mundo han firmado los Convenios de Ginebra de 1949, 152 Estados habían firmado para el 98 su adhesión al Protocolo I adicional. Pero también es cierto que países como EEUU no se han adherido a los protocolos de Ginebra y se abstienen de firmar el CPI (Corte Penal Internacional) que solo 60 países han firmado hasta la fecha¹.

Delegados de la OMS deseosos de que se cumplan las declaraciones para el sector salud y optimistas con la estrategia de Atención Primaria de Salud, se reúnen en Alma Ata en 1978 con ministros de 134 países y preparan un plan de acción a gran escala y a largo plazo, que ambiciona con su slogan "Salud para todos en el año 2000" metas como aquella famosa de erradicar el virus que causa la poliomielitis (tal vez llevados por el entusiasmo de haber conseguido ya erradicar la viruela)².

Recuerdo que a finales del año 1999 atendíamos con premura junto con OMS y el Ministerio de Salud Pública en Luanda una epidemia de polio con más de 1.000 casos declarados registrados.

El personal de salud formado después de los años 70 que venía trabajando en el hemisferio sur en el campo de la salud pública, epidemiología y medicina tropical sufrimos una grave decepción con el decorrer del tiempo según nos acer-

cábamos al nuevo milenio. Asistimos durante los años 90 al desmantelamiento interplanetario de la red de servicios públicos, la caída de revueltas, guerrillas, revoluciones y la perpetuación de leyes de libre comercio aplicadas de un modo radical incluso a los sectores sociales en el cono sur. Grandes corporaciones, amparadas por los grandes EEUU, Japón y G8, sacralizaban el neoliberalismo en la bolsa de mercado y los victimarios campaban a sus anchas con impunidad o incluso con elogios.

Curiosamente no existen muchas publicaciones oficiales divulgadas, con estudios de evaluación exhaustivos, sobre el plan OMS "Salud para todos en el año 2000", pero indudablemente las políticas de salud impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional han contribuido notablemente a su fracaso. La privatización de la salud desresponsabiliza a los Estados y no se puede declinar con el principio de equidad. Lejos de poner en práctica los principios de la sanidad de base, los Estados, la OMC, UNICEF y la OMS se topan con una situación de salud en crisis. Las causas fundamentales de la violación del derecho a la salud de muchos pueblos están en la desigualdad galopante entre etnias (blanco- otros), género (hombre- mujer), área geográfica (urbana- rural). El hambre, la exclusión y la pobreza generan violencia, frustración, sufrimiento, enfermedad y muerte en términos de años potencialmente perdidos y muertes fácilmente evitables.

A continuación citamos un estudio interno de MSF, escrito al final del II milenio que resulta interesante y versa sobre el sistema de salud en Colombia³:

La reforma del sistema de salud en Colombia, que se plasmó en la Ley 100 de 1993, sigue los principios básicos impuestos en toda el área latinoamericana por las instituciones financieras internacionales: en teoría éstos son universalidad, equidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad. Las reformas, guiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, se basan en criterios de racionalidad financiera y se apoyan en los procesos de "modernización" del Estado, que implican una descarga de sus funciones y una reducción del peso de las instituciones.

Años después en la práctica las historias se repiten; los que logran ser atendidos, comienzan a repetir el peregrinaje hacia los hospitales o consultas de referencia, hacia las pruebas diagnósticas y vuelta a empezar. La inequidad y la mala calidad de la asistencia aparecen protegidas por la ley; se convierte en legal la negación del auxilio, y se dota de armas al personal de salud para ir contra la ética.

Naciones Unidas cuenta con diversas organizaciones que actúan de acuerdo a principios occidentales distintos según sean sus objetivos y metas. Señalaremos tres vías principales:

- "Peace and health by commerce". Montesquieu y los liberales británicos sostienen que la competencia entre las distintas financieras llevadas por sus propios intereses económicos acaban por restablecer un equilibrio paradójicamente justo. OMC, BM, FM. Corporaciones transnacionales.

- “Peace and health by information”. La divulgación de la información y la educación llevan a la toma de decisiones certeras. Así la OMS de los años 70 y 80 invierte en proyectos a nivel nacional donde voluntarios campesinos reciben formación para ser responsables populares de salud y actuar de nexo entre los servicios y sus comunidades.
- “Peace and health by law”. La declaración universal de derechos humanos aunque venga firmada por los Estados de los países resulta vacua si no viene acompañada de compromisos (convenios y protocolos) que puedan finalmente ser penalizados (creación del Comité Penal Internacional). Asamblea General de las Naciones Unidas.

Como resultado de las políticas de salud y de la tendencia progresiva de la desigualdad en el mundo hoy por hoy el acceso de la población a la salud pública en el hemisferio sur está restringido a $< 26\%$ ³. La persistencia de enfermedades prevenibles, el recrudecimiento de enfermedades silenciadas como la tuberculosis y la malaria, la expansión de epidemias de cólera, peste bubónica o la pandemia de VIH/SIDA son duros reveses en la recolección de frutos producto de la falta de empeño empleado en combatir la desigualdad y la injusticia social en el mundo.

¿Qué hace la OMS ante tan flagrante violación de los derechos humanos y en concreto del derecho a la salud y sus determinantes? Se repite y prepara un nuevo plan de acción global y a largo plazo que va del 2002 al 2015, donde los Estados miembros firman y asumen compromisos nuevamente y donde las metas, infelizmente inalcanzables, se argumentan como motor. El nuevo slogan ya no es, claro está, “health for all by 2000”; ahora se llama “keep the promise” y el título del plan es: “Objetivos de desarrollo del Milenio” (OdM). Pretende, por ejemplo en el objetivo 6, revertir la progresión de la pandemia VIH/SIDA y disminuir a la mitad la prevalencia de enfermedades olvidadas como la Tuberculosis o el Paludismo.

El pasado 2007, en el mes de julio, la OMS publicó un informe intermedio de los Objetivos del Milenio (ver anexo 1: informe OMS “in itinere” Objetivos del Milenio-6°). Para los que conocen el comportamiento de estas enfermedades, la situación de salud en el hemisferio sur, y además cuentan con nociones básicas de epidemiología, la lectura de este texto sin duda herirá su sensibilidad. No quise dar prioridad y ahondar en su análisis durante la ponencia por falta de tiempo. Sin embargo, considero interesante presentar aquí algunas claves útiles para su lectura. El personal de salud de Euskal Herria debe conocer la progresión del actual Plan Universal de Salud.

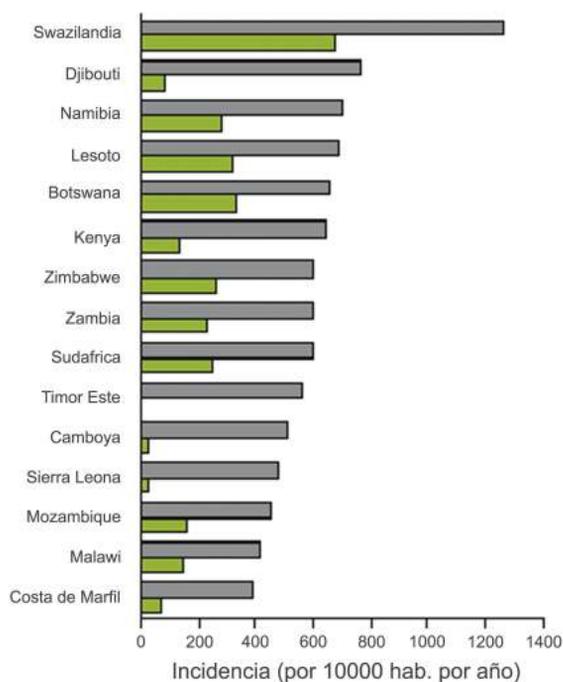
Para el objetivo propuesto de combatir el VIH/SIDA la meta es haber detenido y comenzado a reducir su propagación para el año 2015. El comentario de “la prevalencia del VIH se ha nivelado en los países en desarrollo, aunque las muertes por SIDA siguen creciendo en el África Subsahariana” parece optimista en sí mismo. Ahora bien si añadimos la información de que más de 65 millones de personas han sido infectadas hasta la fecha y 25 millones de personas ya han muerto, entonces el hecho de que las muertes vayan en aumento cada año en

el África Subsahariana, área geográfica donde ocurren la gran mayoría de casos, contribuirá sobremanera a lograr la meta de revertir la prevalencia, pero indudablemente los profesionales de salud no deberemos felicitarnos por ello.

En el caso de la tuberculosis (ver anexo 1) el comentario principal es: “la incidencia de tuberculosis se esta nivelando globalmente, si bien la cifra de nuevos casos sigue en aumento”. Todavía añade el comentario “debido al crecimiento de la población”. El título de los dos gráficos que presenta con la incidencia y prevalencia distribuida por regiones y que va del año 90 al 2005 y 99 al 2005, respectivamente, no resultarían tan sorprendentes si no fuera porque en ambos casos se lee al final del título: “excluyendo a las personas seropositivas por VIH”.

Sabemos que actualmente el 20-50% de los casos registrados ocurren en pacientes no portadores de VIH (ver gráfico nº 2). Pretender dar a conocer la tendencia de la enfermedad de tuberculosis tomándose la licencia de presentar casos y nuevos casos en base a la población pero restando los que tienen co-infección con VIH no es lícito por cuanto la cifra no es despreciable; están excluyendo de sus gráficos a la mayoría de los pacientes.

Gráfico nº2. Los 15 países con mayor incidencia de TB, todas las formas y todas las edades: barra gris y TB co-infección VIH: barra verde



Fuente: Servicio Médico de MSF-España, 2008

En cuanto al paludismo (ver anexo 1) sus comentarios se centran básicamente en dos estrategias: el uso del mosquitero para la prevención y la utilización del medicamento combinado con “qinghaosu” para su tratamiento. Se muestran optimistas en los resultados cuando los comparan con las metas propuestas pero no deberíamos confundir indicadores con objetivos. Si el objetivo es revertir la prevalencia y el tratamiento no es accesible aún habrá que enfatizar la prevención pero sabemos que más de 2 millones de personas mueren al año de malaria, que la tendencia anual es progresiva y que el 50% de ellos son niños. El empleo de las mosquiteras no es equitativo; entre la población infantil (0-5 a) y en África Subsahariana se reduce a menos del 5%. ¿Qué pasó con los esfuerzos de Patarroyo y su equipo en la investigación de la vacuna de paludismo? Hace más de 10 años, después de condecoraciones y premios de reconocimiento, cuando decidió rechazar las ofertas millonarias de grandes marcas farmacéuticas de corporaciones transnacionales y donar la patente gratuitamente a la OMS puso la condición clara de que su coste por unidad fuese menor de 1 dólar. Desde entonces, hay silencio en el mundo científico, el colombiano ha sufrido penurias económicas y su instituto no parece remontar. Recientemente en el 2004 se divulga la noticia (fuente página Internet de una vacuna sintética similar que viene siendo estudiada en España con fondos de Gates Hill y también la OMS pero la patente es de GSK (Glaxo Smith and Klein)).

Mientras Naciones Unidas refleje su pasado histórico en lugar de mirar hacia adelante en el siglo XXI y el campo de la salud/enfermedad continúe siendo dirigido por las grandes industrias farmacéuticas, la línea de investigación y publicidad responderá al modelo de racionalidad financiera que mira sólo al consumo del 15% de la población mundial. Nos encontramos ante una situación de mercado perversa que aplicada a salud causa estragos.

Por un lado, agotado ya el mercado innovativo de medicamentos para las enfermedades en el hemisferio norte, se crea entre la población la creencia de que riesgos de salud son enfermedades. Además, también dirigido a esta franja de población (demanda), el link medicina-cosmética, enfermedad-estética, se estrecha: la celulitis, la calvicie o el crecimiento natural del vello deben ser evitados.

Por otro lado (esforcémonos en recordar aquí, por un momento, que no estamos solos y volvamos la vista al grupo restante), el 80% de la población mundial muere a causa de enfermedades infecto-contagiosas, en buena parte fácilmente evitables. Mientras su realidad queda invisibilizada y excluida del sistema globalizante, las enfermedades olvidadas (tuberculosis, paludismo, parasitosis, leishmaniasis, enfermedad del sueño, Chagas, Dengue...) diezman la población mundial. La investigación y desarrollo de herramientas útiles al diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades está parada en el tiempo, congelada desde hace más de 40 años. Otros enfermos abandonados son los pacientes con SIDA en el hemisferio sur. La mayoría mueren silenciados, al igual que sus infantes, ya huérfanos, sin aparecer en ningún informativo, ni tan siquiera en los registros locales.

La disparidad entre los que tienen acceso a las drogas salva-vidas y los que mueren por causa de enfermedades fácilmente evitables evoca el imperativo moral de aliviar el sufrimiento humano. Pero las razones ideológicas pueden ser

varias. Desde un enfoque de caridad, compasión, altruismo o filantropía... virtudes todas ellas que evocan a los benefactores y son profundamente religiosas y humanitarias, se corre el peligro de invisibilizar de nuevo a las comunidades y poblaciones para las que se trabaja, convirtiéndolas en meros recipientes pasivos. Una perspectiva más moderna en la vertiente de los derechos humanos pone el énfasis en la población a beneficiar, le devuelve su dignidad y la considera agente protagonista. Este enfoque invoca al personal voluntario y de salud solo en un segundo plano, como parte de la sociedad civil que cumple con sus obligaciones. Los Gobiernos y Estados son llamados en un primer plano como responsables del acceso de sus comunidades a unos mínimos de salud para todos en aras de la dignidad humana.

Según Mc Donald and col., el único ente que podría tener posibilidades de conseguir que el derecho universal a la salud se pusiera en práctica son Naciones Unidas. Sin embargo necesita sufrir un cambio radical en su mandato y en lugar de estar constituido para proteger los intereses de los 5 grandes (USA, Rusia, China, Inglaterra y Francia) tendría que proteger los derechos de la gente en el mundo. Actualmente Naciones Unidas está llena de incongruencias y de contradicciones. ¿Cómo va a pretender proteger y apoyar los Derechos Humanos y simultáneamente formar en su seno agencias que sostienen la violación flagrante de esos derechos? El veto permanente hoy en uso es inaceptable.

Sostiene que si la gente de a pie en los G8 estuviera mejor informada de lo que se está haciendo en su nombre se levantaría indignada y metería ruido. Se muestra optimista de la capacidad que los ciudadanos tendrían para cambiar el mundo aunque reconoce creer menos en su deseo⁴.

2. LA ACCIÓN HUMANITARIA Y SUS PRINCIPIOS (ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES)

Los siete principios fundamentales del Movimiento Internacional de La Cruz y de la Media Luna Rojas fueron proclamados en 1965 y revisados y ratificados en 1986 para ser incorporados a los estatutos del Movimiento.

- Humanidad: se preocupa de prestar auxilio, prevenir y aliviar el sufrimiento, tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana, favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.
- Imparcialidad: el socorro a las personas en todas las circunstancias, sin distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción al sufrimiento, remediando sus necesidades dando prioridad a las más urgentes.
- Neutralidad: con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

- Independencia: auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.
- Voluntariado: es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.
- Unidad: en cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.
- Universalidad: El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

Durante las últimas décadas, la acción humanitaria se ha desarrollado ampliamente fuera de éste Movimiento, y los principios humanitarios han conocido interpretaciones diferentes destinadas a mejorar la eficacia de las acciones de ayuda humanitaria. La acción humanitaria contemporánea tiene como referencia un número más limitado de términos tales como humanidad, independencia, imparcialidad y neutralidad, que se interpretan relacionados con la eficacia operacional. Este es el caso sobretodo del principio de neutralidad. La interpretación estricta de este principio, así como el respeto a la confidencialidad absoluta, ha parecido a determinados actores humanitarios un obstáculo a la protección eficaz de las víctimas de los conflictos. El silencio que se impuso la Cruz Roja Internacional durante la Segunda Guerra Mundial ha estado en el centro de la polémica en torno a este principio. Una organización como Médicos Sin Fronteras, al negarse a someter la acción de socorro a la confidencialidad, ha concebido el testimonio sobre la suerte de las víctimas como una medida de protección adicional. El principio de neutralidad se declina de diversas formas según las circunstancias y el tipo de proyecto de socorro a las víctimas.

3. INTERACCIÓN ENTRE ESTADOS Y ONGS. EL DERECHO HUMANITARIO SE INVOKA Y SE DEFIENDE A TRAVÉS DE LA ACCIÓN. NO PERTENECE NI A JURISTAS, NI A ESPECIALISTAS SINO QUE DEBE SER RECONOCIDO Y DEFENDIDO POR EL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS

El Derecho Humanitario hace referencia a dos grandes principios; los Convenios de Ginebra, (y sus 2 Protocolos Adicionales), exigen que las organizaciones de socorro sean humanitarias e imparciales. El Tribunal Internacional de Justicia ha elegido también ambos principios como criterios de calificación de toda acción humanitaria. Los Convenios prevén un derecho general de iniciativa humanitaria para las organizaciones de socorro que son humanitarias e imparciales y definen estándares operacionales que deberán ser respetados y defendidos.

A toda organización humanitaria e imparcial se le concede:

- libre acceso a las víctimas en situaciones de conflicto;

- derecho a la libre evaluación de las necesidades humanitarias de estas víctimas;
- derecho a emprender acciones de socorro cuando la población sufre excesivas privaciones por falta de suministro en bienes esenciales para su supervivencia;
- derecho a comprobar que el suministro de estos recursos se efectúa sin más discriminación que la basada en las necesidades;
- derecho a cuidar a los heridos en todo tiempo y lugar conforme a los principios de la ética médica.

En estos tiempos de altísima vulnerabilidad de la Sociedad Civil respecto de la militar, este nuevo derecho a asistir a las víctimas por parte del personal de salud debe ser asimilado y reivindicado con fuerza y decisión por la población, la opinión internacional y los movimientos sociales.

MSF por su parte reúne los 3 principios de humanidad, imparcialidad, independencia de acción y de pensamiento sin presión política, financiera, religiosa o militar, así como neutralidad. Pero también concilia su mandato con otros dos principios fundamentales que son inherentes al Movimiento desde su origen: testimonio y ética médica. Siendo una organización médica y humanitaria y habiendo sido fundada por un grupo de médicos franceses a su regreso de trabajo voluntario con CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja) en los años 70, obvia decir que la preocupación por desvincularse del silencio absoluto en la práctica del socorro da paso al testimonio (“témoinage”). Por su parte el principio de ética médica no puede circunscribirse a la simple relación individual y clínica (médico-paciente) tan biologicista, ni renegar de los avances de la visión médica en el campo de la salud pública en las poblaciones a las que procura socorro. Estos principios vitales fueron enunciados en la Carta Magna Chantilly, 1993 y ratificados en La Mancha, 2006.

Sirvan como ejemplo las palabras siguientes tomadas de testimonios recopilados por Carlos Ugarte, MSF- España, Madrid, 2007⁵:

TESTIMONIO GORAZDE (Bosnia) :

Las medicinas que traéis están muy bien y os las agradecemos. Si algún día no podéis traer las medicinas, venir de todas maneras. Queremos que veáis lo que pasa. Lo peor que nos puede pasar es lo que ya nos está pasando, estar rodeados, bombardeados y lo segundo peor, es que además esto no lo sepa nadie.

Parfraseando a Carlos Ugarte y a Rhona Mac Donald, respectivamente,

Según nuestra experiencia, el silencio es el mejor aliado de la violencia, de la impunidad, del olvido y de la injusticia, y debemos combatirlo por todos los medios.

After all, complacency equals complicity.

Por su parte cuando hablamos del principio de ética médica no nos referimos a la tan moderna ética biomédica sino a la ética que gravita en torno a la calidad de los proyectos y de las intervenciones en salud. Queremos citar y resaltar un párrafo de particular interés extraído del documento sobre ética médica preparado por Doris Schopper para el Movimiento de Médicos Sin Fronteras de reciente publicación que aporta luz a este borrascoso tema (traducción del inglés)⁶.

Algunos criterios que emergen de los principios universales de salud pública y consideramos útiles para evaluar el nivel ético de una intervención por nuestra parte son:

- Efectividad y rapidez de la intervención.
- Respeto de los derechos individuales en la comunidad.
- "Fairness of the intervention" (ej. acceso para todos; empowering grupos excluidos).
- Información a la comunidad sobre los riesgos y beneficios potenciales.
- Imput y consentimiento de parte de la comunidad.
- Respeto de sus creencias, valores y cultura.
- Protección de la confidencialidad de la información.
- Competencia técnica profesional.

Es nuestra obligación sopesar estos elementos y estudiar los posibles beneficios versus daños que la intervención de salud pública pueda causar en los individuos y en la comunidad.

4. LOS PROYECTOS DE SALUD DE MÉDICOS SIN FRONTERAS

MSF y otras ONGs que han nacido de la Sociedad Civil a finales de los 60, demuestran cómo médicos, personal sanitario y voluntarios, pueden ayudar a mejorar las condiciones de salud de grupos de población a quienes se les negaba el acceso. Sus profesionales de la salud actúan movidos por la creencia de que la comunidad internacional y los países ricos tienen un deber ineludible de apoyo a poblaciones vulnerables cuyos derechos humanos vienen ignorados y pisoteados allá donde sus gobiernos fracasan por incapacidad, falta de voluntad o por imposibilidad⁴.

Los proyectos de salud de Médicos Sin Fronteras actualmente se enmarcan en el capítulo de Crisis Humanitarias. En una situación de crisis, MSF busca construir espacios de normalidad en medio de algo que es profundamente anormal, y pretende devolver a las personas sus derechos y dignidad como seres humanos. Los proyectos se proponen preservar la vida, entendiendo que ésta debe ser digna, disminuir el sufrimiento y devolver la capacidad de elección perdida. Se efectúan en situaciones de catástrofes naturales, epidemias, hambrunas, conflictos armados, desplazamientos de población.

Las epidemias requieren intervenciones de urgencia. Las tres prioridades son: tratar los casos; limitar la propagación de la enfermedad y hacer un seguimiento de la epidemia. Es importante documentar bien nuestras acciones para que las lecciones aprendidas no caigan en el olvido y sepamos avanzar.

A veces las hambrunas son utilizadas como arma de guerra en los conflictos. La desnutrición que provocan afecta, sobre todo, a la población infantil y es la causa de un aumento de la mortalidad y de secuelas en el desarrollo físico y psíquico. MSF hace encuestas nutricionales e interviene en función de las necesidades.

Las catástrofes, de origen natural o humano, destruyen el tejido social y desorganizan los servicios públicos.

También los conflictos armados cuando estallan pueden provocar el desplazamiento de miles de personas que son ubicadas en campos de refugiados o de desplazados internos. MSF es una de las organizaciones con más experiencia en este ámbito. Trabaja proporcionando refugio, agua potable, campañas de vacunación, asistencia médica, vigilancia del estado nutricional y epidemiológico, saneamiento ambiental y formación de personal, entre otras.

Los proyectos de MSF se plantean a partir de una misión exploratoria y se desarrollan dentro de dos grandes ámbitos no siempre diferenciables: las crisis humanitarias arriba señaladas y las poblaciones en situación de crisis por falta de acceso a la salud.

El derecho a la salud viene amenazado por diferentes flancos⁷:

- La discriminación
- Las políticas de salud que violan los Derechos Humanos
- La tortura
- La falta de acceso a la salud
- La opresión de la mujer, de minorías étnicas, de grupos vulnerables
- La exposición a ambientes peligrosos

El campo de los derechos humanos nos ayuda a comprender: la naturaleza de la violencia ejercida –por intencionalidad o dejación– contra las poblaciones; así como las reivindicaciones posibles, las obligaciones correspondientes, los responsables del cumplimiento⁷.

No pretendemos sustituir a los Estados ni a las Naciones Unidas, en su responsabilidad para con la población, al contrario, trabajando junto a las poblaciones en crisis mientras socorremos conocemos la realidad de primera mano y cuando es posible buscamos devolver imagen y sonido a capítulos silenciados e invisibilizados.

5. POBLACIONES EN CRISIS Y ACCESO A LA SALUD

Una vez enmarcado el tema de Derechos Humanos y de la acción humanitaria se propone en este capítulo analizar el problema del acceso a la salud por parte de las poblaciones del hemisferio sur entendido como un derecho humano de obligado cumplimiento. Lo dividiremos en sus tres vertientes principales: geográfica, económica y cultural.

El rol del personal médico y sanitario en la defensa del derecho a la salud fue abarcado por la ponente de Amnistía Internacional.

Las violaciones de los Derechos Humanos tienen cara. No se olvida después de sostener la mirada durante un largo y agonizante momento, la expresión atormentada de una mujer embarazada y desnutrida, porque este sufrimiento humano es indigno y prevenible. Cualquier turno de noche en la sala pediátrica atestada de niños sépticos mal nutridos te deja en los oídos el tormento de sus machacones llantos de bebé exigiendo ayuda.

En el presente análisis queremos dar voz a poblaciones vulnerables que hemos encontrado durante estos años en primera persona.

5.1. Problema de Acceso geográfico

En Bolivia coinciden grandes extensiones rurales con población dispersa y escasez de servicios básicos de salud. Tanto los campesinos quechuas y aymaras –(koyas)– como las minorías étnicas de la selva –recolectores (chimanes)–, son fuertemente discriminados por los “cambas” (descendientes de los colonizadores; blancos y mestizos). Las etnias originarias carecen de los servicios básicos de atención y prevención. Como resultado las tasas de mortalidad materno-infantil entre su población alcanza cifras impresionantemente altas, incluso si se compara a nivel regional en Latino América (200 muertes maternas /100.000 RN vivos y 95 muertes de niños de 0-1 año/1.000 RN vivos. Fuente Ministerio de Salud- Proyecto MSF en Alto Beni, Bolivia 1992).

Angola en tiempos de guerra

Por problemas logísticos resulta difícil el acceso del personal de salud, los medicamentos y el material fungible a la red de servicios. Los puestos y centros de salud quedan vacíos. Las poblaciones de difícil acceso sufren y mueren a causa de epidemias que en otros países africanos de baja renta per cápita como Tanzania vienen siendo mucho mejor controladas. Se trata de enfermedades olvidadas como leishmaniasis visceral, enfermedad del sueño o paludismo cerebral (malaria falciparum) (Quibaxe, Angola 1999).

5.2. Problema de Acceso económico

5.2.1. Bolsones de pobreza

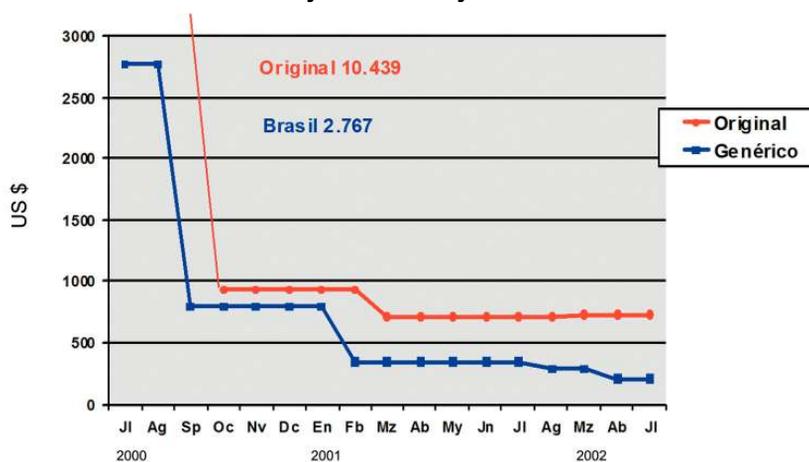
Por ejemplo en la Amazonía de Brasil, con gran cantidad de familias excluidas del sistema de consumo, los sacos de pobreza abundan. Mientras esta población fluctúa desplazándose cada vez que la promesa de trabajo remunerado de las grandes empresas de construcción, mineras y serrerías les hace soñar con “El Dorado”, mientras avanzan penosamente para no rendirse a la desesperación, su fatiga por sobrevivir con menos de 1 dólar al día va dejando huella y enferman. Pretender de ellos que además funcione un sistema de salud pública de “recovery system” resulta escaso de racionalidad, aunque sea ésta basada en la lógica financiera de las Naciones Unidas.

Como resultado, nos encontramos anonadados durante las campañas de salud en poblaciones concentradas en las neópolis del corazón de la Amazonía, porque allí los nuevos casos de lepra (pauci y multibacilar) diagnosticados en un solo día y por una sola unidad móvil podían alcanzar las 20 y 30 personas. Algunas al momento del diagnóstico como nuevo caso llegaban al encuentro con el profesional de salud en estadios avanzados con lesiones neuro-dérmica irreversibles (Estado de Pará, Brasil, año 2000).

5.2.2. Acceso a los medicamentos salvavidas

Otro ejemplo que merece mención aunque está ya más divulgado es el de las industrias farmacéuticas, los genéricos y los antiretrovirales en el mercado para el tratamiento del VIH/SIDA.

Gráfico nº 3. Efecto de la competencia con genéricos (Estavudina, Lamivudina y Nevirapina) en dólares USA, desde julio 2000 a julio 2001



En lo que va de siglo las industrias farmacéuticas han tenido que disminuir el precio de los antiretrovirales a menos del 10% de su coste anterior al año 2000. La estrategia de presión de la opinión mundial liderada por ONGs en base al concepto de derecho universal de acceso al tratamiento ha funcionado, pero todavía queda mucho camino por recorrer, pues aun así, menos del 30% de los pacientes de sida en países del África Subsahariana se encuentran en tratamiento.

El testimonio partiendo del nivel operacional debe ser divulgado. La información genera opinión y en algunos casos la movilización social puede poner presión para que quienes toman decisiones políticas introduzcan en su agenda temas que de otra manera dejarían pasar de largo y exigirles su implicación activa en el ámbito de la comunidad internacional para buscar soluciones.

La movilización social a nivel mundial consiguió frenar la demanda de 20 farmacéuticas contra el gobierno de Nelson Mandela en Sudáfrica, en Tailandia o en Brasil. El ejemplo más reciente es el de Novartis en India. Algunos Parlamentos (Europeo/ basko..... tema acceso a medicamentos) se posicionaron durante el conflicto y la apelación de la colosal farmacéutica terminó siendo rechazada ante los tribunales.

5.2.3. Caso Novartis y patentes de medicamentos en India (extraído del Dossier informativo)

En el año 2005, varias asociaciones de enfermos de cáncer en India frenaron el intento de la compañía suiza Novartis de patentar su anticancerígeno Glivec, alegando la ley nacional de patentes en la que se afirma que no pueden obtener una patente los medicamentos que son modificaciones de los ya existentes. Esta acción permitió a las empresas indias seguir produciendo un medicamento genérico que cuesta menos de 200 dólares por paciente y mes, frente a la versión de Novartis que ronda los 2.600 dólares por paciente y mes.

Novartis ha apelado recientemente la decisión de los tribunales, cuestionando el derecho de India a interpretar los acuerdos internacionales sobre patentes para proteger su salud pública. Si Novartis triunfaba en su empeño, habría puesto en grave peligro la industria de genéricos del país y con ello la salud de millones de personas de los países en desarrollo que dependen de los medicamentos genéricos indios. India es el mayor exportador de medicamentos genéricos del mundo, un 67% de los cuales los vende a países en vías de desarrollo⁸.

Ante la vista del juicio contra la Ley de patentes del Gobierno indio, Intermón Oxfam y Médicos Sin Fronteras habíamos impulsado una campaña bajo el eslogan "Las personas por delante de los beneficios", en la que se pedía a la compañía farmacéutica suiza Novartis que retirase la demanda judicial presentada contra el Gobierno indio. El Parlamento europeo, el Parlamento Vasco y personalidades como el Premio Nobel de la Paz, Desmond Tutu o la expresidenta de suiza Ruth Dreifuss, se sumaron a las más de 300.000 firmas de apoyo recibidas.

5.2.3.1. Declaración de Doha sobre Derechos de Propiedad Intelectual y Salud Pública

A finales de los noventa los funcionarios de los países en desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil fueron haciéndose conscientes del impacto que las reglas comerciales sobre propiedad intelectual tenían en el acceso a medicamentos esenciales. Estas reglas –introducidas a través del Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC)– creaban monopolios de facto para los medicamentos que venden las farmacéuticas multinacionales, dejando fuera del mercado a sus alternativas genéricas de bajo precio.

Ante ello, los gobiernos de los países en desarrollo demandaron a la Organización Mundial del Comercio (OMC) que abordara este asunto fundamental en la siguiente ronda de negociaciones sobre el comercio global. En consecuencia, los miembros de la OMC aprobaron por unanimidad la Declaración de Doha sobre ADPIC y Salud Pública de 14 de Noviembre de 2001, donde afirmaron que las normas de propiedad intelectual no deberían impedir a los países proteger su salud pública y deberían promover el acceso a medicamentos para todos.

En particular la Declaración estipulaba que los países en desarrollo podían hacer cumplir las salvaguardas de salud pública. Entre éstas se incluyen las licencias obligatorias que permiten a un gobierno, con o sin el consentimiento del inventor, invalidar una patente para autorizar la producción y/o venta de versiones genéricas de un medicamento. Otras salvaguardas incluyen el derecho de un país a establecer su propio criterio respecto a lo que puede ser patentado –o que los países puedan autorizar la importación paralela– pudiendo importar medicamentos patentados desde otro país del mundo donde se venden más baratos.

La Declaración también obligaba a los miembros de la OMC a facilitar la exportación de medicamentos genéricos a todos los países pobres con escasa capacidad de producción propia, una medida conocida como “Párrafo 6 de la Declaración de Doha sobre ADPIC y Salud Pública”.

Siete años después, a las personas más pobres de los países en desarrollo todavía se les niega el acceso a medicamentos baratos que pueden salvar sus vidas. Desde 2001, sin embargo, los países más ricos han incumplido sus promesas. Estados Unidos especialmente, influido por su industria farmacéutica, ha promovido mayores niveles de protección de propiedad intelectual en los países en desarrollo mediante tratados regionales y bilaterales de libre comercio (TLC). A través de ellos, Estados Unidos ha impuesto lo que se conoce como normas de propiedad intelectual ‘ADPIC plus’, que debilitan o eliminan las salvaguardas de salud pública permitidas bajo ADPIC. La Unión Europea, por su parte a su vez, no reivindica una agenda ADPIC plus, pero hace poco por oponerse a ella.

Además, la industria farmacéutica también está actuando de forma directa contra la aplicación de las salvaguardas establecidas en la OMC, tal y como muestra el caso de la multinacional Novartis frente al Gobierno indio.

5.2.3.2. Novartis y la Ley de Patentes en India

En el año 2005 India cambió su legislación sobre patentes para cumplir con la normativa comercial impuesta por la Organización Mundial del Comercio que obliga a los países miembros a emitir patentes para una serie de productos entre los que están los farmacéuticos.

India decidió diseñar su nueva ley de forma que el número de patentes concedidas se restringiera todo lo posible para recompensar las innovaciones, siguiendo la lógica que sustenta el sistema de patentes. La ley india estipula que sólo se registrarán patentes para medicamentos que sean verdaderamente nuevos e innovadores. Esto significa que las compañías no pueden registrar medicamentos que no sean realmente nuevos, como por ejemplo las combinaciones y las formulaciones ligeramente modificadas de medicamentos que ya existían. Esta parte de la ley tiene por objetivo impedir una práctica frecuente de las compañías farmacéuticas, que intentan patentar mejoras insignificantes de medicamentos que ya existen, para ampliar todo el tiempo que puedan el monopolio sobre ellos.

Este cambio legislativo fue valorado positivamente por la Organización Mundial de la Salud, la cual en un estudio realizado en 2006, identifica la legislación india como ejemplo de cómo los países deberían utilizar las salvaguardas del ADPIC para asegurar la competencia de genéricos.

Demanda de Novartis contra el Gobierno indio. Novartis solicitó una patente en India para imatinib mesylato, un medicamento para tratar el cáncer, que la compañía comercializa bajo el nombre comercial de Gleevec/Glivec en muchos países. La patente fue rechazada en enero de 2006 porque el medicamento era una forma nueva de un medicamento ya existente, y por lo tanto no era patentable según la legislación india. En otros países, donde Novartis ha registrado la patente, Gleevec se vende diez veces más caro que la versión genérica de este medicamento. Novartis está intentando que se revoque la decisión sobre la patente para poder vender Gleevec al mismo precio en India que en otros países, y también impugna la ley de patentes india para que en este país se emitan patentes tan fácilmente como en los países desarrollados.

Millones de personas dependen de India para lograr medicamentos básicos.

Los medicamentos producidos por las empresas de genéricos de India se encuentran entre los más baratos del mundo. Esto se debe a que, hasta hace poco tiempo, el país no emitía patentes farmacéuticas y es de los pocos países en desarrollo con capacidad para fabricar medicamentos esenciales de calidad. Con esta producción de versiones genéricas más baratas de medicamentos patentados en otros países, India se ha convertido en una fuente clave de medicinas esenciales asequibles, como por ejemplo antirretrovirales para tratar el VIH/SIDA. Estos compuestos se venden en el mercado nacional y también se exportan a muchos países en desarrollo que dependen de India para proporcionar medicamentos necesarios, y poder así gestionar programas nacionales de tratamiento del SIDA por ejemplo. Más de la mitad de los medicamentos que se

utilizan actualmente para tratar el SIDA en los países en desarrollo proceden de India.

La consecuencia es que, si se conceden patentes en el país, los fabricantes locales no podrán producir versiones genéricas más baratas de estos medicamentos, lo que tendrá un impacto no sólo en India sino también en los países que importan genéricos indios. Sólo se han patentado unos pocos medicamentos nuevos en India hasta la fecha. Roche obtuvo la primera patente en marzo de 2006 para un tratamiento de la hepatitis C, pero con toda probabilidad el número de patentes se incrementará en el futuro. Actualmente, hay cerca de 10.000 solicitudes de patentes para medicamentos en espera de ser examinadas. Si India empieza a conceder patentes de la misma forma que los países ricos, donde los medicamentos están protegidos por varias patentes que cubren cualquier pequeña modificación, esto podría significar el fin de los medicamentos asequibles en los países en desarrollo.

Razones endebles para unas Normas de Propiedad Intelectual más justas. La industria farmacéutica utiliza principalmente dos razones para justificar una protección rígida de la propiedad intelectual: el primer argumento es que las normas de propiedad intelectual proporcionan un incentivo para desarrollar medicamentos innovadores y el segundo argumento es que permiten a la industria recuperar las inversiones importantes realizadas en investigación y desarrollo (I+D).

Cada vez hay más estudios que demuestran que aunque la protección de patentes se ha incrementado durante los últimos 15 años, la tasa de innovaciones ha disminuido, con un aumento del número de medicamentos réplica que aportan poco o ningún nuevo beneficio terapéutico. Una investigación publicada en abril de 2005 por la revista *Prescrire*, concluyó que los 3.096 nuevos productos aprobados en Francia entre 1981 y 2004 no aportaban nada nuevo con respecto a preparaciones ya existentes⁹.

De la misma forma, el *British Medical Journal* publicó un estudio que concluía que sólo un 5% de todos los nuevos medicamentos patentados en Canadá se podían catalogar como innovación¹⁰. Y un desglose de más de mil nuevos fármacos aprobados por la US Food and Drug Administration entre 1989 y 2000 reveló que más de tres cuartas partes no tienen beneficios terapéuticos con respecto a los productos ya existentes¹¹.

En particular, las normas sobre la propiedad intelectual no estimulan la innovación para aquellos tratamientos requeridos exclusivamente en los países pobres. Entre 1975 y 2004, tan solo 21 de las 1556 nuevas sustancias químicas comercializadas estaban dirigidas al tratamiento de enfermedades exclusivas de los países pobres, como el paludismo o la bilharziasis (enfermedad tropical causada por gusanos).

La investigación de muchos medicamentos innovadores se beneficia de financiación gubernamental. Según un informe del Congreso de Estados Unidos del año 2000, de los 21 medicamentos innovadores introducidos entre 1965 y 1992, 15 se habían desarrollado aplicando conocimientos o técnicas proceden-

tes de investigación financiadas en el ámbito federal. Incluso cuando las empresas farmacéuticas consiguen una protección de la propiedad intelectual más estricta en países pobres, no hay un mercado rentable como para incentivar a las empresas a invertir en la I+D de medicamentos que beneficiarían principalmente a países en desarrollo.

Cerca del 90 por ciento de las ventas farmacéuticas se concentran en Norteamérica, la Unión Europea y Japón, con el resto de las ventas repartidas entre todos los demás países. Por mucha protección de la propiedad intelectual que se consiga, no se va a lograr que los hombres y mujeres pobres de África se conviertan en un público objetivo lucrativo para la industria farmacéutica.

La realidad es que la industria farmacéutica ha sido una de las industrias más rentables, consiguiendo de media unos beneficios de un 19 por ciento anual, comparado con el 5 por ciento medio de las 500 empresas más ricas del mundo según el ranking de Fortune 500. Pese a las a la inversión en I+D, las cifras del año 2004 muestran que las empresas gastan, de media, sólo un 14 por ciento de sus ingresos en I+D, comparados con el 32 por ciento dedicados a la comercialización y la gestión. Esto incluye, por ejemplo, cerca de 25.000 millones de dólares anuales destinados a publicidad en revistas.

5.3. Problema de Acceso cultural 1 Bolivia: grandes extensiones

5.3.1. Proyecto de Salud Materna en el Occidente de Guatemala, Totonicapán, 2008

Cuando Amalia supo de su vecina de 19 años que acababa de morir durante el parto, le entró miedo. Ya llevaban 4 muertes maternas en el pueblo (Tierra Colorada) y solo habían pasado 2 meses desde Navidades. Ella también es joven y su embarazo también es el primero. ¿Qué está pasando? En el centro de salud hacen controles prenatales, pero a la hora de parir, no atienden. Las *yíom* (comadronas empíricas) se están empezando a alarmar y en cuanto hay complicación les dicen que se vayan al hospital. Se tardan 4 horas en llegar pero entre que consigues carro y combustible y el marido/suegra se deciden pasa más tiempo! Después del cruce si te vas a la derecha llegas al hospital provincial de Quetzaltenango, si te vas a la izquierda llegas al departamental de Totonicapán y ahí casi nunca sobrevives.

A ella le gusta visitar a la vieja Claudia que le da consejos, le prepara baños ricos (*tuj*, *temaskal**) y además ha atendido también a su madre en Momostenango. Pero los ladinos del Centro de Salud no entienden kiché y le hablan todo en *castilla*, le dicen que ese *tuj* quema y le miran mal (por encima del hombro).

* "*temaskal*" (en azteca-México significa útero materno) ó "*tuj*" (en maya-kiché significa pecho materno): baño de vapor en estructura de tipo iglú de material de arcilla, adobe y paja mezclados que se acompaña de masajes, sacudidas con plantas y termina con infusiones de hierbas.

En el Departamento de Totonicapán el 99% de la población es maya kiché. Sin embargo el sistema de salud pública se basa en un modelo médico hegemónico producto de la cultura occidental. En general, la xenofobia de buena parte del personal de salud (90% ladino) es obvia y su malestar, rechazo y exclusión con la población mesoamerindia campantes. Proclaman la segregación cultural y aceptan su trabajo sólo en la medida que consigue la asimilación sociocultural de la población. Por su parte los supuestos beneficiarios, los mayas kiché, tienen una cosmovisión muy diferente de la occidental y construyen su concepto de salud-enfermedad de un modo relacional y holístico teniendo en cuenta la curación y la prevención. En este modelo de salud tiene cabida el individuo físico-psíquico-espiritual, la familia y la comunidad. Su saber médico ancestral está bien arraigado, y tiene sus propios agentes. Su sistema de creencias, conceptos, prácticas y recursos materiales y simbólicos no siempre son acordes con el pensamiento científico racional.

En su sistema de salud-enfermedad la etiología traspasa lo biológico y la enfermedad es el producto del comportamiento de los seres humanos con su entorno (familiar y social). La forma de curar considera la utilización de minerales, animales y plantas, incluye secretos, gestos, oraciones y prácticas de tipo simbólico pero además los curadores -intermediarios entre lo divino y lo terreno- son reconocidos por la comunidad y pueden ser comadronas (*lyom*), curador de niños (*kunal ak'alab*), maestros de ceremonias (*aj'ik*), hueseros (*chupal baq*), curanderos (*kunanel*), etc... para curar se necesita restaurar el equilibrio entre las fuerzas opuestas, es decir recuperar la armonía perdida¹².

Con el esquema del pensamiento occidental, que es totalmente distinto, se analiza, se evalúa y se intenta encontrar una explicación científica de algo construido bajo otra cosmogonía. En el caso de la medicina tradicional maya se suma el factor étnico a la descalificación, es decir, no solo no se acepta su sistema médico (universalmente hablando) por "no tener sustentación científica" sino también por pertenecer a un pueblo históricamente discriminado.

Como resultado se encuentra en Totonicapán una población sin acceso efectivo al sistema básico de salud que además de ser precario (los partos se atienden solo en los hospitales departamentales), oferta un único modelo hegemónico demasiado "impertinente". El "One-size-fits-all approach" del modelo occidental no es nada adecuado a la población indígena.

La consecuencia última es una mortalidad materna en localidades como Momostenango en torno a las 160 muertes por 100.000 nacidos vivos (Fuente Ministerio de Salud de Guatemala, Totonicapán, 2007). Esta cifra de mortalidad es comparable a la tasa de África Subsahariana.

El derecho universal de acceso a salud y sus bases legales, si fuera escrito hoy, probablemente haría más énfasis en la salud respecto de la enfermedad y giraría en torno a los sistemas de salud en lugar de la atención médico-clínica¹³. El conocimiento de los derechos humanos es también una herramienta útil para los que se encargan de definir las políticas de salud, los que ponen en práctica los programas, los profesionales de la salud y los estudiantes¹⁴.

Recordemos que en Guatemala el racismo y la desigualdad han desembocado en frecuentes masacres de indígenas de la sociedad civil en los años 70 y 80. En 1996 los Acuerdos de Paz firmados entre las partes del conflicto armado dejan como herencia leyes, declaraciones y tratados. Fueron aprobados por las fracciones de la guerrilla y el Estado y están llenos de buenas intenciones para proteger a los indígenas de la violación de los derechos humanos. Sin embargo el dilema se presenta cuando no se plasma en la práctica y queda solo en retórica para ser escuchada en discursos históricos. La desigualdad sigue aumentando y la impunidad es estructural e institucionalizada.

¿Cómo conseguir que las intervenciones de sanidad pública respondan a los principios de no-discriminación y equidad, accesibilidad, calidad y en la medida de lo posible a la genuina participación de las comunidades afectadas en la planificación de su salud¹⁵?

Muy pocas veces nos planteamos que hay detrás de las políticas de salud pública, los conceptos y presunciones que acarrear. Sin embargo para progresar en la disminución del sufrimiento humano ciertamente se necesita resistir a esta ortodoxia confortante y a las convenciones que se mantienen en el tiempo¹⁶.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOUCHET-SAULNIER. *Diccionario Práctico de derecho humanitario*. Paris: MSF, 2001.
2. DEEPAK, Sunil Dr. *Letter; People's health First International Assembly*. Savar-Bangladesh, 2000. AIFO, Bologna, octubre 2001.
3. NAVARRO, Amalia. *Sistema de Salud en Colombia*. Publicación interna MSF, 2001.
4. MAC DONALD, H Theodore. "Health, Human Rights and United Nations: Inconsistent Aims and Inherent Contradictions? An inspirational defence of the right to health". *Lancet*, 2007; vol 370: p 379.
5. UGARTE, Carlos. *Ponencia sobre testimonio de MSF*. Madrid, 2007.
6. SCHOPPER, Doris; BEDEL, Richard. *An ethical framework for MSF. Key Concepts in Medical ethics, issues for MSF*. June, 2007; p 7.
7. SAAVEDRA G, Luz. *Ponencia sobre el derecho a la salud*. Barcelona: MSF, 2002.
8. *Patentes contra pacientes*. OXFAM INTERNACIONAL, 2006.
9. "A review of new drugs in 2004: Floundering innovation and increased risk-taking". *Prescrire International*. Abril 2005; vol.14, nº 76: pp. 68-73.
10. BARER, L Morris; CAETANO, A Patricia; BLACK, D Charlyn; MORGAN, G Steven; BASSETT, L KENNETH; WRIGH, M James; EVANS, G Robert. "Breakthrough drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canadá". *British Medical Journal*, sept. 2005; 331: 815-6.
11. "Changing patterns of pharmaceutical innovation". *The National Institute for health care management research and educational Foundation*. Washington DC NIHCM Foundation, May 2002. <http://www.Nihcm.org/innovations.pdf>.
12. PISQUIYI A. Magdalena; PEREZ, Gladis; MORAN, Carlos; GALLEGOS, Rafael. *Conociendo la medicina maya en Guatemala*. Publicación Pies de Occidente, Universidad de Granada, julio 2007; p 13.
13. GRUSKIN, Sofia; J MILLS, Edward; TARANTOLA, Daniel. "History, principles and practice of health and human rights". *Lancet*, 2007; vol 370: p 451.
14. GRUSKIN, Sofia; J MILLS, Edward; TARANTOLA, Daniel. "History, principles and practice of health and human rights". *Lancet*, 2007; vol 370: p 453.
15. GRUSKIN; Sofia. "Do human rights have a role in public health work?" *Lancet* 2002; v 360: p 1880.
16. HORTON, Richard. *Reference Sen. A Rationality and freedom*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

ANEXO 1

NUMEROUS

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades



NUMEROUS

Las medidas de prevención no consiguen seguir el ritmo con el que se propaga el VIH

En ocho de los 17 países africanos con suficiente información disponible para valorar las tendencias, se registró un leve descenso en la prevalencia del VIH entre jóvenes en el periodo 2000-2001. Dichos países incluyen más de 10 millones en Kenia, en los diez estados de Costa de Marfil, Malawi y Zimbabue, y en las zonas rurales de Botswana. No obstante, las medidas de prevención no están consiguiendo por lo general seguir el ritmo del crecimiento de esta epidemia. En el África subsahariana, menos de una tercera parte de los hombres jóvenes e igualmente una cuarta parte de las mujeres jóvenes demuestran estar con unos conocimientos amplos y correctos sobre el VIH. En la mayoría de los países, la estigmatización y la discriminación impiden que los afectados por el VIH busquen a muchos de los servicios a los que podrían tener acceso si se hiciera en consecuencia de sus parejas sexuales. Según estudios recientes en una muestra de los países más afectados de África, los porcentajes medios de hombres y mujeres que se han sometido a la prueba que han recibido los resultados fueron tan sólo de un 12 y un 10 por ciento, respectivamente.

En el año 2005, sólo un 7 por ciento de las mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medios, y que dieron positivo en las pruebas de VIH, estaban recibiendo antídotos para evitar la transmisión del virus a sus recién nacidos.

El cuidado de niños huérfanos constituye un enorme problema social que empeora cuantos más padres fallecen de SIDA

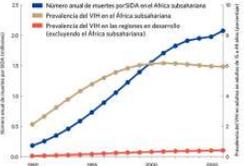
En el año 2005, se calcula que 18,7 millones de niños huérfanos perdieron a uno de sus padres a lo largo del año. Un 80 por ciento de los huérfanos se encuentran en el África subsahariana. Se espera que esta cifra crezca en más de 23 millones para 2015. Muchos países están progresando en el aumento de programas de apoyo mínimo para huérfanos y niños vulnerables, incluyendo la enseñanza, atención sanitaria, bienestar social y protección. Pero que siendo necesario mucho más trabajo para evitar una respuesta humanitaria y global a este problema social en particular.

Para poder cumplir con la meta del ODA, el tratamiento más efectivo del paludismo tiene que ponerse también a disposición de aquellos que lo necesitan. Los programas con capacidad de casi 40 millones de personas en el África subsahariana que necesitan los medicamentos antipalúdicos fueron:

META Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

La prevalencia del VIH se ha nivelado en los países en desarrollo, aunque las muertes por SIDA siguen creciendo en el África subsahariana

Prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años de edad en el África subsahariana y en todos los regiones en desarrollo (Porcentaje) y número de muertes por SIDA en el África subsahariana (CMHentes). 1990-2006



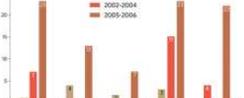
A finales de 2006, aproximadamente 34,5 millones de personas en todo el mundo vivían con el VIH (el aumento respecto los 32,9 millones de 2005), principalmente en el África subsahariana. En todo el mundo, 4,2 millones de personas fueron infectadas con el virus en 2006, siendo Asia oriental y la CEI las zonas donde se registró los niveles de infección más altos. También ha aumentado la cantidad de personas que mueren de SIDA (de 2,2 millones en 2005 a 2,9 millones en 2006).

La utilización de esquemas nuevos e mejorados para la injeción de medicamentos sigue siendo el medio principal de transmisión del VIH en los países de la CEI. Recientemente, la injeción de medicamentos ha emergido como un nuevo factor de infección del VIH en el África subsahariana, especialmente en la Mauritania, aunque también en Kenia, Nigeria, Sudán y la República Unida de Tanzania. En la zona del Sur del Sudeste asiático, se persiste una infección similar a la practicada de una sin protección con profesionales del sexo. En los últimos diez años, la alta incidencia de VIH entre hombres que practican sexo con otros hombres resulta también evidente en Asia, Camerún, China, la India, Iraq, Nepal, Pakistán, Tailandia y Vietnam.

META Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Los esfuerzos por controlar el paludismo se están viendo recompensados, si bien es necesario un esfuerzo mayor

Proporción de niños que duermen con mosquiteras tratadas con insecticidas en países seleccionados, 1999-2006 (Porcentaje)



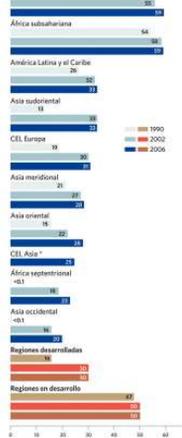
Las principales intervenciones para el control del paludismo se han extendido en los últimos años, gracias a una abeyoría financiación cada vez mayores. Varios países africanos, por ejemplo, han ampliado la cobertura de mosquiteras tratadas con insecticidas, una de las herramientas más eficaces de que disponemos para prevenir las picaduras de mosquitos que causan el paludismo. Los resultados preliminares de las encuestas nacionales realizadas en 2005-2006 demuestran que muchos otros países están avanzando también en el empleo de las mosquiteras, si bien no disponemos de los resultados definitivos hasta finales de este año. Aún así, sólo unos cuantos países se acercan a la meta de 2005 de un 40% de cobertura establecida en la Cartera Africana para hacer Retardar el Paludismo endémico en el año 2010. Si los países alcanzan la meta revisada de un empleo del 80% de mosquiteras tratadas con insecticidas para el año 2010, esto evitará un compromiso adicional por parte de todos los afectados.

Los países también están que aseguran que los medicamentos más efectivos del paludismo tiene que ponerse también a disposición de aquellos que lo necesitan. En el África subsahariana, sólo un cinco por ciento de los niños menores de cinco años duermen con mosquiteras tratadas con insecticidas. Y en las áreas rurales de los países donde el paludismo es un mal endémico, la proporción de casos de paludismo suele ser mayor y la cobertura de mosquiteras tratadas con insecticidas, menor. Según los estudios más recientes en 30 países africanos (realizados entre 2000 y 2006), los niños menores de cinco años que viven en las áreas urbanas tienen casi 2,5 veces más de posibilidades de dormir con una mosquitera tratada con insecticidas que los niños de una misma edad en las áreas rurales.

Para poder cumplir con la meta del ODA, el tratamiento más efectivo del paludismo tiene que ponerse también a disposición de aquellos que lo necesitan. Los programas con capacidad de casi 40 millones de personas en el África subsahariana que necesitan los medicamentos antipalúdicos fueron:

En las áreas más afectadas, más de la mitad de quienes viven con el VIH son mujeres

Porcentaje de mujeres con 15 años o más que viven con VIH, 1990 y 2006 (Porcentaje)



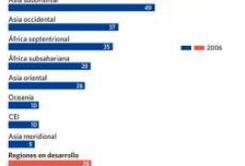
Los datos para los años 1990 y 2006 se están disponiendo en un gráfico interactivo en la herramienta de visualización de datos.

Los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres siguen exacerbando el VIH, si bien dicha desigualdad está cambiando. Cada vez hay un mayor número de mujeres casadas infectadas, junto con niñas y mujeres jóvenes. En el año 2006, las mujeres representaban el 48 por ciento de los más de cuatro millones de personas con VIH.

Los jóvenes de ambos sexos están sufriendo también a un mayor ritmo. En 2006, el 40 por ciento de las infecciones entre personas de 15 años de edad, se produjo dentro del intervalo de los que tenían entre 15 y 24 años.

Población que está recibiendo tratamiento con antiretrovirales entre la población con VIH que necesita tratamiento

Población con VIH que necesitan someterse a tratamiento y que están recibiendo tratamiento con antiretrovirales, 2006 (Porcentaje)



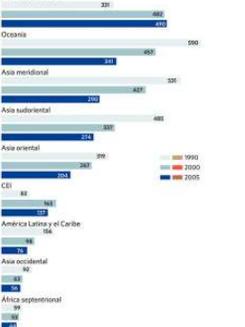
Según ampliados los esfuerzos para ofrecer tratamiento a quienes están afectados por el VIH por el SIDA. En diciembre de 2006, se calcula que 2 millones de personas estaban recibiendo tratamiento con antiretrovirales en las regiones en desarrollo. Esta cifra representa un 28 por ciento de los 7,1 millones de personas que se calcula que necesitan. Aunque el África subsahariana alberga a la gran mayoría de personas de todo el mundo afectadas por el VIH (53 por ciento), sólo aproximadamente una cuarta parte de esos 4,8 millones de personas que podrían beneficiarse de tratamientos con antiretrovirales, están recibiendo.

La magnitud de este problema va en aumento. Aunque 70000 personas recibieron por primera vez tratamiento en 2006, se calcula que unos 4,3 millones de personas se infectaron en ese año, destacando desde modo la urgente necesidad de intensificar los esfuerzos de prevención. De continuar así la tendencia, la cantidad de casos con una infección avanzada por VIH que necesitan tratamiento aumentará a mayor ritmo que el ritmo con el que pueden someterse los servicios de tratamiento.

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILLENO POSTERIOR DE 2007

Alcanzar las metas globales para el control de la tuberculosis necesitará de un progreso acelerado, especialmente en el África subsahariana y la CEI

Número de casos de tuberculosis por cada 100000 personas (excluyendo las personas seropositivas por VIH), 1999-2000 y 2005



La incidencia de la tuberculosis (medida en función del número de nuevos casos por cada 100000 personas) se ha establecido bien ha comenzado a disminuir en la mayoría de las regiones, tras los descensos antes en producción y mortalidad. Sin embargo, la cifra total de nuevos casos sigue creciendo lentamente en 2005 debido al crecimiento de la población. En 2005 se registraron 8,8 millones de casos nuevos de tuberculosis, 7,3 millones de los cuales se situaban en el África subsahariana y en los 4 países asiáticos. Un total de 1,6 millones de personas murieron de tuberculosis en 2005, incluyendo 190000 personas afectadas por el VIH.

Si bien la incidencia de la tuberculosis aumentó de forma dramática en el África subsahariana y en los países de la CEI a lo largo de los años 90, para 2005 se había nivelado en ambas regiones.