

Cuaderno de Propuestas

LA SALUD Y SUS DESAFIOS EN EL SIGLO 21

**Red Salud de la Alianza
por un mundo responsable, plural y solidario**

Noviembre 2001

Introducción

La red "salud" fue iniciada al final del año 2000 en la marco de la vía colegial de la Alianza para un mundo responsable, plural y solidario: se trataba de reunir profesionales y trabajadores de la salud y del trabajo social a nivel internacional, con el objetivo de reflexionar y hacer propuestas sobre los desafíos de la salud para el siglo 21.

Está claro que en sólo un año, estructurar una red realmente mundial e intercultural, capaz además de un trabajo colectivo de elaboración de propuestas, era un desafío muy grande. Sin embargo, la red "salud" logró desarrollarse a partir de un trabajo coordinado desde Chile por Juan Vielmas, que desembocó en un encuentro internacional en Cuba en octubre 2001. Además contribuyó a esta iniciativa Didier Seyler, francés que trabaja en Costa de Marfil, difundiendo sus aportes principalmente en un público francoparlante.

Los resultados se presentan bajo la forma de dos contribuciones sucesivas, una originalmente redactada en español, la otra en francés. La síntesis de estos textos y su enriquecimiento con el aporte de otras regiones del mundo, formará parte de las tareas de la red "salud", en el curso de los próximos años.

1/ Contribución coordinada por Juan Vielmas

Indice

Introducción

Definición de Salud

Crisis del sistema de expertos y del modelo biomédico

Nuevo Modelo de Salud

Actores del Sistema

Financiamiento y fondo Internacional Solidario

Introducción

La crisis actual de la humanidad se manifiesta especialmente en que una gran parte de ella sufre de la pobreza, la inequidad, la discriminación, del hambre, la desigualdad de oportunidades, el retraso tecnológico y la dificultad de acceso a la salud, entre otros padecimientos. Algunas cifras nos ayudan a demostrar esto:

- 1.300.000.000 de personas viven en la pobreza absoluta. Ganan menos de un dólar al mes y representan el 25% de la población mundial
- 30% de las personas no tienen acceso a agua potable
- 1.000.000.000 de personas sufren anemia por falta de hierro
- 200.000.000 de personas sufren malnutrición
- 2.000.000 de niños mueren cada año por enfermedades prevenibles por vacunas
- 7.500.000 de niños mueren en el período perinatal por mala atención
- La población femenina de los países subdesarrollados, equivalente al 84 % de las mujeres del mundo, tiene riesgo de muerte en uno de cada 48 procesos de parto. En los países ricos, esta proporción es de una mujer entre cuatro mil embarazadas.

Estas brutales estadísticas obligan a plantearse por lo menos algunas preguntas del porqué de esta realidad, más aún si casi todos los países del mundo han firmado declaraciones que los obliga a resolver estos graves problemas. Por otra parte, la salud es un tema que cruza a todas las sociedades y es una variable trazadora en el desarrollo humano por lo que su análisis parece ser ineludible y puede dar elementos que ayuden a una salida más global de la crisis.

Es por ello que algunos representantes de la Alianza han manifestado la necesidad de asumir esta cuestión y someter a debate las experiencias, las ideas y sobre todo, las propuestas concretas. Sin embargo, reconocemos que la salud es un tema de gran complejidad, por lo que no es posible agotar su análisis. Por esto, un grupo de trabajadores de la salud, participantes de la alianza, han priorizado la reflexión sobre algunos de sus elementos, tales como :

- la definición de salud, que debiera dar el marco para el desarrollo de acciones y propuestas concretas en este campo.
- el modelo o sistema de salud predominante, que se ha demostrado claramente insuficiente y que requiere reformularse, y
- la financiación que permita superar las desigualdades en salud

DEFINICIÓN DE SALUD

Existen diversas definiciones de salud que han intentado dar un concepto global y aplicable a cada momento histórico. La Organización Mundial de la Salud, en 1948 definió la salud como un completo estado de bienestar físico mental y social. De acuerdo a ésta, nadie se puede considerar sano ya que es una definición utópica, impracticable y extremadamente académica.

Otras definiciones como la de Milton Terris plantea que la salud no es un absoluto, sino que es un proceso continuo que puede ir desde la muerte, que sería el máximo de enfermedad, hasta el óptimo de salud. Ilich entiende el estado de salud como la capacidad de enfrentarse a la enfermedad.

Las preguntas que surgen son ¿ se puede plantear una sola definición de salud pero más operativa y más cercana a la gente o será necesario definir elementos generales con aplicabilidad local?

¿ Cuánto y hasta dónde se deben respetar las consideraciones culturales? La resección del clítoris por razones tradicionales en las adolescentes de algunos pueblos ¿es aceptable dentro de una definición de salud?

El colectivo de trabajadores de la salud de la alianza que han reflexionado en el Foro y en el encuentro de La Habana, estimó al respecto, que es difícil llegar a un consenso en la definición que sea aplicable a todos los momentos y sociedades y que una definición debe:

- Contener elementos generales básicos, genéricos.
- Ser aplicable y adaptable a nivel local.
- Respetar los valores culturales, siempre que no atenten con los derechos humanos fundamentales.

Los conceptos que debiera incluir son los siguientes :

- La salud es un derecho humano básico y componente fundamental del desarrollo humano. En esta medida, es imprescindible para desarrollar las potencialidades de las personas.
- La salud tiene un componente subjetivo que se expresa en el sentirse bien en diferentes grados, tanto en el presente como en una perspectiva de futuro y otro componente objetivo, expresado en la capacidad funcional que le permita enfrentar los desafíos del entorno. Esta capacidad funcional es cambiante y tiene que ver con lo genético y el proceso de envejecimiento. La relación entre lo subjetivo y lo objetivo es de interdependencia, donde las expectativas juegan un rol importante.
- La salud es la resultante de la interacción de distintos factores, tales como los económicos, sociales, políticos, biológicos, ambientales, culturales y de asistencia sanitaria. Una sociedad va a tener resultados mas o menos

favorables en su calidad de vida, en función de la acción que ejerce sobre esos factores. Ultimamente, Wilkinson (1992) ha presentado evidencias de que la salud de una población, está estrechamente relacionada con los niveles de desigualdad en los ingresos de esa población, de modo que si la riqueza acabase concentrada en menos bolsillos, podría determinar un descenso de los niveles en la salud, o como afirmó Sir Francis Bacon: "*el dinero es como el estiércol: sólo resulta bueno si está bien repartido*".

- La salud tiene un carácter dinámico que compromete la dimensión individual y colectiva. Ambas dimensiones son interdependientes. Existen factores que son de directa responsabilidad de los estados y otros de índole individual que corresponden a las personas y a sus decisiones. Tanto las expectativas como los modelos y estilos de vida de una sociedad influyen en las expectativas y decisiones individuales en el ámbito de la salud. La salud también trasciende al individuo y se realiza o materializa en su medio familiar, laboral y cultural, pudiendo existir sociedades sanas y sociedades enfermas.
- La salud acentúa las capacidades de las personas, les permite tener una visión de futuro y enfrentar los desafíos, adaptándose a los requerimientos, para lograr un equilibrio personal y con el entorno.
- La salud involucra los ámbitos bio-psico-sociales y ambientales. Para el logro de ésta, es necesario actuar en las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Requiere del cumplimiento de otros derechos humanos básicos como son: el alimento, la vivienda, la paz y la seguridad ciudadana, entre otros.
- Los resultados en salud son fuertemente determinados por los niveles de desarrollo de otros sectores sociales., desarrollos que a su vez, son potenciados por los mejores niveles de salud. Los esfuerzos por mejorar los niveles de salud se han canalizado principalmente a través de sistemas asistenciales, presumiblemente respondiendo a la creencia de que la asistencia sanitaria es el determinante más importante de la salud. Aunque

resulten decisivos en casos individuales, la disponibilidad de los servicios sanitarios, o su falta, no puede explicar las diferencias de salud observadas entre poblaciones distintas.

- Según diferentes estudios, la prosperidad y la salud están muy correlacionadas. Esto se ha observado en diferentes grupos de ingresos dentro de una sociedad o comparando diferentes sociedades entre sí. El aumento de la prosperidad constituye un indicador del éxito del pasado frente al entorno y una base para posibilidades futuras.
- Caldwell (1986) muestra que, dentro de la fuerte correlación interacciones entre salud y riqueza, determinadas sociedades consiguen medidas del estado de salud agregado muy por encima de lo que sus niveles de ingresos predecirían. También hace notar la existencia de características sociales concretas tales como altos niveles de educación de las madres. Otros estudios en varios países, a lo largo de años, han mostrado una correlación entre la esperanza de vida y diversas medidas del estatus social: los ingresos, la educación, la ocupación, la residencia (Wilkinson, 1992).

CRISIS DEL SISTEMA DE EXPERTOS Y MODELO BIOMEDICO

- En el mundo occidental, la salud está altamente medicalizada y se sustenta en la super especialización, lo que lleva a la pérdida de la mirada integral del ser humano. El origen de este modelo se basa en un pensamiento científico influido por el cartesianismo y el positivismo que lleva a la fragmentación del conocimiento.
- Lo anterior explica otra característica importante del modelo, como es su tendencia al uso indiscriminado de la tecnología por sobre los componentes humanos y relacionales en las prácticas de la salud.
- Los sistemas de salud han sido estructurados a partir de la oferta de servicios sanitarios, definidos por expertos, basados en los avances científicos y biomédicos y no por las demandas sentidas por la población y

las condiciones bio-psico-sociales, lo que en muchas ocasiones refleja una falta de legitimidad en las políticas de salud.

- El modelo se ha centrado sustancialmente en la curación por sobre la promoción y prevención de salud y en el ambiente hospitalario por sobre la atención primaria, más cercana a la gente.
- Por su carácter bio-médico no ha dado cabida a otras formas más tradicionales de enfrentar la salud.
- El modelo no ha podido adaptarse al contexto actual. Ha sido útil para resolver problemas de salud en determinadas épocas, pero no es capaz de enfrentar los actuales cambios demográficos y epidemiológicos.
- El modelo presenta :
 - debilidades organizativas
 - falencias en la formación de RRHH
 - limitaciones en la participación de las personas
 - incremento de los costos
 - insatisfacción de la población
- La deficiente participación no constituye contrapeso al modelo, generando poca adhesividad de las personas, lo que atenta contra la representatividad y la gobernabilidad del sistema.

NUEVO MODELO DE SALUD

Para resolver las falencias del modelo bio-médico, anteriormente descritas, se requiere un nuevo modelo de atención mas humanizado, centrado en el usuario, basado en los valores siguientes :

- Respeto a la dignidad de las personas
- Respeto a la diversidad (cultural, étnica, género, etc.)
- Solidaridad

- Responsabilidad (de todos los actores del sistema)
- Ejercicio de ciudadanía (deberes y derechos)
- Equidad (superación de desigualdades)
- Participación

Este modelo debe estar estructurado de tal manera, que los recursos disponibles sean administrados en forma priorizada para lograr una mayor eficiencia y equidad en la solución de los problemas de la población, con un enfoque social, con un fuerte componente educativo, participativo y multisectorial y las siguientes características:

- Universalidad
- Integralidad
- Continuidad
- Accesibilidad : geográfica, económica cultural y social
- Resolutividad. Efectividad. Eficiencia
- Valorización de las diferentes prácticas en salud.
- Adaptabilidad a la diversidad cultural.
- Promocional y preventivo.
- Prioriza a la Atención Primaria como actor relevante tanto en los recursos como regulador de proceso y como puerta de entrada.
- Financiación y regulación pública centralizada.
- Provisión y prestación pública, privada o mixta.
- Gestión descentralizada.
- La participación debe garantizarse mediante su integración a las estructuras de toma de decisión.
- La provisión y prestación debe considerar la visión integral de la persona en contraposición a la visión de la super – especialización.
- El modelo debe incorporar todos los medios, técnicas y experiencias reconocidas socialmente en la prevención y curación de las enfermedades, otorgando

libertad al usuario para optar por la que considere mas adecuada, siempre que no ponga en peligro la vida de las personas o su integridad física.

- El modelo debe generar las condiciones para que los usuarios decidan de manera libre e informada sobre cualquier procedimiento a que sean sometidos.
- En la toma de decisiones debe primar el logro del bien común por sobre los legítimos intereses de los gremios, los cuales deben armonizarse respecto al de los usuarios.

ACTORES DEL SISTEMA

Par cambiar el actual modelo por uno con las características descritas, es necesario que todos los actores asuman sus roles y confluyan en acciones consensuadas que permitan avanzar en este camino. Los actores principales son:

- Gobierno
- Usuarios
- Financiadores
- Proveedores

Existen otros actores relacionados y que influyen en el modelo a través de los actores principales. Estos son:

- Industria farmacéutica e investigación
- La clase política
- Universidades
- Organismos Internacionales
- Medios de comunicación
- ONG
- Gremios
- Otros

El gobierno debe regular toda una serie de actividades y normas sanitarias, garantizando el carácter participativo del sistema.

Debe asegurar la participación de los proveedores, así como respetar su dignidad y sus condiciones laborales.

Para que la participación de usuarios y trabajadores sea efectiva, debe producirse a nivel de toma de decisiones en cuanto a la planificación de acciones de salud, ejecución y evaluación de aquellas.

Esto pudiera darse a través de direcciones colegiadas de servicios o establecimientos, según sea la estructuración del sistema sanitario del que se trate, pero pensando siempre en procesos colectivos de dirección, donde se integren trabajadores y usuarios. La asignación de recursos debiera considerar por cierto la opinión de estas instancias de participación.

Debe evitar la confrontación de los actores, buscando las alianzas que eviten las conductas corporativas que persiguen beneficios particulares por sobre el interés común y que se apartan de la esencia de los valores del modelo.

El gobierno debe considerar en sus acciones, programas y políticas generales, las orientaciones que tiendan a favorecer la salud de la población. Las políticas de vivienda, del medio ambiente, de la cultura, de educación, etc. deben ser promotoras de salud.

Por su parte, los usuarios tienen que cumplir su papel como actores principales del proceso, exigiendo la participación en su diseño, calidad de las actividades y evaluación del mismo, tanto en los niveles locales como a nivel del poder político, presionando a sus representantes para se cumplan los valores y características del nuevo modelo.

Los usuarios debieran generar alianzas con los actores principales y secundarios para salvaguardar sus intereses, como también asumir también la responsabilidad en el auto cuidado y adoptar estilos de vida saludables.

FINANCIAMIENTO Y FONDO INTERNACIONAL SOLIDARIO

La financiación de la salud debe responder en primer lugar a los valores expresados por el modelo de salud, en particular a la equidad y la solidaridad. El origen de los fondos para la financiación puede ser variado : impuestos directos, impuestos generales, de las personas, de los empleadores, etc,. Debe existir preferentemente un fondo único.

La regulación para el uso de los fondos debe ser necesariamente centralizada, para asegurar la equidad y la solidaridad. Existe la necesidad de un Fondo Internacional de la Salud (FSI) que contribuya a elevar el estado de salud de las poblaciones mas desvalidas. Los recursos para estos fondos pueden provenir de diferentes orígenes y su objetivo esencial es generar desarrollo de la salud en las regiones mas desprotegidas del mundo.

Este fondo debe estar dirigido a cubrir carencias que inciden en la salud de la población y que no pueden ser atendidas por los países debido a sus condiciones de subdesarrollo o por la insuficiencia de sus recursos.

El FSI debe regirse por normas restrictivas para su uso al interior de los países de forma tal que no se desvirtúe el objetivo para el cual ha sido creado.

También es necesario establecer un alto grado de direccionalidad en el uso de este fondo, en el que sean determinante las inequidades y necesidades de estos países.

Para el uso de los recursos del FSI es necesario la creación de una guía metodológica consensuada por todos los miembros de este fondo.

El fondo debe dar preferencia en el uso de sus recursos principalmente a la creación de estructuras sanitarias propias y recursos humanos que permitan la sustentabilidad futura del sistema. Junto con lo anterior, debe propenderse a la satisfacción de necesidades básicas de las poblaciones, tales como alcantarillado, agua potable, etc. y privilegiar elementos como la promoción, la prevención, el

fortalecimiento de la atención primaria. Todo esto en el marco de un desarrollo integral de un sistema sanitario participativo.

Además, en este fondo debe promoverse una nueva concepción de la forma en que se aporta y distribuyen los recursos, cambiando el concepto de caridad por uno de solidaridad. (*Caridad : virtud religiosa que propende al amor al prójimo. Limosna que se da al necesitado. Solidaridad : adhesión circunstancial a la causa o empresa de otros*)

El origen de los fondos debiera provenir de los países mas desarrollados, de la industria farmacéutica , en esta ultima como una forma de revertir las inequidades que se han generado por los elevados márgenes de ganancias de los medicamentos, y eventualmente, de los fondos que en la actualidad se están utilizando por diversos organizaciones de ayuda humanitaria.

El fondo debe buscar alianzas con diferentes organizaciones, organismos internacionales y países interesados, como un primer paso para su creación. Al mismo tiempo, pueden utilizarse esas alianzas para diseñar pautas de direccionalidad para el mejor uso de los fondos que en la actualidad se están distribuyendo, evitando así la dilapidación que frecuentemente ocurre.

A partir de esta plataforma, ganar espacio y credibilidad para hacer efectivas las denuncias frente al uso inadecuado de las ayudas y generar conciencia en los países ricos para contribuir al fondo, sobre la base de un componente ético.

Sobre cómo y quiénes dirigirán el fondo, es un tema a discutir. Lo que parece aconsejable es evitar que quienes contribuyan con una alta proporción de fondos manejen las decisiones y al mismo tiempo, la representatividad del uno a uno, el excesivo centralismo y costos elevados de administración.

2/ Contribución coordinada por Didier Seyler

Cuaderno de propuestas para la salud del mañana
(contribución)

Nota de problemática
12 de noviembre de 2001

Presentación

La presente contribución es el fruto de un trabajo colectivo iniciado a principios de 2001. La redacción y la síntesis han corrido a cargo de Didier Seyler, médico francés de medicina general, residente en Costa de Marfil.

Muchas aportaciones han sido realizadas de la siguiente forma:

- intercambios, discusiones y relecturas del texto en el curso de múltiples reuniones (Abidján y París) con médicos franceses, médicos de países de África occidental y militantes políticos franceses (no médicos), que trabajan en África occidental y en Francia y fueron contactados a título personal,
- relecturas críticas y sugerencias con colaboradores de la FPH en París y con algunos “aliados”, ya sea en el curso de reuniones, ya sea por correo electrónico;
- relecturas críticas y sugerencias después de la presentación de la Alianza en listas de difusión especializadas en sanidad pública y en política sanitaria en los PVD (especialmente medicamentos); se trata principalmente de “E-MED”, que se difunde a 390 participantes sobre todo en la África francófona (46 países), y de “SANTÉ PUBLIQUE”, que se difunde a unos 150 participantes francófonos, sobre todo europeos.

La salud de la humanidad constituye una problemática transversal, poco tratada como tal en todas sus dimensiones. Al contrario, la gestión de la mayoría de los determinantes del buen estado de salud (alimentación, entorno, equipamiento, trabajo, etc.), es competencia de lógicas políticas y económicas, en las que la salud pública nunca es la finalidad.

Esta transversalidad conduce a numerosas intersecciones con otras problemáticas tratadas por la Alianza. Es necesario ver en ello un enriquecimiento en lugar de una redundancia, colocando el punto de vista de la salud humana entre las prioridades del futuro.

Analizando la situación del año 2000, me parece interesante desarrollar tres ejes de reflexión, puesto que comportan nuevos elementos susceptibles de modificar el enfoque sanitario en el futuro inmediato.

- Un eje medioambiental, con la aparición del concepto de segunda “revolución de la salud pública”;
- Un eje científico, principalmente en torno al medicamento y de su evolución;
- Un eje alimentario que, en muchos aspectos, pasará por razones múltiples, la problemática del medicamento y la del entorno.

Se añade a estos tres ejes, el desarrollo de una argumentación sobre el concepto “de informaciones esenciales” en materia sanitaria, y sobre su acceso. Esta propuesta es, en efecto, particularmente transversal a todas las cuestiones sanitarias.

Se trata obviamente de selecciones “arbitrarias” que no tienen que quitar importancia a los otros aspectos, más clásicos de la cuestión:

- *la ética, la antropología y la filosofía, especialmente alrededor de las nociones de salud, muerte, relación entre individuos y grupos, etc.,*
- la financiación de las políticas y de las acciones sanitarias y sus articulaciones entre los distintos niveles geográficos,
- la organización social y profesional del sistema sanitario,
- la importancia de los medicamentos no convencionales, ya sean “modernos” como la homeopatía, o procedentes de las sociedades llamadas “primeras”.

Además, las mejoras más importantes de la duración y de la calidad de vida son la consecuencia directa de la elevación general del estatus cultural y económico de los individuos que forman una población, más que de la acción de los médicos o de los antibióticos, por ejemplo.

Entorno y salud

Después de dos decenios, se observa una progresión masiva de las patologías crónicas graves en los países industrializados: cánceres, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades inmunoalérgicas (asma), etc. En Francia, según los datos de los registros de cáncer, entre 1975 y 1995, la incidencia de los casos de cáncer ha progresado en un 1% al año. Esta progresión es variable según la naturaleza de los tumores. En el caso de los tumores cerebrales, es de un 4% al año.

El estudio de la epidemiología del cáncer demuestra que las poblaciones migratorias adoptan en una o dos generaciones los mismos tipos de cáncer que los del país de acogida. Así, las japonesas que emigraron a Hawai tienen 4 veces más cáncer de mama que las japonesas que se quedaron en Japón,

y los japoneses de ambos sexos que han emigrado tienen 4 veces menos cánceres del estómago que los que se quedan en su país... El cambio de entorno (en el sentido amplio del término, incluyendo la alimentación y el modo de vida) puede ser la única explicación de una diferencia tan espectacular. Esta progresión no puede (ya no puede) estar vinculada al aumento de la esperanza de vida (los datos franceses son datos corregidos sobre la edad), ni con los comportamientos individuales, tabaco y alcohol especialmente, que disminuyen, aunque sus responsabilidades probadas siguen siendo, evidentemente, considerables.

Para los países industrializados, se trata de un cambio radical y masivo, llamado por algunos “*transición epidemiológica*”, causa principal de la inadaptación de los sistemas asistenciales fundamentados casi exclusivamente en el restablecimiento frente a la morbilidad infecciosa y traumática. En adelante, la medicina debe ocuparse, no de uno o varios episodios mórbidos separados, sino de uno o varios procesos de exposición/inducción/debilitamiento que, por su naturaleza y su dimensión, se desarrollan a lo largo de toda la vida.

La hipótesis de una responsabilidad causal de los elementos físico-químicos, presentes en el entorno y procedentes de la actividad industrial, sigue su camino. Por ejemplo, los pesticidas cada vez son más incriminados por hallarse en la génesis de los cánceres infantiles. El asma y los problemas reproductivos masculinos observados en occidente también están relacionados con causas medioambientales.

Los conocimientos recientes demuestran que no todas las sustancias tóxicas actúan con un “efecto de umbral”. Éste es el caso de los carcinógenos, para los que se considera que el riesgo existe desde que hay contacto con una única molécula. Para la salud humana, lo importante es la exposición a un producto peligroso, una exposición que puede existir en todos los ambientes a niveles distintos; la suma de estas exposiciones constituye un riesgo calculable.

El problema es que muy pocos productos (existen unos 100.000) han sido evaluados con estos métodos modernos de evaluación de riesgos. A título de ejemplo, una directiva europea de 1993 preveía el estudio de todas las sustancias químicas producidas o importadas que superasen las 1.000 toneladas al año (había 1.885). Disponemos de datos básicos de un 14% de ellas, y sólo 5 sustancias terminaron el proceso de evaluación del riesgo; para estos 5 casos, se solicitaron modificaciones importantes de la legislación ¡para proteger a los consumidores y a los trabajadores! Ante la lentitud del proceso, la Unión Europea propuso un Libro Blanco (febrero de 2001), que aplica la obligación de evaluación de riesgos sobre los industriales, con un plazo máximo del 2010 para las sustancias producidas en una cantidad superior a 1.000 toneladas, y un plazo máximo del 2012 para las producidas en una cantidad superior a las 100 toneladas.

Sin embargo, este primer trabajo necesario nos ofrecerá únicamente una parte de la respuesta, puesto que no tiene en consideración el problema de las coexposiciones. En efecto, a todas estas sustancias se les hace un test por separado, pero las poblaciones humanas están expuestas a varios contaminantes y no disponemos de ninguna herramienta científica para poder evaluar el efecto de esta coexposición.

Por otro lado, esto afecta únicamente a las sustancias químicas producidas, y no a los productos emitidos por la actividad industrial, como las partículas y los distintos contaminantes atmosféricos.

Por lo tanto, actualmente ignoramos por completo el riesgo de la mayoría de productos industriales existentes en nuestro entorno cotidiano, así como en el trabajo, en casa o en el exterior.

De aquí proviene la noción de principio de precaución, que consiste en tener en cuenta los riesgos desconocidos o mal conocidos. Este principio de precaución es distinto a la lógica de prevención, la cual supone el conocimiento, para aplicar la intervención previa. Es necesario actuar sobre la base de elementos de conocimiento sin tener la certeza absoluta de la relación exposición-efecto.

La puesta en evidencia de la causalidad de los “microbios” ante las enfermedades infecciosas realizada por Pasteur aceleró, hace 100 años, la aplicación de dispositivos de prevención, mucho antes, por cierto, de tener medicamentos eficaces para luchar contra los “gérmenes”. Este movimiento fue considerado como una revolución de la sanidad pública, la primera de la historia. Así, gracias a una acción sobre el entorno (red de agua y alcantarillado) fueron controladas, esencialmente, las grandes patologías infecciosas.

La evidencia de la responsabilidad de agentes químicos y físicos en el aumento considerable de las patologías crónicas, podría constituir perfectamente una *segunda revolución de la sanidad pública*, con unas consecuencias que serían, como mínimo, igual de importantes.

El reto es repensar el conjunto de los procedimientos de fabricación y de los modos de utilización, a la luz de los posibles riesgos para la salud humana.

La integración del principio de precaución en los cuerpos legislativos nacionales, en el europeo a partir del tratado de Maastricht, y en determinados tratados internacionales como el de Río de 1992, así como la presión de la opinión pública de los países ricos, acelerará la aparición de esta segunda revolución sanitaria pública en el próximo decenio.

¿Cuál será el destino de las poblaciones que viven en los países pobres, donde los sistemas de producción industrial son mucho más peligrosos y donde la noción de “riesgos aceptables”, (noción política y no científica), en ausencia de una opinión pública estructurada, difiere sensiblemente de los países del Norte?

¿Quién se opondrá a una deslocalización hacia el Sur de las fábricas que representen un riesgo y unir así “nuevos” riesgos medioambientales a los “antiguos”?

Sin duda alguna, los mayores problemas de los países del Sur dependen prioritariamente de la primera revolución de la sanidad pública. ¡Pero el ejemplo de la revolución pasteuriana demuestra bien que el saber no es suficiente para la protección de la salud!

Los medicamentos

Los medicamentos siempre han acompañado a la historia de la humanidad. Su función simbólica como “remedio”, sea cual sea su eficacia biológica real, es una constante que el futuro probablemente no cambiará.

Un gran número de medicamentos esenciales, como la aspirina o la quinina, aparecieron al margen de toda acción científica moderna, ¡hasta el punto de que si hubiesen sido descubiertos recientemente tal vez no hubieran podido ser comercializados, debido a las obligaciones técnicas y reglamentarias!

La evolución de los conocimientos científicos y técnicos cambiará completamente la situación del medicamento en el ámbito sanitario, pero también en toda la sociedad, haciendo del medicamento una problemática económica y política absolutamente mayor.

La noción de medicamento realmente eficaz desde el punto de vista biológico es una noción extremadamente reciente que podemos fechar en los inicios de los años 80. Esta noción de eficacia biológica se entiende como la utilización de métodos experimentales y reproducibles que permitan probar la acción farmacobiológica de un principio activo sobre una población indicada. Este enfoque que podríamos calificar de “moderno” se apoya, claro está, sobre los paradigmas racionalistas que definen en parte nuestras sociedades.

En adelante, si consideramos este punto de vista, sabemos lo que es un medicamento y, por tanto, ¡lo que no es un medicamento! Por esto, la utilización de este producto de alta tecnología impone un mínimo conocimiento sobre su utilización, sobre la comprensión de su funcionamiento; por ejemplo, la utilización de las relaciones beneficios/riesgos y costes/eficacias.

El acceso a los medicamentos esenciales (o eficaces) conlleva dos problemas que cada vez serán más acentuados:

- Un problema económico: el coste elevado de los medicamentos protegidos por patentes industriales; la no-producción de ciertos medicamentos esenciales (antiparasitarios, por ejemplo), debido a que las poblaciones que más los necesitan no son solventes.

- Un problema de organización: la ausencia de profesionales formados para su prescripción o/y su entrega; el acceso a la información necesaria para su uso, y la comprensión de dicha información.

Así, la mayoría de los medicamentos antiretrovirales utilizados contra el sida se pueden obtener en muchas ciudades africanas, pero ¿quién será capaz de explicar cómo se utilizan para que sus beneficios sean superiores a los riesgos de un mal uso, y quién es capaz de financiarlos?

Son necesarios entre 10 y 15 años para desarrollar un medicamento comercializable. Así pues, hoy en día podemos hacernos una idea de los medicamentos del mañana, y extrapolar las problemáticas que derivarán de ello. En este ámbito, como en todo el campo biomédico, se preparan verdaderas revoluciones conceptuales asimilables a una ruptura epistemológica.

Los medicamentos del mañana aspirarán a niveles de eficacia cualitativa y cuantitativa muy importantes; además, no se limitarán más a la esfera de lo curativo.

Desde hace una veintena de años, los métodos científicos permiten aportar respuestas cualitativas de tipo binario para una población estudiada que a menudo es bastante amplia; por ejemplo, tal intervención o tal medicamento son eficaces en tal situación, ¿sí o no?

Gracias a nuevos modelos experimentales, se añadirán a la respuesta cualitativa binaria (sí o no) respuestas cuantitativas, para muestras de poblaciones cada vez más pequeñas, con una tendencia a la individualidad; ello significa que si una intervención (un medicamento) es eficaz, podremos especificar cómo es de eficaz, y esto para una persona determinada; en definitiva, un medicamento estará extremadamente adaptado para una persona en particular que sufre una patología concreta.

A estas innovaciones tiene que añadirse la utilización y el desarrollo de nuevas tecnologías, como la ingeniería genética, la biología celular (células madre), la bioinformática y nuevos soportes como los alimentos tradicionales (plátanos, leche, etc.) y los tejidos, que, al añadirse a la química tradicional, transformarán por completo el aspecto de los medicamentos.

Las consecuencias de ello son muy previsibles: los costes de investigación y de producción aumentarán considerablemente, los precios de venta de los medicamentos también. Hoy en día,

constituyen en Francia alrededor de 22,5 mil millones de euros al año (150 mil millones de FF), es decir alrededor de un 15% de los gastos sanitarios, que, en sí, representan alrededor del 10% del PIB. Como mínimo, los presupuestos de marketing destinados a hacer comprar los medicamentos representan el 15% del volumen de negocios de esta industria, es decir, en Francia, por ejemplo, casi 30.000 euros al año (200.000 FF) y por médico prescriptor. Es razonable imaginar para dentro de 20 años, que todas estas cifras se triplicarán.

Las industrias del medicamento formarán parte de gigantescos conglomerados internacionales que intervendrán en sectores extremadamente variados, incluyendo el sector de la información y de la comunicación, tanto del “gran público” como de públicos profesionales.

La información independiente y de calidad sobre el medicamento, que permita hacerse una idea real de la utilidad de tal o cual producto para los individuos, estará aún más amenazada en el futuro, debido al peso económico y financiero de estas industrias, del marco jurídico de protección de las patentes y de la complejidad científica y técnica de los futuros medicamentos.

En esta óptica, los regímenes de protección social (sector salud/enfermedad) en los países ricos pueden estallar a medio plazo, y no hace falta decir que la mayoría de la humanidad quedará totalmente excluida del acceso a estos medicamentos del mañana, si la organización de nuestras sociedades permanece en estas condiciones.

Alimentación y salud

No es necesario recordar la importancia de la nutrición en la salud. La Organización Mundial de la Salud considera que la mitad de la humanidad presenta una malnutrición a causa de la cual más de mil millones de personas sufren exceso ponderal u obesidad. ¿Cuáles son los elementos nuevos que marcarán este ámbito en los próximos decenios?

La industrialización de la preparación de los alimentos y las comidas conlleva modificaciones cualitativas de las aportaciones alimenticias que implican poblaciones cada vez más importantes. Por razones técnicas y económicas, estas preparaciones están fundamentalmente desequilibradas, y esto más aún cuando su coste es reducido. El exceso de sal, de grasas, de azúcar, por ejemplo, conllevan un aumento probado de los riesgos de desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, e incluso de algunos tipos de cánceres.

El riesgo infeccioso “clásico” (listeriosis, botulismo, etc., es decir infecciones relacionadas con la mala calidad de las conservas) está globalmente circunscrito por esta industrialización a los países desarrollados, y los “accidentes” son, en principio, el reflejo de las infracciones. No pasa lo mismo en los países del Sur, puesto que las legislaciones y las sanciones no son del mismo nivel.

Por otro lado, incluso si esta constatación no es nueva, las carencias nutricionales siguen siendo, evidentemente, un reto cotidiano para la salud de los individuos y el desarrollo de las sociedades de los países del Sur. En este sentido, es conveniente recordar que la desnutrición es bastante a menudo la consecuencia de una mala utilización de los alimentos disponibles, es decir un problema de educación y de información, más que de la falta de la cantidad necesaria de estos alimentos.

Las conductas adictivas están vinculadas, clásicamente, a los modos alimentarios; esencialmente afectan al alcohol, el tabaco y los medicamentos. La industria tabaquera está perdiendo, bajo la presión judicial y de la opinión, sus mercados europeo y norteamericano. Su estrategia consiste en

invertir en los mercados de los países del Sur, sobre todo en Asia y en Latinoamérica, donde el consumo de tabaco entre los adolescentes y las mujeres se ha disparado gracias a estrategias de marketing especialmente eficaces.

El problema de la adicción puede provenir, sobre todo a escala individual, de aproximaciones complejas, que mezclan, por ejemplo, filosofía, cultura y sociedad. Sin embargo, es conveniente destacar el carácter industrial creciente de la producción de la mayoría de los productos adictivos (tanto los legales como los ilegales), que utiliza todas las facetas de la organización industrial (investigación y desarrollo, finanzas, marketing, etc.). Ello desemboca en una sobre-representación cada vez más masiva de las categorías de consumidores reclutados entre los más pobres y los más ignorantes de las poblaciones.

El público conoce poco las inversiones masivas en la química del cigarrillo con la única finalidad de aumentar la dependencia del consumidor, sea cual sea su coste en términos de morbimortalidad. Las revelaciones en este ámbito, posibilitadas por los recientes procesos judiciales americanos contra las industrias tabacaleras, demuestran hasta qué punto los dirigentes de dichas industrias eran conscientes de la nocividad extrema de sus producciones; también demuestran la existencia de verdaderas estrategias de desinformación dirigidas a esconder todas las tentativas de educación sanitaria.

Las fronteras entre alimentos y medicamentos serán, en un futuro próximo, cada vez más ambiguas: el concepto de “alicamento” ya existe, y se convertirá en un reto absolutamente considerable de los próximos decenios. Para dar únicamente un ejemplo, es teóricamente posible, por manipulación genética, transformar un plátano en una vacuna con numerosas valencias (es decir, equivalente a varias vacunas)...

Asimismo, es interesante constatar que, a escala mundial, los primeros grupos industriales de medicamentos (y de la química) son al mismo tiempo los primeros grupos industriales que intervienen en la agricultura con las semillas, los pesticidas, los OGM, etc., y que esta industria es, de muy lejos, la más rentable del mundo. Como prueba, por orden decreciente del volumen de negocios (1999): DUPONT, MONSANTO, NOVARTIS (Ciba/Geigy/Sandoz), ASTRA ZENECA y AVENTIS (Ródano-Poulenc/Hoechst), las cinco primeras sociedades.

Informaciones básicas en materia sanitaria: concepto y acceso

La constatación de que “los medicamentos contra el sida están en el Norte y los enfermos en el Sur”, demuestra, una vez más, que nuestro sistema de producción industrial a escala mundial no tiene como finalidad satisfacer las necesidades –en este caso, la asistencia médica a los enfermos–, sino acumular riquezas y poderes, si es preciso dejando morir a millones de personas aunque disponemos de los remedios para tratarlas.

Sin embargo, no todos los argumentos de los industriales del sector farmacéutico son inadmisibles. ¿Cuál es el motor principal que permite a algunas personas trabajar duro para investigar y descubrir nuevas moléculas? ¿Dónde están las moléculas modernas y eficaces salidas de los laboratorios de investigación soviéticos y chinos? El desarrollo de un medicamento, su producción, su distribución, sus controles de calidad, todo ello tiene un coste. ¿Quién debe pagar y qué debemos pagar?

En el Norte, quien paga es la sociedad en su conjunto, sean cuales sean los sistemas aplicados, el tipo de seguro para la enfermedad y el tipo de seguridad social de cada estado. La solidaridad financiera es lo que permite financiar la industria y su investigación, y lo que le permite a ésta sacar beneficios de ello, unos beneficios que se han convertido a lo largo del tiempo en los más

importantes de todas las ramas industriales. La importancia de estos beneficios, garantizada por la existencia de un sistema de solidaridad, tendría que conducir a reflexionar sobre la noción de “beneficio razonable”, compatible con el mantenimiento de la solidaridad que es su fuente, y en una ética mínima en el plano internacional. El beneficio neto, después de los costes de producción (incluyendo el precio de la investigación), ¿debe ser del 15 %, del 150 %, del 1500 %, o incluso más?

Por otro lado, el medicamento, si bien es necesario en muchas situaciones, no es menos insuficiente; la organización del sistema sanitario y el acceso a la información básica en materia de sanidad, tanto de los profesionales de la salud como de la población, también son importantes. Estas cuestiones universales son particularmente importantes en el Sur y, en adelante, también en el Este de Europa, puesto que el despilfarro de los recursos disponibles en estos países tiene consecuencias inmediatas en términos de morbilidad.

La información de calidad, es decir adaptada a su usuario, científicamente validada y “no tergiversada” por un conflicto de intereses, presenta en el fondo el mismo tipo de reto que para el medicamento: cada día en nuestro mundo mueren personas porque ni ellas ni su terapeuta tenían la “información correcta”.

Que en el Norte el profesional pueda ser teóricamente perseguido por incompetencia ¡no es sino un pobre consuelo desde para las víctimas!

Sería necesario rechazar el problema con el pretexto de una libertad para escoger a nuestro médico, mientras que esta libertad está en este punto oscurecida por el defecto, ¿incluso la retención voluntaria de información a todos los niveles? Los pacientes de aquellos que no dan los medios de acceso a las informaciones esenciales, ¿deben ser las víctimas de un sistema que les supera? Y, de todas formas, ¿cómo podrían saberlo!?

Las poblaciones, los profesionales de la salud, los políticos y técnicos encuentran dificultades crecientes para acceder a esta “información básica” en materia sanitaria.

Los motivos son numerosos: profusión de informaciones, a menudo de naturaleza comercial, concentración de los productores de informaciones y control de éstos por los productores de bienes sanitarios u otros (alimentación, agua, química, etc.), conflictos de intereses múltiples y dimisión de los dirigentes, coste de producción de la información de calidad, y obstáculos lingüísticos.

Para los profesionales de la salud, será necesario añadir una formación intelectual deficiente (ética, espíritu crítico, estrategia de competencia, etc.) y el peso considerable de los lobbies.

Las revistas biomédicas de calidad, casi siempre en inglés, están financieramente fuera del alcance de la mayoría de profesionales de la salud del mundo, o constituyen un esfuerzo relativo importante incluso en los países ricos, teniendo en cuenta el elevado precio de sus suscripciones.

Los que pagan con sus propios fondos suscripciones a revistas deberán, primeramente, estar convencidos de esta necesidad, cuando todo su entorno les empuja a contentarse con el marketing farmacéutico.

Además, algunas de estas grandes revistas empiezan a desarrollar un comportamiento de búsqueda de beneficios, ya sea espontáneamente, ya sea porque han caído bajo el control de grupos industriales. La destitución, en 1999, de los redactores jefe de dos de las principales revistas médicas mundiales (*JAMA* y *NEJM*), es uno de los ejemplos a meditar.

Merecen ser efectuadas las mismas preguntas que para los medicamentos esenciales: ¿Quién debe pagar? ¿Qué se tiene que pagar? Porque si hablamos de información de calidad, como mínimo necesariamente independiente de las industrias sanitarias, es conveniente remarcar que ésta tiene también un coste de producción, de difusión, de control de calidad; que también está protegida por un dispositivo de propiedad intelectual, etc.

En el Norte, el coste de los tratamientos terapéuticos y de la organización del sistema está colectivizado; ¿por qué no pasaría lo mismo con el acceso a las informaciones esenciales? ¿Por qué los habitantes del sur no pueden tener acceso a estas informaciones vitales, que nos ahorrarían tantas vidas?

La observación de los distintos sistemas que existen en la Unión Europea muestra que la colectividad no significa necesariamente poder público o poder de Estado, pero en todos los casos, ausencia de búsqueda de beneficios. Si la salud no debe ser un mercado, y precisa un financiamiento colectivo para asegurar la Solidaridad y la Calidad, entonces el acceso a las informaciones debe poder ser financiado también por la colectividad.

La OMS acaba de realizar un acuerdo con una serie de editores de revistas biomédicas para permitir el acceso gratuito de éstos a Internet a partir de 2002 (comunicado OMS/32 del 9 de julio de 2001).

A principios del año 2001, un movimiento iniciado por investigadores americanos amenazó con boicotear las revistas de publicaciones científicas que no respondieran a sus demandas de facilitación de acceso a los artículos, argumentando que las investigaciones que desembocan en la elaboración de artículos son, en general, financiadas por fondos públicos y que los derechos de autor son cedidos a editores privados. Su petición obtuvo 26.000 firmas provenientes de 170 países (véase *Le Monde* del 20 de abril de 2001). Una de las principales bases de datos americana (“Medline”) acaba de decidir el desarrollo del acceso libre a sus artículos, después de este movimiento.

Es necesario ir más lejos. Es necesario definir, en el ámbito de la salud, una “lista” con la información básica que ha de ponerse en conocimiento de todo el mundo, de forma comprensible, como la lista de los medicamentos esenciales. La producción, la distribución, los controles de calidad, las traducciones, todo ello debe ser objeto de una financiación colectiva, del mismo modo que la financiación del sistema sanitario.

Como en el caso de los medicamentos esenciales, los países desarrollados deben contribuir a incluir los países del Sur en la batalla por el acceso a las informaciones esenciales, empezando por los profesionales de la salud.

Esta batalla estratégica supera ampliamente el ámbito de la medicina preventiva y curativa. La lista de informaciones esenciales debe incluir las informaciones que afectan al ámbito del entorno y de la salud, y de la alimentación y la salud. Debe implicar tanto a profesionales de la salud como a profesionales de la información, para los que el concepto de independencia reviste los mismos retos.

Como en toda batalla, las alianzas deben estar pensadas en relación con los objetivos. Los Estados y, en Francia, el Seguro de enfermedad (es decir, la Seguridad Social), no deben ser considerados a priori como enemigos. Con tal de que no defiendan el punto de vista del beneficio. Lo que, aceptémoslo, no siempre es evidente cuando se observan las políticas de nuestros últimos gobiernos franceses, justamente en materia de medicamentos.

Los corporativismos profesionales son, en este sentido, mucho más dudosos, en vista de las relaciones ambiguas que mantienen las industrias sanitarias con nuestros líderes de opinión en el ámbito de la medicina.

Conclusión

La mayoría de la población mundial, que vive fuera de la treintena de países más ricos del mundo, seguirá sufriendo simultáneamente las consecuencias de las plagas infecciosas, de una alimentación de calidad degradada, con un aumento de los comportamientos adictivos teledirigidos por un marketing eficaz, y de la “*segunda revolución de la salud pública*”, al tiempo que se la seguirá teniendo apartada de los medicamentos esenciales que podrían inmediatamente salvar muchas vidas.

De ahora en adelante, grandes zonas del planeta (África, Europa del Este) verán retroceder la esperanza de vida de su población de forma significativa, mientras que en los países ricos aumenta en un año cada cuatro años.

Al mismo tiempo, en el marco de los países ricos, las desigualdades socioculturales respecto a la salud progresan más rápidamente que el aumento global de la esperanza de vida.

Los que sufren los efectos nocivos de un entorno degradado en su casa o en su trabajo, acumulan también todos los otros factores de riesgo.

Además, el coste de los medicamentos nuevos puede hacer explotar, a largo plazo, los sistemas de seguro de enfermedad, lo que conduciría una parte importante de nuestras poblaciones a la misma situación que la de los países menos favorecidos, una situación que puede observarse ya en los Estados Unidos de América.

Para cada uno de los tres ejes desarrollados aquí, el ***acceso a la información esencial***, es decir “adaptada y comprensible”, “validada” científicamente, no tergiversada por conflictos de intereses financieros y/o corporativistas, constituye el terreno de una batalla estratégica mayor en la que los poseedores de un liberalismo absoluto llevan ventaja.

Propuestas

En relación con el eje entorno y salud

1) Desarrollar a todos los niveles la investigación y la evaluación de riesgos de los productos industrializados.

-Creación de agencias continentales con estatutos autónomos disponiendo de medios humanos y financieros importantes, encargados de la evaluación del riesgo;

-Creación de agencias continentales o nacionales encargadas de las autorizaciones de comercialización y del control.

2) Desarrollar un etiquetaje claro e informativo sobre todos los productos comercializados.

3) Establecer y hacer públicas las zonas con riesgo procedentes de las actividades industriales presentadas y aprobadas; favorecer en este ámbito el trabajo multinacional y cooperativo para poder evitar las presiones intranacionales dirigidas a quedar en la opacidad.

4) Formar a los profesionales de la salud en este ámbito.

En relación con el eje medicamento

1) Constituir uno o más bancos de datos sobre el medicamento, independientes del mundo de la industria y de las finanzas, que puedan ser accesibles para todos en su propia lengua y de forma simple y comprensible; bancos cuyos datos serían científicamente validados en el plano internacional. El vector principal de esta base de datos podría ser Internet.

2) Repensar e inventar nuevos procesos de industrialización del medicamento que permitan a la vez seguir teniendo resultados en los descubrimientos de nuevos remedios, y hacerlos accesibles a todos aquellos que los necesiten.

En este marco:

- favorecer, en cada ámbito de población importante, una “autosuficiencia medicamentosa” mediante la transferencia de conocimientos y de *saber hacer*;
- favorecer particularmente, en cada ámbito de población importante, la producción de medicamentos no protegidos por patentes, bajo control y gestión (delegada o no) de una autoridad pública (¿OMS?).

En referencia al debate sobre la Organización Mundial del Comercio y a la protección de la propiedad intelectual.

NB: Esta propuesta es complementaria de la necesidad de repensar también las modalidades de financiación de la protección social. Fundamentalmente, incluso con un sistema de mutualización de los gastos (financiación colectiva de los gastos relacionados con un riesgo), ya no es aceptable ver el precio de los medicamentos (muy elevado) completamente desconectado de los costes reales de producción (muy bajos). Los costes de investigación y desarrollo no pueden justificar tal distanciamiento, puesto que éstos están totalmente “asegurados” por la solvencia de los consumidores derivada de los sistemas de seguro de enfermedad.

- 3) Prohibir la exportación de medicamentos a partir de los países ricos si su venta está prohibida en sus territorios (con mecanismos de excepciones apropiados).
- 4) Aplicar mecanismos que inciten a la investigación de los medicamentos llamados “indigentes” al menos del mismo tipo que los de los medicamentos “huérfanos”.

En referencia a las propuestas de Médicos Sin Fronteras.

NB: Un medicamento “huérfano” está destinado a tratar una enfermedad “huérfana”, llamada así a causa de su extrema rareza. Esta rareza hace que, desde el punto de vista industrial, no sea interesante el desarrollo de moléculas porque no es rentable financieramente.

Por analogía, llamamos medicamentos “indigentes” a aquellos que están destinados a tratar enfermedades que afectan principalmente a poblaciones no solventes, pero que a menudo son enfermedades que afectan a centenares de millones de personas, como las enfermedades parasitarias que hacen estragos en zonas tropicales.

En relación con el eje alimentación

Las propuestas ya ampliamente desarrolladas por otras temáticas, especialmente el cuaderno “Alimentación, nutrición, políticas públicas”.

- 1) Estrategias educativas prioritarias sobre la alimentación y la nutrición, en particular para los niños.
- 2) Etiquetado de los productos claros y simples.
- 3) Organización de negociaciones entre varios colaboradores para modificar la composición de los alimentos industriales (*modelo escandinavo sobre la sal, por ejemplo*).

Propuestas transversales

- 1) Organizar la independencia de las profesiones del ámbito sanitario

Se trata de un reto estratégico de capital importancia:

¿Al servicio de quién están los profesionales? ¿De la población o de los industriales?

Desde el punto de vista del médico, la finalidad de la medicina no es el beneficio, sino la lucha contra el sufrimiento y la enfermedad tanto de forma preventiva como curativa.

Es necesario evitar las estructuras corporativistas del tipo de la Orden de los médicos, en Francia, que sobre todo fue incapaz de preservar la independencia de los médicos en este país.

Tampoco se trata de estructuras sindicales que tienen otro papel.

Esto pasa por estructuras pluridisciplinarias y democráticas capaces de influir en la formación inicial y sigue en el plano ético, y capaz de mutualizar las experiencias mediante intercambios internacionales regulares.

Es bastante paradójico, teniendo en cuenta el nivel de estudios requeridos para numerosas profesiones relacionadas con la salud, que los intercambios internacionales (mayoritariamente

financiados por la industria del medicamento) sean casi exclusivos de una pequeña casta de profesionales desconectada de las realidades cotidianas y clínicas, mientras que la simple mutualización de las experiencias de unos y otros serían portadores de una fuerte dinámica.

2) Para una política de acceso a las “informaciones esenciales” sobre el modelo de la política de acceso a los medicamentos esenciales.

Esta política integra varios niveles:

Los “destinatarios”: población general y poblaciones particulares, es decir profesionales de la salud, periodistas, docentes, políticos, etc.

Los temas: salud y medicamentos, alimentación y nutrición, entorno y salud.

Existen numerosos ejemplos donde la retención de información más o menos voluntaria ha causado pérdidas considerables en vidas y en calidad de vida (el caso del amianto, la sal en la alimentación, la muerte súbita de los recién nacidos, el suplemento de ácido fólico en las mujeres embarazadas, la lactancia, etc.), y esto incluso en los países ricos.

El conflicto de intereses en la mayoría de los medios entre la información y los propietarios de estos medios, pero también el coste muy importante del acceso a las informaciones de calidad, son los obstáculos principales para la difusión de las informaciones esenciales.

El acceso a la información esencial es una condición indispensable para la democracia sanitaria, es decir para la implicación de todos en los procesos de decisión colectiva que afectan a la salud individual y pública.

2 bis) Creación de dispositivos penales que sancionen a las campañas de desinformación deliberada sobre la “información esencial”.

3) Desarrollar modelos de mutualización para financiar la sanidad aplicable por las comunidades que así lo deseen porque no existe un sistema de protección social, permitiendo disociar el nivel de riqueza de una comunidad con su acción de solidaridad sanitaria. Dicho de otro modo, demostrar que, sea cual sea su riqueza, una política sanitaria puede ser eficaz en el marco de un grupo, siempre que se apliquen ciertas reglas y obligaciones.