

La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América Latina

Antonio Ugalde¹
Nuria Homedes²

Resumen

El artículo analiza las características de las reformas de salud latinoamericanas, las estrategias que han seguido y las razones por las cuales los resultados esperados no se han dado. En su análisis, los autores

Palabras clave

Globalización y salud, reformas de salud, políticas de medicamentos, clases sociales.

Key words

Globalization and health, health reforms, pharmaceutical policies, social classes.

Introducción

A lo largo del siglo pasado todos los países experimentaron importantes reducciones de las tasas de mortalidad infantil, aumentos significativos de la esperanza de vida (Ahmad et al. 2000) y disminuciones notables de las tasas de enfermedades transmisibles. La ampliación de la cobertura de inmunizaciones y la aplicación de nuevas tecnologías, muchas de ellas muy simples y baratas tales como las sales de rehidratación oral, contribuyeron a la reducción de la mortalidad infantil y de me-

1. Departamento de Sociología, Universidad de Texas-Austin.

2. Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas-Houston.

explican que el fracaso de las reformas se debe a la ideología neoliberal que ha inspirado la selección de las estrategias dirigidas a beneficiar la nueva clase dominante transnacional que ha surgido como resultado de la globalización. Igualmente importante es entender las razones por las cuales las reformas han excluido estrategias que estudios pasados habían identificado como más adecuadas que las escogidas para mejorar la eficiencia, equidad y calidad de los servicios de salud. Para ello, los autores examinan en detalle la política de medicamentos y demuestran que la exclusión de estrategias farmacéuticas responde a la necesidad de salvaguardar los intereses de la industria cuyos beneficios enriquecen a la nueva clase dominante.

Abstract

The article analyzes the characteristics of Latin American health reforms, the strategies chosen to implement them, and the reasons for the reforms' failure. The authors explain that the neoliberal ideology that guided the selection of the strategies aimed at benefiting the new transnational dominant social class rather than the health of the people. The papers suggests that it is important to learn why the reforms excluded other strategies that had been recommended by previous studies and WHO and were considered very adequate to improve efficiency, equity and quality of care. To this end, they study in detail the pharmaceutical policies and show that the exclusion of strategies in this area respond to the need to safeguard the economic interests of the transnational pharmaceutical industry that in a final analysis benefits the transnational dominant class.

nones de cinco años. Hoy día por ejemplo, en los países de América Latina, con pocas excepciones, la cobertura de inmunizaciones contra la polio, rubéola, tosferina, tétanos, y la difteria está por encima del 80 por ciento.

A pesar de estos avances y de muchos otros progresos, el sector salud en América Latina tiene grandes deficiencias. Aunque la mortalidad infantil se ha reducido, continúa siendo inaceptablemente alta para muchas poblaciones y lo mismo se puede decir de las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas y diarreas en niños menores de cinco años. Las tasas de fertilidad y de mortalidad materna siguen siendo altas. En varios países de la región el porcentaje de mujeres que tiene acceso a atención prenatal y parto institucional es bajo. Una proporción elevada de personas muere sin certificado de defunción, lo que confirma problemas de acceso a los servicios de salud. Efectivamente, hay pocos países con acceso universal a servicios de atención primaria, una parte relativamente grande de la población no tiene acceso a servicios de tercer nivel y muy pocos tienen acceso a tecnologías costosas pero necesarias que —dados los niveles de desarrollo de la región— son económicamente accesibles para los gobiernos de prácticamente todos los países.

Las condiciones sanitarias —particularmente en las áreas rurales— son deficientes. Han aparecido nuevas enfermedades transmisibles y las antiguas —que se pensaba que estaban erradicadas o bajo control— han regresado. Por ejemplo, la malaria está aumentando, el dengue y las epidemias de cólera son frecuentes, y cada día es más caro tratar a pacientes tuberculosos porque han surgido cepas resistentes a los tuberculostáticos clásicos y muchos tratamientos se complican. Recientemente, la polio, que se pensaba que estaba erradicada en las Américas, ha resurgido en Haití y en la República Dominicana (Morbidity and Mortality Weekly Report 2000). Como

es de esperar, muchos de estos problemas afectan en forma desproporcionadamente alta a los pobres. La implementación de reformas adecuadas del sector sanitario puede solucionar a un costo muy razonable, al alcance de las economías de los países de la región, las deficiencias del sector.

La globalización

Para entender la naturaleza de las reformas que se están implementando en el sector de salud de América Latina, al igual que en otros sectores, hay que tener en cuenta el contexto en el cual se están dando, es decir la dinámica de los cambios técnicos, financieros y de política internacional de nuestro tiempo. Estamos viviendo una época de importantes innovaciones en los sistemas de comunicación, ampliaciones enormes en el comercio internacional y una liberalización casi total del movimiento internacional de capital, así como importantes transformaciones en las estructuras gubernamentales internacionales. Todos estos cambios se pueden incluir dentro del concepto de globalización y afecta profundamente la forma de operar de los países. Por ello no es de extrañar que cada día son más los intelectuales que estudian la relación entre los procesos globalizadores y la salud (Bezruchka 2000, Labonte 1999, Yach and Bettcher 1998, véase también *Lancet* vol. 351, febrero 7, 1998 con un amplio número de artículos sobre el tema, y la bibliografía que incluye Lee 1998).

Frecuentemente la globalización se define en términos exclusivamente económicos como un proceso de interdependencia económica entre países que resulta del aumento de las transacciones comerciales internacionales de bienes, servicios y capital. Otros autores consideran que la interdependencia económica es solo una dimensión de la globalización. Para ellos, la globalización implica una pérdida de soberanía nacional, homogenización cultural, o el derribo de las barreras políticas que separan a las naciones; lo que no parecen tener claro es el tipo de

estructuras políticas globales que surgirán en respuesta a los bloques políticos, económicos y comerciales que se están constituyendo.

Nuestro acercamiento a la globalización es desde una perspectiva sociopolítica. Todos estos cambios (nuevas tecnologías, nuevas estructuras políticas internacionales e interdependencias) podrían haberse dado bajo la influencia de diferentes ideologías y las consecuencias hubieran sido también diferentes. Consideramos necesario definir la globalización teniendo en cuenta la ideología imperante que es la neoliberal. Entendemos la globalización neoliberal como una nueva etapa en la historia de la dominación humana: un nuevo proceso de colonización a través del cual una nueva clase dominante —cuya característica es ser transnacional— controla a la clase trabajadora de todas las naciones. Los instrumentos de dominación son las compañías transnacionales y las organizaciones internacionales, en particular el Fondo Monetario Internacional (FMI), los bancos multilaterales, y más recientemente la Organización Mundial del Comercio (OMC). No es este el lugar para presentar las diferentes organizaciones, foros y frecuentes cumbres que son parte de este complejo entramado que cementa el poder global de una pequeña clase dominante transnacional, baste mencionar el G-8 y la OECD, entre otros muchos. A no ser que se indique lo contrario, en el resto del trabajo, cada vez que se usa el término globalización nos referimos a la globalización neoliberal.

Para efectos de la discusión que sigue y sin pretender llegar a una definición definitiva, entendemos por clase dominante transnacional aquel conjunto de personas que reside tanto en países ricos como en países pobres que ocupan las posiciones de poder más altas en las compañías transnacionales o que controlan un cierto porcentaje de las acciones de dichas compañías, los grandes terratenientes y aquellas personas que son dueños de grandes empresas nacionales. Aunque

pertenezcan a culturas muy diferentes, los miembros de esta clase dominante se sienten culturalmente afines, tienen los mismos valores y se comunican más fácilmente entre ellos que con los trabajadores y los pobres de sus propios países; es decir, que lo que tienen en común y que los une (los valores de la nueva sociedad global) supera las diferencias culturales que los separan. Lógicamente, hay más miembros de la clase dominante transnacional en los países ricos que en los pobres, pero en casi todos los países hay miembros de esta clase.

La respuesta neoliberal a los problemas del sector salud

Para resolver las severas recesiones económicas que enfrentaban los países de la región en los años ochenta, el FMI y el BM exigieron ajustes estructurales que incluían recortes profundos de los servicios sociales públicos. Al mismo tiempo, las crisis económicas de los ochenta pusieron de manifiesto, tal vez de forma más clara que nunca, que las condiciones de salud en América Latina estaban por debajo de lo que se podría esperar dado el nivel de desarrollo socio-económico de la región y la magnitud del gasto en salud.

Los ajustes estructurales redujeron el gasto en salud, lo que llevó a un deterioro aun mayor de los servicios de atención médica y disminuyó la inversión en salud pública, en prevención y promoción de la salud. Concomitantemente, se fueron deteriorando la capacidad administrativa y los programas de formación y capacitación del personal. La CEPAL (1994) atribuyó el deterioro de los servicios públicos de salud y el empeoramiento de la salud a los recortes presupuestarios exigidos por los ajustes estructurales. Para la CEPAL las políticas neoliberales fueron responsables del colapso del sector sanitario y obligaron a los ciudadanos a acudir al sector privado para recibir servicios de calidad (ibid.: 40).

El Banco Mundial aprovechó el co-

lapso de los servicios públicos de salud para “acabar de demostrar” la ineficiencia, incapacidad e incompetencia del sector público y exigir la reducción del papel del Estado como parte de las reformas neoliberales del sector salud. El Banco ignoró evaluaciones sectoriales minuciosas y bien documentadas que se habían llevado a cabo en los años setenta que habían identificado otras estrategias para mejorar los servicios, pero que —por razones que se explicarán a lo largo de este trabajo— quedaron excluidas de las reformas neoliberales.

Entre las intervenciones que se habían propuesto con anterioridad figuraban las siguientes: innovaciones en las políticas de formación y gestión de los recursos humanos, incluyendo su distribución, así como un incremento en la preparación de médicos de familia y una reducción del número de especialistas; la ampliación de los programas de prevención y promoción de la salud; aumento de presupuesto para la provisión de servicios ambulatorios y fortalecimiento de la red de servicios de atención primaria, aunque esto significase una disminución de la inversión en la red hospitalaria; la centralización de servicios hospitalarios, la ampliación de la red de servicios y cobertura en áreas rurales; el control del uso de tecnologías caras y el uso de medicamentos genéricos y listas de medicamentos esenciales.

Varios países implementaron algunos de esos programas antes de que se empezara a hablar de las reformas neoliberales. Así, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) organizó un programa de medicina familiar para disminuir el énfasis en las especialidades médicas y dar más importancia a la atención primaria; México amplió la seguridad social con el programa IMSS-Coplamar el cual daba atención primaria, especializada y hospitalaria gratuita a miles de campesinos (Lozoya Legorreta 1988); en Ecuador se creó un programa de seguridad social para las comunidades rurales, el Seguro Social Campesino (Córdova

Jiménez 1980); y en la República Dominicana se inició un programa de medicinas genéricas y de boticas populares que consiguió reducir considerablemente el precio de los medicamentos esenciales para los pobres (Ugalde y Homedes 1988).

Las estrategias de las reformas neoliberales

Los promotores de las reformas neoliberales aseguraron que su implementación mejoraría la calidad, equidad, eficiencia de los servicios y la satisfacción de los usuarios, todo esto manteniendo condiciones de sustentabilidad financiera. Nadie podría oponerse a estos objetivos. El problema han sido las estrategias escogidas por los bancos multilaterales y la Agencia para el Desarrollo de los EE.UU. y otras agencias bilaterales (los instrumentos de dominación usados por la clase dominante transnacional), que naturalmente responden a principios neoliberales. Las principales estrategias son: la oferta de un paquete de servicios básicos de salud o canasta de salud a las que la toda la población tiene acceso gratuito; la descentralización; un cambio en el papel del sector público, que deja de ser proveedor de servicios para incrementar su papel de regulador; y la privatización y cambios en el financiamiento de los servicios de salud.

La canasta de servicios básicos de salud

Uno de los pilares de la reforma es la canasta de salud o el paquete de servicios básicos. Dependiendo del país, la canasta la ofrece el ministerio de salud, la seguridad social, los seguros privados, ONGs, o una combinación de ellos. En la mayoría de países el número de servicios incluidos en la canasta es muy pequeño: atención mínima prenatal, atención de partos, planificación familiar, atención de infecciones respiratorias agudas, sales de rehidratación oral e inmunizaciones. México tiene uno de los paquetes más

completos y solo incluye 14 servicios. Son contados los países que han subsidiado una amplia canasta a través de un sistema de seguros de salud; y en estos países no se ha alcanzado la cobertura universal. En Colombia, por ejemplo, casi una década después de iniciada la reforma, el 36 por ciento de la población no tenía cobertura. En definitiva, la lista de servicios incluidos en la canasta no satisface muchas necesidades básicas de salud tales como el acceso a medicamentos esenciales, una respuesta oportuna y adecuada a la mayoría de problemas agudos y cuidados de enfermedades crónicas.

No todos los países han incluido la canasta en la reforma de salud, pero los países que sí lo han hecho, han definido la lista de servicios sin consultar con la población; y dentro de los países, los servicios incluidos en la canasta son los mismos para todos los ciudadanos independientemente de las variaciones regionales que puedan haber tanto desde el punto de vista de morbilidad y mortalidad como cultural.

El objetivo no declarado de esta estrategia ha sido aparentar que se cumple el mandato constitucional que exige del Estado la obligación de asegurar el acceso a servicios de salud de todos los ciudadanos. La canasta tiene también el objetivo de hacer creer a los ciudadanos que la clase dominante transnacional de cada país está preocupada por la salud del pueblo y por los principios de justicia social.

Se puede sugerir que, con la excepción quizá de Haití, las economías de los países latinoamericanos, si estuvieran bien administradas, podrían proporcionar cobertura universal de cuidados primarios y hospitalarios generales y tendrían recursos para proporcionar cuidados relativamente sofisticados de tercer nivel a sus ciudadanos. Es decir que la canasta de servicios básicos no se justifica en esta región.

Descentralización y privatización

Los que promueven la descentraliza-

ción la justifican basándose en las hipótesis de que la toma de decisiones a nivel local satisface mejor las necesidades de la comunidad; reduce las posibilidades de que burócratas distantes que desconocen las necesidades locales cometan errores que pueden ser costosos; y aumenta la participación ciudadana, con lo que se promueve la democratización. El resultado es un uso más eficiente de los recursos, mejor calidad y mayor satisfacción de los usuarios.

Las evaluaciones que se han hecho en América Latina indican que estas expectativas no se han cumplido. Ugalde y Homedes (2002) han presentado un análisis detallado del fracaso de las políticas descentralizadoras en América Latina y sugerido que han incrementado la inequidad sin que se hayan demostrado mejoras en eficiencia y calidad.

Se puede sugerir que la clase dominante transnacional ha incluido la descentralización en las reformas sanitarias para transferir el gasto público a las provincias (o departamentos o Estados) y facilitar la privatización de los servicios. Al transferir la responsabilidad fiscal a las provincias, el gobierno central libera fondos para pagar la deuda externa. Su pago es un requisito para los nuevos préstamos que benefician a la clase dominante.

En algunos países como México (Gómez Dantés 2000), Costa Rica (Castro Valverde 1998), El Salvador (Zamora 2001) y Guatemala la descentralización incluye la contratación de la provisión de servicios a ONGs y a grupos o empresas privadas. La privatización es otro de los pilares fundamentales de las reformas neoliberales. La privatización se entiende como una transformación de las funciones del Estado. Éste deja de producir bienes y proveer servicios. Los que venía haciendo los transfiere al sector privado. La función del Estado se limita a regular los producidos y proveídos por el sector privado. En la cosmovisión del Estado neoliberal:

- El sector privado es más eficiente

que el sector público. Esta afirmación sirve para encubrir la verdadera razón por la que se prefiere al sector privado sobre el público. El primero enriquece a la clase dominante, el segundo le extrae impuestos.

- La caridad reemplaza a la solidaridad. La clase dominante necesita la caridad para tranquilizar su conciencia.

- El individualismo sustituye al colectivismo. Este principio permite hacer responsable al individuo de su enfermedad (blaming the victim) y resta responsabilidad al sector privado de la enfermedad que produce (al contaminar, al no evitar accidentes, al producir estrés, pagar salarios basura, etc.).

De acuerdo a estos principios el sector salud del Estado solo es responsable de regular las actividades de las empresas privadas que proveen los servicios de saneamiento, provisión de agua y alcantarillado, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, educación sanitaria, atención médica, etc. Es decir, la transformación del Estado implica la privatización de los servicios de salud. También justifica la oposición a la producción de bienes tales como medicamentos. En algunos países como Argentina y Brasil el Estado tiene capacidad de producir medicamentos en laboratorios estatales y podría satisfacer una gran parte de las necesidades de sus habitantes. Hasta el presente, el gobierno argentino ha preferido dejar a sus ciudadanos sin medicamentos antes que producirlos en los numerosos laboratorios públicos que están inactivos. Brasil ha seguido una política neoliberal menos radical y el gobierno ha producido medicamentos contra VIH/SIDA.

El objetivo de la regulación es asegurar la calidad de los bienes y servicios producidos por el sector privado y de esta forma proteger la salud de los ciudadanos. En América Latina, antes de las reformas, la capacidad reguladora del Estado era muy limitada. El control de los alimentos, del medio ambiente, de la calidad de agua, de la calidad de servicios médicos, de los

medicamentos (punto que se discutirá más adelante) y de las compañías aseguradoras era casi inexistente. La ineficacia de las superintendencias de salud en varios países es un buen ejemplo de la poca capacidad reguladora del sector sanitario.

Las contradicciones de las políticas reformistas neoliberales son patentes. De un lado, promueve la privatización del sector sanitario y critica la ineficiencia del sector público. De otra parte, la ineficiencia del sector público se debe a la incapacidad reguladora del Estado. Al transformar el rol del Estado de proveedor a regulador, las políticas reformadoras neoliberales no explican cómo el Estado va a adquirir una capacidad reguladora que ha sido incapaz de obtenerla en el pasado. Sin entender bien el origen del problema es difícil encontrar la solución. En el caso que se encontrara, el Estado podría solucionar muchos de los problemas del sector público.

El ejemplo recientemente descrito por La Forgia et al. (2002) de la República Dominicana ilustra magistralmente este punto. Los autores han detallado las consecuencias desastrosas de la promoción del sector privado (en el caso dominicano subsidiado por el Estado) antes de que el Estado adquiriera una capacidad reguladora. El gobierno fue incapaz de establecer normas para que hubiera una competencia adecuada, estándares mínimos de calidad y regular la conducta poco ética de las empresas aseguradoras, lo que ha producido todo tipo de exclusiones y abusos. Su estudio termina afirmando que en ese país la reforma se ha hecho toda al revés. Desgraciadamente, lo mismo se puede afirmar del resto de los países que se han embarcado en reformas neoliberales. Lo interesante de este estudio es que los dos autores principales son burócratas del Banco Mundial y que los bancos multilaterales han sido los principales promotores de la reforma.

El resultado de la privatización en América Latina ha sido catastrófico: se está desmantelando el sector sanita-

rio público cargado de problemas y se fomenta un sector privado tanto o más desastroso porque los Estados siguen sin capacidad reguladora (Homedes y Ugalde 2002). Si en el pasado el Estado hubiera tenido una capacidad reguladora efectiva los servicios públicos hubieran sido eficientes y equitativos y la reforma de cada país, más que promover nuevos modelos, debiera haberse concentrado en solucionar las deficiencias propias, incrementar aún más la capacidad reguladora, buscar mecanismos que aumentaran la calidad y satisfacción de los usuarios y buscar mayores eficiencias al enfrentarse el sector salud con nuevas tecnologías sumamente costosas.

Hay varias razones que explican la debilidad reguladora del Estado. Las grandes compañías nacionales y transnacionales, que son los instrumentos de dominio de la clase dominante transnacional, se han opuesto sistemáticamente a un Estado regulador. Esta posición presenta de nuevo la contradicción de las teorías neoliberales. La industria siempre ha propuesto la auto-regulación como una fórmula más eficiente, pero el estudio de las corporaciones deja claro que la auto-regulación se presta a muchos abusos y a prácticas corruptas. Otra razón por la que el Estado ha carecido de una capacidad reguladora en América Latina es por la falta de personal técnico calificado y por falta de recursos. Sorpresivamente, las reformas neoliberales han puesto muy pocos recursos y esfuerzos en solucionar estas carencias.

La realidad es que sin cambios estructurales más o menos profundos, las posibles estrategias para fortalecer la capacidad reguladora del Estado son muy limitadas. Por razones obvias, a la clase dominante transnacional no le interesa que el Estado regule las compañías transnacionales. Las intervenciones quedan por tanto reducidas a la formación de personal y disminución de la corrupción. Por razones también obvias, se ha excluido el estudio de la corrupción de los políticos y del sector privado, y la participa-

ción de los bancos multilaterales en facilitar o permitir la corrupción del sector público (Homedes 2001). El Banco Interamericano de Desarrollo ha patrocinado un estudio sobre la corrupción de los funcionarios de salud (Di Tella Savendoff 2002), pero no ha querido estudiar la corrupción del sector privado. Las reformas han avanzado muy poco en la formación de personal regulador.

Las compañías transnacionales de seguros son las que se benefician de la privatización de los servicios de salud. Las compañías de seguros, particularmente las de los EE.UU. están penetrando el mercado de América Latina. Por ejemplo en Brasil, Aetna, una compañía norteamericana, posee un gran número de grupos de salud administrados por Sul América Seguros, que es la compañía de seguros más grande en el país con 1,6 millones de inscritos en su programa de salud y con ingresos de u\$s1.200 millones en 1996. Galeno Life TIM, una compañía argentina de seguros de salud, controlada por el grupo Exxel, tuvo ingresos de u\$s181 millones; Cigna tiene más de 100.000 inscritos en Chile y 40.000 en Guatemala (Stocker et al. 1999). En México, las compañías estadounidenses de seguros están posicionándose en el mercado para acaparar el mercado de casi 40 millones de personas el día en que el gobierno mexicano decida dismantelar el IMSS y privatizar la prestación de los servicios. Stocker et al. (1999) han documentado de forma muy detallada los nexos entre la privatización, las políticas del BM y las ganancias de las transnacionales, lo que confirma que la privatización es una estrategia para el beneficio de la clase dominante transnacional.

En general, las reformas neoliberales de salud han sido impuestas desde arriba, sin consultar a los ciudadanos y en algunos casos se han hecho pactos secretos entre el BM y el ejecutivo de un gobierno (Acosta Córdova y Correa 1998, Homedes et al. 2000), que generalmente controla la clase dominante, con exclusión del poder legisla-

tivo que en algunos países puede estar más en favor de proteger a la clase media y trabajadora. El FMI, el BM, y el BID presionaron a los gobiernos para que aceptaran las reformas neoliberales al condicionar los préstamos que los países necesitaban para rescatar sus economías, al mismo tiempo que ofrecieron cuantiosos préstamos a intereses comerciales para llevar a cabo las reformas.

Hasta este momento hemos presentado los objetivos buscados por las reformas neoliberales y demostrado que no se han conseguido. Para entender mejor las reformas neoliberales nos ha parecido importante incluir una sección en la cual discutimos la política de medicamentos como un ejemplo de políticas que quedaron excluidas y las razones por las cuales debía haber sido incluida y por las que fue excluida.

Reformas neoliberales y medicamentos

Los medicamentos son una parte importante de la medicina moderna y cuando se usan adecuadamente tienen un impacto muy positivo en la salud, de lo contrario pueden representar un riesgo para el usuario y para la sociedad. En 1995, el mercado latinoamericano de medicamentos fue de u\$s18.058 millones, representando cerca del 7 por ciento del mercado mundial. El gasto en medicamentos varía mucho de un país a otro, desde u\$s9 per capita en Honduras y Nicaragua hasta 150 en Argentina. Los gastos per capita del Uruguay están cerca de u\$s97, en Brasil 61, en Colombia y la República Dominicana 30, en Perú 25, en Ecuador 24, en Venezuela 22, en Costa Rica 16, en Guatemala 12 y en Bolivia 10 (PAHO, 1998).

Dada su importancia para la salud y su alto costo, la OMS, los gobiernos y algunas ONGs han dedicado una cantidad apreciable de recursos al estudio y promoción del uso apropiado de los medicamentos. A pesar de todos estos esfuerzos, los pocos estudios que existen sobre el tema sugieren que en la

mayoría de los países de la región los medicamentos se utilizan de forma irracional. El resultado es una gran pérdida de recursos y aumento de morbilidad y mortalidad por reacciones adversas.

El uso inadecuado de medicamentos tiene otros impactos muy negativos para la salud. Por ejemplo, en América Latina un gran porcentaje de años de vida perdidos se debe a enfermedades infecciosas evitables o tratables. El tratamiento de la mayoría de las infecciones es fácil y relativamente barato, pero debido al uso inadecuado de los antibióticos, los genes bacterianos resistentes se diseminan de país a país, lo que limita la efectividad de los tratamientos y los hace significativamente más caros.

Existen muchos otros problemas en el sector farmacéutico que tienen un impacto significativo en la eficiencia y calidad de los servicios y han sido ampliamente documentados tales como: excesivo número de medicinas registradas; sistemas inadecuados de compra, almacenamiento y de distribución de medicamentos; venta de medicinas de receta obligatoria a usuarios que no la presentan; la automedicación excesiva (especialmente entre los pobres, Lalama 1999); prescripción inadecuada de medicamentos (Gutiérrez et al. 1994; Hogerzeil et al. 1993; Reyes et al. 1998; Paredes et al. 1996 y Valsecia et al. 2001) y falta de cumplimiento por parte de los pacientes de las recomendaciones de los médicos (Hornes y Ugalde 1993).

Al contrario de otras actividades en el sector salud para las cuales existen varias alternativas (por ejemplo los sistemas de financiamiento y de prestación de los servicios), hay normas muy claras de lo que se debe hacer para mejorar el uso adecuado de los medicamentos, pero su implementación ha sido difícil por la tremenda oposición ejercida por parte de los médicos, la industria farmacéutica y las comunidades mal informadas. Las reformas de salud ofrecían una ventana de oportunidad sin precedente para desarro-

llar políticas que guiaran el desarrollo del mercado farmacéutico internacional y facilitaran el papel de los gobiernos como reguladores y promotores del uso apropiado de los medicamentos. No hay duda de que la mejora en la eficiencia y la calidad de los servicios requiere mejoras en el uso de los medicamentos, y un uso más racional de los medicamentos también promueve la equidad (los pobres gastan un mayor porcentaje de sus ingresos en medicamentos que los ricos).

Los promotores de las reformas neoliberales no han explicado las razones por las cuales las reformas no incluyeron entre sus estrategias cambios en las políticas farmacéuticas. Su exclusión es todavía más preocupante porque hemos identificado una serie de cambios en el sector farmacéutico que van a tener un impacto negativo para las personas de menos recursos. Entre los cambios se incluyen: 1) una disminución del gasto público en medicamentos junto a un aumento significativo del gasto privado; 2) la regionalización de los mercados; 3) la creciente presión que para aumentar sus ganancias la industria ejerce sobre los médicos, comunidades, gobiernos y la OMC; y 4) la descentralización del sector de salud.

Aumento de los gastos privados

Al contrario de lo que sucede en las naciones más desarrolladas, en América Latina un porcentaje muy alto de los gastos en medicamentos (78 por ciento o u\$s14.141 millones) se financia a través del sector privado (PAHO 1998). En el pasado, las medicinas podían obtenerse a través de la seguridad social, se podían comprar en establecimientos públicos, o eran subsidiadas por instituciones de beneficencia para los pobres. En este momento, en la gran mayoría de los países, únicamente una selección limitada de medicinas tiene financiamiento público para toda la población. Entre estos se incluyen los medicamentos usados en progra-

mas prioritarios (malaria y tuberculosis) y los medicamentos para los programas de salud materno-infantil. Sin embargo, incluso en estos casos, no hay cantidades suficientes para cubrir toda la necesidad. Por lo tanto, los millones de enfermos que no están cubiertos por algún sistema de seguridad deben ahora pagar de su bolsillo la mayoría de los medicamentos y los que lo están no pueden evitar un copago.

Como es de sobra conocido, la mayoría de los medicamentos de receta obligatoria se venden sin receta (Malek 1994) y la automedicación ha aumentado con la introducción de copagos y deducibles que las reformas neoliberales han impuesto para acceder a los servicios de salud. La automedicación es más común entre los pobres quienes, debido a problemas económicos y dificultades de acceso a los servicios por los copagos, no tienen más remedio que automedicarse siguiendo los consejos de un familiar, vecino o farmacéuticos —o más frecuentemente un empleado de farmacia sin ningún tipo de formación profesional (De Campos et al. 1985)—. Como se mencionó anteriormente, los pobres invierten un porcentaje mayor de su presupuesto en salud en medicamentos que los ricos en medicamentos y, por lo tanto, las estrategias para mejorar el uso de las medicinas promovería equidad y reduciría iatrogenia.

La reducción del presupuesto público para medicamentos implica que las decisiones para comprar medicinas se hacen en el sector privado, que a su vez está fuertemente influenciado por las técnicas de *marketing* de la industria farmacéutica. Los resultados son grandes ganancias para las compañías farmacéuticas y frecuentemente compras de medicamentos de menor valor terapéutico y mayor incidencia de iatrogenia (Heinick et al. 1998, Lexchin 1995, López-Linares y Phang Romero 1992).

Regionalización de los mercados

Una de las recomendaciones de la Or-

ganización Mundial de la Salud es la elaboración de una lista de medicamentos esenciales para guiar la selección y compra de medicamentos. De acuerdo con la OMS, un número muy pequeño de medicamentos, menos de trescientos, es suficiente para tratar la inmensa mayoría de los problemas de salud. Aunque todos los países han definido listas de medicamentos esenciales, las utilizan fundamentalmente para las compras de los ministerios y en algunos pocos casos para las de los institutos de seguridad social. Lo que hubiera sido importante para reducir el gasto es que las listas de medicamentos esenciales se hubieran utilizado para guiar el registro de medicamentos y así reducir el número de medicamentos en venta y los gastos del sector privado que, como se ha mencionado, cada día representa un porcentaje más alto. Se siguen registrando los nuevos medicamentos (incluyendo combinaciones irracionales de principios activos) que la industria farmacéutica lanza al mercado para incrementar sus beneficios y que no añaden nada al valor terapéutico de productos existentes, pero que encarecen el costo farmacéutico. Los gobiernos de la región han demostrado no tener capacidad o interés político para resistir las presiones de la industria que está fuertemente apoyada por sectores de la clase dominante transnacional.

Hasta no hace mucho, el registro de productos nuevos llevaba mucho tiempo. Por presiones de la industria se ha acelerado el proceso y se han aprobado procedimientos rápidos, basados en las guías nacionales o internacionales que utilizan los países económicamente avanzados. Los procedimientos seguidos por estos países nunca han tenido en cuenta la dimensión de eficiencia económica, están dirigidos a asegurar la eficacia y que el beneficio del medicamento sea superior al riesgo que todo medicamento conlleva. Las decisiones de las agencias reguladoras de los países del Norte tales como la *Food and Drug Administration (FDA)* o la Agencia Europea de Eva-

luación de los Medicamentos (EMEA) no tienen en cuenta, como es natural, las necesidades económicas de los países en vías de desarrollo, aunque hay que señalar que cada vez son más los ciudadanos de estos países que cuestionan las decisiones de sus agencias.

La incorporación de los nuevos procedimientos no ha sido muy positiva en América Latina. Colombia, en un intento de acelerar el registro de nuevos medicamentos estableció un sistema de registro provisional que permitía la entrada rápida de nuevos medicamentos en el mercado. En muy poco tiempo se produjo una sobrecarga de solicitudes para aprobación y la aparición en el mercado de productos de dudosa utilidad y calidad. Perú aceleró el proceso de registro en 1992 y permitió la entrada al mercado nacional de productos de bajo valor terapéutico.

Bajo presiones de la industria, los países de América Latina están utilizando los acuerdos regionales de comercio (el mercado común centroamericano, el grupo andino y MERCOSUR) para cambiar los requisitos y procedimientos de registro de los medicamentos. Estos tres mercados están armonizando los criterios de regulación de medicamentos para gradualmente ir avanzando hacia la libre circulación de los productos farmacéuticos entre los países de un mismo mercado regional (PAHO 1998: 299-300). La armonización ofrece la oportunidad de empezar un proceso serio de discusión para determinar cuáles son los medicamentos que satisfacen las necesidades de los consumidores de América Latina, establecer los procedimientos para su registro y excluir a los superfluos. Las reformas de salud en América Latina podrían haber utilizado esta oportunidad para reforzar las políticas farmacéuticas, incluyendo el uso de las listas de medicamentos esenciales y los programas de medicamentos genéricos. Desgraciadamente, lo que está sucediendo es lo contrario, bajo la presión de las compañías farmacéuticas, los países con procedimientos más laxos de regulación de

medicamentos imponen sus políticas de registro y regulación en los mercados regionales.

La justificación de las patentes

El éxito financiero de la industria farmacéutica depende de su habilidad de innovar y de convencer a los proveedores de servicios de salud y las comunidades de que consuman sus productos. El número de productos activos nuevos que se comercializan anualmente es muy reducido y ha ido disminuyendo (Casadio Tarabusi y Vickery 1998); por lo tanto, la industria farmacéutica necesita maximizar sus ganancias aumentando las ventas y para esto lanza campañas muy agresivas de comercialización (Stolley y Laporte 2000). Por ejemplo en los EE.UU., según cálculos recientes, las compañías farmacéuticas invierten entre 8.000 y 13.000 dólares por médico al año para promover sus productos (Stolberg y Gerth 2000). El porcentaje de las ventas que las compañías farmacéuticas invierten en marketing y publicidad ha ido aumentando, de 17 por ciento en 1973 a 24 por ciento en 1989 (Ballance 1992). La industria es ahora la primera fuente de información para los médicos. La publicidad en los medios de comunicación de masas es una nueva estrategia dirigida a aumentar la automedicación con medicamentos comerciales y a que los consumidores pongan presión sobre los médicos para que les receten los medicamentos que han visto anunciados.

Dumoulin (1999) menciona que la excusa dada por la industria farmacéutica para incluir el tema de las patentes en la agenda de la ronda de Uruguay fue que los costos de desarrollar nuevos medicamentos son tan excesivamente elevados que requieren el derecho de monopolio a través de patentes (de 20 años de duración), cosa que hasta muy recientemente algunos de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados no respetaban. Muchos de los Estados miembros de

la OMS se han quejado del efecto que las patentes tienen en el precio de los medicamentos (Supakankunti et al. 1999). Los problemas causados por la protección de las patentes se han documentado muy bien en el caso de los medicamentos contra el VIH/SIDA en Sudáfrica (Bond 1999), en América Central (Stern 2001) y en Brasil (Aith 2000). La derogación de la barrera que las patentes ocasionan al acceso a los medicamentos constituye la base de una campaña mundial liderada por Médicos sin Fronteras (MSF) y otras organizaciones (Pécoul et al. 1999).

La industria innovadora ha utilizado todas las estrategias posibles para salvaguardar sus medicamentos de marca e impedir la entrada de genéricos (Gottlieb 2000), incluyendo presiones sobre los gobiernos y la OMC para desalentar la aprobación de políticas que abarataren el acceso a los medicamentos esenciales, como son la importación paralela (importar medicamentos de países que los producen más baratos) y las licencias obligatorias (suspender los derechos de patentes). En América Latina, la industria está presionando para que el gobierno de los EE.UU. incluya en el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA) la prohibición de aplicar en la región los convenios internacionales acordados en Qatar en 2001 que permiten en casos de emergencia nacional derogar la ley de patentes de los medicamentos necesarios ya bien sea a través de la importación paralela o de la emisión de licencias obligatorias (Giraldéz Dávila 2002).

La OMS ha promocionado el uso de medicamentos genéricos y muchos países han logrado controlar los precios por medio de la sustitución de recetas de medicamentos de marca por medicamentos genéricos. Brasil, Colombia, Ecuador, Bolivia y Venezuela han hecho avances en esa dirección, pero la oposición de los médicos y de la industria innovadora (es decir las grandes transnacionales) presenta grandes obstáculos. Además, los consumidores, muchas veces inducidos

por los médicos y la industria innovadora, piensan que los medicamentos genéricos son de peor calidad que los de marca.

La descentralización del sector de la salud

La descentralización del sector salud constituye un reto adicional para mantener un sistema adecuado de compra de medicamentos. Costa Rica, al mejorar la selección y la compra de medicamentos, ahorró entre 40 y 60 por ciento de los gastos en este rubro. Los países del Caribe se unieron para poder hacer licitaciones internacionales a través del Banco Caribeño de Desarrollo (BCD) y en el primer año se ahorraron el 44 por ciento del gasto del año anterior (World Bank 1993: 146). El ahorro puede ser bastante significativo cuando los compradores utilizan licitaciones internacionales, aunque en el caso de los medicamentos de patente la competencia está restringida por las patentes.

La descentralización del sector salud ha obligado a los países a fragmentar la compra de medicamentos y perder las ventajas de las economías de escala. Si el volumen de la compra descentralizada sigue siendo suficientemente grande para poder beneficiarse de las economías de escala, la descentralización puede permitir una mejor estimación de las necesidades, facilitar el almacenamiento y la distribución. Es raro que esto suceda cuando la compra las hacen los municipios, no solamente por el tamaño sino por la falta de técnicos para preparar licitaciones de medicamentos que son muy complejas; las compras municipales y de provincias/Estados/departamentos pequeños pueden aumentar significativamente los costos y poner en entredicho la sustentabilidad de los programas. Las reformas podrían haber ofrecido asesoría en la resolución de estos complejos problemas.

La razón por las que se han excluido las políticas de medicamentos de las reformas neoliberales es clara: no

interesa a la clase dominante transnacional que disminuyan los ingresos de las compañías farmacéuticas transnacionales. Como se ha indicado, tampoco hay interés político para proveer al Estado una capacidad reguladora de los medicamentos.

Conclusiones

Hemos analizado algunos aspectos de las reformas de salud promovidas por las instituciones que sirven los intereses de la clase dominante transnacional y hemos presentado datos que señalan que las reformas de salud no están teniendo éxito. Con excepción de Chile y de Costa Rica —dos países que tenían casi cobertura universal antes de las reformas neoliberales— la mayoría de los otros países de la región siguen teniendo grandes porcentajes de la población sin cobertura.

Amparados bajo la excusa de la ineficiencia del sector público, los que se benefician de políticas de *laissez faire* han promovido la reducción del papel del Estado y la privatización de los servicios de salud que, según muchos estudios, están generando mayor inequidad, nuevas formas de ineficiencia, el debilitamiento de las intervenciones en salud pública y, en general, de las funciones de un Estado responsable, mientras proporcionan a las transnacionales la oportunidad de seguirse enriqueciendo aún más.

Es comprensible que las reformas neoliberales hayan demostrado poco interés en políticas y estrategias que producen escasos beneficios para la clase dominante transnacional y sus compañías multinacionales. Por eso se ha hecho muy poco esfuerzo en aumentar la capacidad reguladora del Estado y han quedado excluidas políticas tales como las de los recursos humanos, educación para la salud, ambientales y salud pública. Así se entiende también que el BM y la OMC, reflejando los intereses de la clase dominante, se hayan opuesto a políticas que hubieran recortado sus ganancias aunque hubieran producido importantes beneficios económicos y de salud

para los países. Hemos presentado el caso de las políticas de medicamentos para ilustrar este punto. Otros ejemplos de políticas que de haberse adoptado hubieran afectado negativamente las ganancias de las corporaciones y, consecuentemente, quedaron excluidas, son políticas de prevención de accidentes, de control de la compra de equipos de alta tecnología y las políticas de nutrición a través de reformas agrarias.

Hay excepciones como es el caso de la canasta de servicios básicos. Es fácil explicar su inclusión: es una estrategia muy económica y necesaria para poder decir que se está cumpliendo con los mandatos constitucionales de proveer servicios de salud a toda la población. Sería totalmente inaceptable que en países con niveles económicos y de desarrollo tales como los de América Latina un porcentaje elevado de la población no tuviera acceso a ningún servicio público de salud. El costo social y político sería muy alto y la canasta sirve para engañar a un costo muy bajo, por lo menos temporalmente, a la población.

La ideología neoliberal basa sus decisiones en teorías poco probadas. Por ejemplo, insiste en que haya participación activa de la comunidad en sociedades muy estratificadas, autoritarias y dictatoriales; o que pequeñas ONGs que ofrecen servicios de salud jueguen un papel significativo en la construcción de la sociedad civil lo que no deja de ser un mito ya que las ONGs en su gran mayoría están financiadas por las agencias de desarrollo y los bancos multilaterales. Al mismo tiempo ignora el papel importante que han jugado los movimientos sociales para conseguir estos objetivos (participación y democracia), porque los movimientos sociales se prestan poco a la cooptación y generalmente han tomado posiciones agresivas contra la clase dominante.

Es chocante que el BM predique la importancia de la democracia y la participación comunitaria cuando su conducta empresarial se caracteriza por la falta de transparencia, el secretismo y

la tolerancia de la corrupción de las personas que están al frente de las instituciones que reciben sus préstamos. El BM no ha dejado de conceder préstamos a dictadores y ha paralizado préstamos a gobiernos elegidos democráticamente como fue el caso de Salvador Allende.

La selección de los mitos (participación comunitaria, eficiencia del sector privado, construcción de la sociedad civil por las ONGs, etc.) no es fortuita. Los mitos los escoge el personal de las agencias internacionales y los bancos multilaterales de forma muy cuidadosa para satisfacer diversas audiencias incluyendo sus propios patrones, los líderes políticos del mundo industrial, los ejecutivos de las fundaciones y de las iglesias y las autoridades de salud de América Latina. La banca multilateral y algunas agencias bilaterales han cooptado a prestigiosos centros académicos con becas y contratos muy generosos para tratar de demostrar que las políticas neoliberales son exitosas. Estos profesionales junto con los oficiales de los bancos, sustentados por sus enormes recursos, producen un gran número de reportes en los que proclaman los beneficios de las políticas neoliberales. Un análisis más detallado de sus informes y publicaciones pone en duda la imparcialidad de las investigaciones. Uno de los casos más conocidos de manipulación de datos fue el famoso reporte del BM de 1993 *Invirtiendo en Salud* que ha sido criticado por numerosos expertos. Los hallazgos de los estudios se diseminan en conferencias y foros superlujosos como los organizados por el programa de entrenamiento del BM "*Flagship Training Program*" para vender las reformas neoliberales a aquellas personas que todavía se resisten a aceptarlas.

La banca multilateral ha otorgado préstamos de miles de millones de dólares a intereses comerciales a los países de la región para financiar las reformas y los países se han endeudado aún más. Las ganancias de los bancos multilaterales al igual que las de la banca privada benefician a la clase do-

minante transnacional. Así se entiende por qué los bancos multilaterales imponen reformas a países que no las quieren y conceden préstamos a países de escasa solvencia económica para implementar las reformas. Hay que recordar también que a un Estado no se le permite declararse en bancarrota y por ello los bancos multilaterales pueden prestar a países de escasa solvencia. Ya no son los países coloniales que explotan a las poblaciones de las colonias, sino una clase dominante transnacional a través de instituciones inteligentemente creadas y estructuradas.

La globalización es el resultado de avances tecnológicos y consecuentemente irreversible, pero los principios ideológicos del neoliberalismo bajo los cuales nació sí se pueden cambiar. •

Bibliografía

- Acosta Córdova, C. y G. (1998). Correa. "Negocia el gobierno, a espaldas del Congreso, un crédito por 700 millones de dólares para financiar la "reforma" de la seguridad social". *Proceso* n° 1117 (México), marzo 29.
- Ahmad OB, Lopez AD, y Inoue M. (2000). "The Decline in Child Mortality: A Reappraisal". *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 1175-1190.
- Aith M. (2000). "La ley de patentes puede crear conflicto entre Brasil y EE.UU.". *Folha de São Paulo*, febrero 12.
- Ballance R, Pogany J y Forstner H. (1992). *The World's Pharmaceutical Industries*. UNIDO. Edward Elgar, Aldershot.
- Bezruchka S. (2000). "Is Globalization Dangerous to our Health?". *Western Journal of Medicine* 2000; 172: 332-334.
- Bond P. (1999). "Globalization, Pharmaceutical Pricing and South African Health Policy: Managing Confrontation with US Firms and Politicians". *International Journal of Health Services* 1999; 29 (4).
- Casadio Tarabusi C y Vickery G. (1998). "Globalization and the Pharmaceutical Industry". *International Journal of Health Services* 1998; 28: 67-105.
- Castro Valverde C. y Sáenz LB. (1998). *La Reforma del Sistema Nacional de Salud. Estrategias, Alternativas, Perspectivas*. San José: Ministerio de Planificación y Política Nacional.

CEPAL (1994). *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*. Serie Documentos Reproducidos n° 41. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Córdova Jiménez C. (1980). *El Seguro Social Campesino en el Ecuador*. Trabajo presentado en la I Jornada Internacional del Intercambio en Seguridad Social, Quito, Mayo 21-24.

De Campos JA, de Oliveira JS, da Costa DM, Machado CD, Alvarenga JR, Torres LO, Ferreira MT, Martini Ladeira R, y Lopes Cançado R. (1985). "Prescrição de medicamentos por balconistas de 72 farmacias de Belo Horizonte/MG em maio de 1983. Riscos de accidentes". *Jornal de Pediatria* (Brasil), 1985; 59: 307-317.

Di Tella R, Savedoff WD. (2001). *Diagnosis and corruption: Fraud in Latin American hospitals*. Washington, DC.: IDB.

Dumoulin J. (1999). *Les brevets et les prix des médicaments. Revue de la littérature*. Colloque de L'Association Internationale de Droit Economique (AIDE), Brevets Pharmaceutiques, Innovation et Santé Publique, Toulouse, Francia; 28-30 de enero.

Giraldez Dávila (2002). "Problemas de acceso a medicamentos en los países poco desarrollados". *Boletín Fármacos* 2002; 5 (en prensa) www.boletinfarmacos.org

Gómez-Dantés O. (2000). "Health Reform and Policies for the Poor in México". In Lloyd-Sherlock, P. ed. *Health Care Reform and Poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies, University of London; pp. 128-142.

Gottlieb S. (2000). "Drug Firms Use Legal Loopholes to Safeguard Brand Names". *British Medical Journal* 2000; 321:320.

Gutiérrez G, Guiscafré H, Brofman M, Walsh J, Martínez H y Muñoz O. (1994). "Changing Physician Prescribing Patterns: Evaluation of an Educational Strategy for Acute Diarrhea in Mexico City". *Medical Care* 1994; 32: 436-446.

Heinick I, Schenkel EP y Vidal X. (1998). "Medicamentos de venta libre en Brasil". *Revista Panamericana de Salud Pública* 1998; 3: 385-391.

Hoigerzeil HV, Ross-Degnan D, Laing RO, Ofori-Adeji D, Santoso B, Azad, Chowdhury AK, Das AM, Kafle KK, Mabadeje AFB y Masseur AY. (1993). "Field Tests for Rational Drug Use in Twelve Developing Countries". *The Lancet* 1993; 342: 1408-1410.

Homedes N. (2001). "Managing externally financed projects. Bolivia: The Integrated Primary Health Care Project (PROISS)". *Health Policy and Planning* 2001; 16 (4): 386-394.

Homedes N y Ugalde A. (2002). "La privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica". *Gaceta Sanitaria* (Barcelona) 2002; 16 (1): 54-62. Reproducido en *Cuadernos Médico Sociales* 2002; 81: 31-42.

Homedes N y Ugalde A. (1993). "Patients' Compliance with Medical Treatments in the Third World. What do we know?" *Health Policy and Planning* 1993; 8: 291-314.

Homedes N, Paz-Narváez C, Selva-Sutter E et al. (2000). "Health Reform: Theory and Practice in El Salvador". En Lloyd-Sherlock, P. ed. *Health Care Reform and Poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies, University of London; pp. 57-77.

Labonte R. (1999). *Brief to the World Trade Organization and Population Health*. Documento inédito, preparado para la International Union for Health Promotion and Education, y The Canadian Public Health Association; noviembre.

La Forgia G, Levine R, Díaz Arismendi y Rathe M. (2002). *Fend for yourself. Systemic failure in the Dominican health market*. Manuscrito inédito.

Lalama, M. (1999). "Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador". *Educación Médica Continua* 1999; 64: 7-9.

Lee K. (1998). *Globalization and Health Policy. A Review of the Literature and Proposed Research and Policy Agenda*. Trabajo no publicado. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Lexchin J. (1995). *Deception by Design. Pharmaceutical Promotion in the Third World*. Penang: Consumers International.

López-Linares R y Phang Romero C. (1992). *¿Promoviendo la salud o los negocios?* Chimbote (Perú): Acción para la Salud.

Lozoya Legorreta X, Velásquez Díaz G y Flores Alvarado A. (1988). *La Medicina Tradicional en México: Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Malek A. (1994). *Self medication. Bibliographic Exploration and Proposed Research Activities. Action Programme on Essential Drugs*. Documento inédito. Ginebra: World Health Organization.

Morbidity and Mortality Weekly Report.

Public Health Dispatch: Outbreak of Poliomyelitis —Dominican Republic and Haiti, 2000—. MMWR 2000; 49:1094-1104.

PAHO (1998). *Health in the Americas*. Volumen 1. Washington, D.C.: PAHO.

PAHO (1998). *Health Situation in the Americas. Basic Indicators 1998*.

Paredes P, de la Peña M, Flores-Guerra E, Díaz J y Trostle J. (1996). "Factors Influencing Physician's Prescribing Behavior in the Treatment of Childhood Diarrhea: Knowledge May not Be the Clue". *Social Science and Medicine* 1996; 42: 1185-1194.

Pécoul B, Chirac P, Truiller P y Pinel J. (1999). "Access to Essential Drugs in Poor Countries. A Lost Battle?". *Journal of the American Medical Association* 1999; 281: 354-360.

Reyes H, Guiscafré H, Muñoz O, Pérez-Cuevas R, Santoyo R, y Gutiérrez G. (1998). "Factores asociados a incumplimiento terapéutico y costo del desperdicio de antimicrobianos en infección respiratoria alta y diarrea aguda". *Boletín Fármacos* 1998; 1 (1). <http://www.boletinfarmacos.org>

Stern R. (2001). "Consideraciones acerca de los factores relacionados con el acceso a tratamiento de personas con SIDA en América Central". *Boletín Fármacos* 2001; 4 (1) www.boletinfarmacos.org

Stocker K, Waitzin H, y Iriart C. (1999). "The Exportation of Manage Care to Latin America". *The New England Journal of Medicine* 1999; 340: 1131-1136.

Stolberg SG y Gerth J. (2000). *New York Times*; noviembre 16.

Stolley PD y Laporte JR. (2000). "The Pu-

blic Health, the University, and Pharmacoepidemiology". En Strom BL (ed.). *Pharmacoepidemiology*. John Wiley & Sons, Ltd.; pp. 75-89.

Supakankunti S, Janjaroen WS, Tangphao O et al. (1999). *Study of the Implications of the WTO TRIPS Agreement for the Pharmaceutical Industry in Thailand*. Bangkok: The Centre for Health Economics, Chulalongkorn University; octubre.

Ugalde A y Homedes N. (2002). "Descentralización del sector salud en América Latina". *Gaceta Sanitaria* (Barcelona) 2002; 16 (1): 18-29. Reproducido en *Cuadernos Médico Sociales* 81: 15-30.

Ugalde A y Homedes N. (1988). "Medicines and Rural Health Services: An Experiment in the Dominican Republic". En van der Geest S y Whyte R (comp). *The Context of Medicines in Developing Countries*. Kluwer Academic Publishers; pp. 57-79.

Valsecia M, Malgor L, Vanioff J, Dos Santos L, Espíndola J, Morales S, y Aguirre J. (2001). "Prescripción de medicamentos en pediatría en la Seguridad Social del Nordeste de Argentina". *Boletín Fármacos* 2001; 4 (1) <http://www.boletinfarmacos.org>

World Bank (1993). *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.

Yach D y Bettcher D. (1998). "The Globalization of Public Health". *American Journal of Public Health* 1998; 88: 735-741.

Zamora J. (2001). *Descentralización en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)*. Trabajo no publicado.