Capítulo 14
Una mirada a la situación actual: la equidad como determinante de la salud

Las corporaciones han sido entronizadas... Se acerca una era de corrupción en las altas esferas y el poder monetario hará lo posible por prolongar su reinado actuando sobre los prejuicios de la gente... hasta que la riqueza se concentre en unas pocas manos y la República sea destruida. [216]

Abraham Lincoln

Habitualmente la gente de los países ricos tiene mejor salud que la de los países pobres, pero una mirada comparativa a todas las naciones del mundo –ricas y pobres– revela algunas excepciones sobresalientes. Una nación rica no es necesariamente una nación sana, ni un país pobre es necesariamente malsano. Esto se hace evidente si comparamos los datos de la tabla de "Indicadores Básicos" del Informe *Estado Mundial de la Infancia 2000* del UNICEF (véase extracto en la gráfica 3-1).[217]

Por ejemplo, Vietnam, China y Sri Lanka son países con un Producto Nacional Bruto (PNB) *per cápita* de menos de 900 dólares, pero han alcanzado una tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) menor de 50 (en otras palabras, mueren menos de 50 de cada 1 000 niños antes de cumplir los cinco años). En cambio Gabón, Sudáfrica, Brasil o Botsuana son países con un PNB *per cápita* mayor de 3 000 dólares, pero tienen una TMM5 de 42 o más. Gabón, a pesar de su PNB *per cápita* relativamente alto de 4 120 dólares tiene una impresionante TMM5 de ¡144! Compárese con Jamaica que, con un PNB *per cápita* de 1 550 dólares, tiene una TMM5 de sólo 11.[218] Está claro que la diferencia de riqueza entre estos dos países no refleja la salud relativa de sus niños.

Desde luego, el PNB *per cápita* puede dar lugar a interpretaciones erróneas, ya que es un promedio nacional que no nos dice nada sobre la distribución de los ingresos. Por esta razón, el informe del UNICEF también incluye indicadores de la disparidad de ingresos. Vemos que en países con altas tasas de mortalidad infantil, a pesar de su promedio de ingresos relativamente alto, la disparidad de estos ingresos suele ser extrema. Brasil y Botsuana muestran alguna de las disparidades de ingresos más altas de entre todos los países que tienen establecidos estos datos. En Brasil –con fama de estar "entre los países más injustos y con mayor desigualdad del mundo"[219]– el 40% más pobre de la población recibe sólo el 8% de los ingresos nacionales, mientras que el 20% más rico recibe el 64% de todos los ingresos. La distribución de las tierras en Brasil es aún más desigual que los ingresos: el 0.9% más rico de los terratenientes posee el 44% de la tierra, mientras que el 53% más pobre posee sólo el 2.7%.[220] A partir de estos datos y de otros similares, como los que se muestran en la gráfica 3-1, parece que los niveles de salud de los países están fuertemente influidos por la *distribución de la riqueza* y, en algunos casos, más que por el *promedio de riqueza* (PNB *per cápita*) o por la *riqueza total* (PNB) de las naciones.

La equidad en cuanto a necesidades básicas del pueblo parece ser también de gran importancia. El grado en que una sociedad cubre todas las necesidades básicas de sus miembros, puede tener más importancia sobre la salud de la población y su bienestar que la riqueza acumulada de la nación o su crecimiento económico. Esto sería válido no sólo en los países pobres, sino también en los más ricos. Por ejemplo, la República Checa y Corea del Sur tienen PNB *per cápita* de 5 240 y 10 550 dólares estadounidenses respectivamente, en comparación con los 29 080 de Estados Unidos. Sin embargo, la República Checa y Corea del Sur tienen unas TMM5 de seis y cinco respectivamente, significativamente más bajas que la de Estados Unidos, con una TMM5 de ocho. Esto se explica en parte por el mayor compromiso de la República Checa y Corea del Sur en cubrir las necesidades básicas de toda su población.

Por ejemplo, en la República Checa y Corea del Sur el porcentaje de niños completamente inmunizados contra la polio, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la tuberculosis alcanza niveles entre el 71% y el 99%. Por el contrario, en las zonas más pobres de los Estados Unidos la cobertura apenas llega al 10%.

Cuanto más igualitaria es una sociedad –es decir, cuanto más justamente se distribuyen sus riquezas, tierras, acceso a la atención de salud y educación, y otros recursos básicos– mejor parece ser el nivel de salud de su población. En resumen, hay una fuerte correlación entre salud e igualdad social. En este capítulo, para entender la importancia de la equidad a la hora de conseguir una población saludable, veremos varios ejemplos que se contraponen. Primero, para observar *mala salud a alto costo*, nos pararemos en uno de los países más ricos y con mayores desigualdades: los Estados Unidos de América. Después, para analizar la *buena salud a bajo costo*, veremos varios países pobres

que se han esforzado en cubrir las necesidades básicas de sus habitantes y han conseguido niveles excepcionalmente altos de salud y bajas tasas de mortalidad infantil.

Mala salud a alto costo: socioeconomía de la salud y la atención sanitaria en los Estados Unidos

Puede que Estados Unidos de América sea el país más rico del mundo pero, sin duda, no el más saludable. Con el creciente número de familias estadounidenses que viven por debajo del umbral de pobreza, el nivel de vida continúa deteriorándose. Según el Informe de UNICEF *Estado mundial de la infancia,* 1994:

> Una proporción creciente de los niños del país más rico del mundo se encuentra en una situación apurada. A pesar de que la economía de los Estados Unidos registró un crecimiento de aproximadamente el 20% en la década de los ochenta, unos cuatro millones más de niños y niñas estadounidenses engrosaron las filas de la pobreza durante ese mismo periodo. En total, uno de cada cinco niños y jóvenes vive ahora por debajo del límite de pobreza.[221]

Estados Unidos tiene el séptimo PNB *per cápita* más alto del mundo[222]... y el mayor Producto Interior Bruto (PIB) *per cápita** un indicador más fiable de la riqueza real.[223] También ocupa el primer lugar en cuanto a gasto total en atención de salud. (En 1991 sólo Estados Unidos consumió el 41% del gasto total mundial en atención sanitaria.)[224] Pese a ello sus indicadores de salud son peores que muchas otras naciones ricas y están por debajo de otros países con mucho menor PNB. De los 30 países definidos como industrializados, Estados Unidos tiene la tercera TMM5 más alta, superada sólo por Portugal y Liechtenstein. En la prevención de enfermedades también presenta graves carencias. Mientras que en muchos países subdesarrollados al menos el 80% de los niños reciben una vacunación completa, en Estados Unidos más del 40% de los niños menores de dos años no están completamente inmunizados, y en algunas ciudades del interior esta tasa no llega al 10%. Con una tasa global de vacunación del 58%, está por detrás de países como México, Tailandia, India o Uganda.[225] Por tanto, no sorprende que en los años noventa la tasa de mortalidad por sarampión esté aumentando.

El estado nutricional de los niños estadounidenses es igualmente preocupante. Aunque la obesidad es un problema de salud creciente entre los niños de clase media, la desnutrición impide el desarrollo físico y mental de los niños de las familias más pobres. De los 30 millones de estadounidenses que habitualmente padecen hambre, más de 12 millones son niños, que suelen ser los mismos niños que tampoco tienen ningún tipo de seguro médico y que terminan en las inadecuadas y cada vez menos dotadas redes de protección para familias de alto riesgo. Estados Unidos se encuentra a la cola de los países industrializados en cuanto a porcentaje de población cubierta por seguros médicos.[226] Y debido a los costos cada vez más astronómicos de los servicios médicos privados, basados en la búsqueda de mayores ganancias, la asistencia médica o dental para aquellos que carecen de seguro médico es tremendamente costosa. En Estados Unidos millones de ciudadanos, inmigrantes indocumentados y cada vez más personas de clase media, afrontan enfermedades crónicas y dolorosas sin ningún tratamiento porque, sencillamente, no tienen con qué pagar.

Los bajos niveles de salud de Estados Unidos en comparación con muchos otros países pueden explicarse por la creciente desigualdad, no sólo en el acceso a la atención de salud, sino también en educación, oportunidades de empleo y derechos humanos fundamentales. La desigualdad, la pobreza y el hambre han aumentado espectacularmente en Estados Unidos durante los últimos 15 años. Este progresivo deterioro social ha sido en gran parte consecuencia de las políticas económicas y sociales regresivas iniciadas bajo los gobiernos de Reagan y Bush, extremadas ahora aún más al competir la mayoría conservadora en el Congreso contra Clinton por el voto de las grandes empresas. Estas políticas favorecedoras del mercado y hostiles con los pobres son análogas a los Programas de Ajuste Estructural impuestos por el Banco Mundial

LO REAL Y LO IDEAL

Los directores ejecutivos de las grandes empresas [de Estados Unidos]... *tuvieron unas ganancias medias en 1993 de 4.1 millones de dólares... 149 veces el sueldo de los obreros medios.*[228]

Business Week

Nadie en una comunidad debería ganar más de 5 veces el sueldo del trabajador peor pagado.

Dijo Platón a Aristóteles

*Esto es así porque el *PIB real per cápita* toma en cuenta la variación de los precios entre países –algo que no hace el PNB *per cápita*–. El PIB *per cápita* compara cuánto cuesta comprar una misma cantidad de bienes en países diferentes. Muestra que, aunque Estados Unidos ocupa el octavo lugar en ingresos medios, los estadounidenses pueden comprar más cosas con su dinero que los ciudadanos de otros países.

Clase según riqueza (% de la población)	1962	1983	1989
0.5% más rico	25.2	26.2	30.3
Siguiente 0.5%	8.2	7.8	8.0
Siguiente 4%	21.6	22.1	21.6
Siguiente 5%	12.4	12.1	11.3
Siguiente 10%	14.3	13.3	13.1
Quinto más rico (20%)	81.7	81.5	84.3
4° Quinto (20%)	12.9	12.5	13.0
Medio (20%)	5.2	5.2	2.7
2° Quinto (20%)	0.8	1.1	0.2
Último Quinto (20%)	-0.5	-0.3	-0.2
Cuatro Quintos más pobres (80%)	**18.3**	**18.5**	**15.7**
Total	**100**	**100**	**100**

Gráfica 3-16. Cambios en la distribución de la riqueza neta en Estados Unidos, 1962-1989. El 20% más pobre debe más de lo que posee, por lo que su renta neta es negativa. [233]

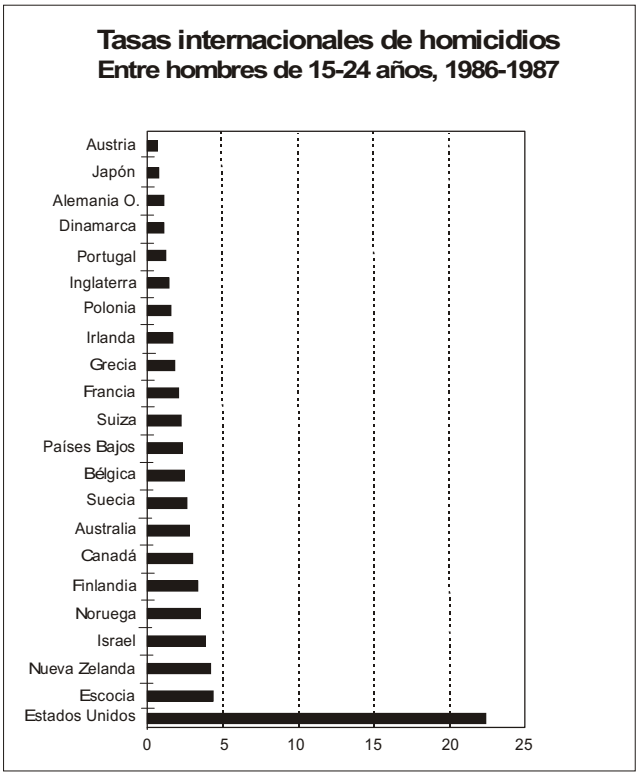
en los países pobres. Ambos suponen un retroceso en el estado de bienestar y en los servicios sociales, lo que incluye atención de salud, subsidios para alimentos, viviendas asequibles y el programa *Head Start* ("Ventaja Inicial", un programa de apoyo para los niños pobres de los barrios céntricos). Mientras que para los pobres han aumentado los impuestos, se han concedido nuevas ventajas fiscales a los inversores más ricos y a las empresas.[227]

En 1987 la diferencia de ingresos entre los estadounidenses ricos y pobres fue la mayor de los 40 años que el gobierno federal lleva calculándola. Entre 1977 y 1988 los ingresos ajustados a la inflación del 5% más rico de la población aumentaron un 37%, mientras que los ingresos del 10% más pobre descendieron un 10.5%. [229] De forma paralela, el número de estadounidenses que viven bajo el umbral de la pobreza ha aumentado de 24.7 millones en 1977 a 32.4 millones en 1986. Entre 1980 y 1992 el número de personas sin seguro médico aumentó más de un 30%. [230] Al mismo tiempo, la tasa de cobertura preventiva infantil, incluyendo las vacunaciones, ha ido descendiendo, sobre todo desde que los padres tienen que pagar estos servicios. [231] Se estima que al menos 10 000, y probablemente hasta 21 000, niños mueren cada año en Estados Unidos por causas relacionadas con la pobreza. [232]

La *Children's Defense Fund* (Fundación para la Defensa de la Infancia) afirma lo siguiente sobre los nuevos recortes en los programas para niños de alto riesgo, propuestos por los conservadores en el Congreso, bajo el nombre de *Contrato con América* (un plan de austeridad derechista para equilibrar el presupuesto nacional a costa de los pobres mientras aumentan las ganancias de los más ricos):

> Bajo el disfraz de una reforma de los servicios sociales, los líderes del Partido Republicano destrozarían para siempre el sistema federal de seguridad social de más de 60 años de historia que ayuda a los niños pobres, discapacitados, maltratados y hambrientos, remplazándolo por una política de abandono nacional de los niños. Si se salen con la suya, millones de niños más serán dejados en el olvido y no tendrán acceso a un *Healthy Start*, un *Head Start*, un *Fair Start* o un *Safe Start* [diversos programas de apoyo a niños en situación de riesgo] para pagar las exenciones fiscales de las empresas y personas ricas. [234]

En conjunto, el 67% de los masivos recortes presupuestarios para financiar los beneficios fiscales a los ricos recaen sobre los niños.[235] Estos recortes, que violan por omisión los derechos básicos de los niños, están sembrando la semi-



Gráfica 3-17. Homicidios por cada 100 000 habitantes.[240]

Estadísticas llamativas sobre salud, igualdad y razas en Estados Unidos

- Número de estadounidenses que viven en la pobreza: 1977: 24.7 millones 1986: 32.4 millones[241]
- Porcentaje de niños que viven en la pobreza: 1980: 17%[242] 1994: 25%[243]
- Número de estadounidenses que pasan hambre habitualmente: 30 millones. Niños: más de 12 millones[244]
- Número de millonarios en Estados Unidos: 1969: 121 000 1989: 1.3 millones[245]
- Entre 1977 y 1988 los ingresos ajustados a la inflación del 5% más rico de la población aumentaron en un 37%, mientras que los ingresos del 10% más pobre disminuyeron alrededor del 10.5%[246]
- País con mayor TMM5 entre los 30 países más industrializados: Estados Unidos (exceptuando Portugal y Liechtenstein)[247]
- Niños estadounidenses que mueren cada año por causas relacionadas con la pobreza: al menos 10 000[248]
- País que ocupa el último lugar entre los principales países industrializados en porcentaje de población con seguro médico: Estados Unidos[249]
- Número de estadounidenses sin seguro médico: 40 millones, de los cuales 12 millones son niños (otros 20 millones tienen un seguro insuficiente) [250]
- Número de niños estadounidenses sin atención de salud: aproximadamente 8 millones[251]
- Porcentaje de niños de los barrios céntricos de las ciudades que están completamente vacunados: menos de 10%[252]
- Mortalidad infantil:estadounidenses de raza blanca: 8 por mil estadounidenses afroamericanos: 18 por mil[253]
- El 35% de los niños hispanos y el 43% de los niños afroamericanos viven bajo el umbral de la pobreza[254]
- La tasa de encarcelamiento entre los adolescentes afroamericanos es casi 44 veces mayor que en los adolescentes de raza blanca[255]
- Los niños afroamericanos nacidos en Chicago, Detroit y Filadelfia tienen más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida que los nacidos en Shanghai, Jamaica, Costa Rica o Chile[256]
- Más de la mitad de los niños de Estados Unidos con SIDA son afroamericanos[257]
- Número de adolescentes que quedan embarazadas cada año en Estados Unidos: 1 millón[258]
- Número de adolescentes que contraen enfermedades de transmisión sexual: 2.5 millones [259]
- Número de prostitutas menores de 18 años: 300 000[260]

lla de un futuro deterioro social y un incremento de la violencia. En el largo plazo, iniciativas como *Head Start* se encuentran probablemente entre los programas más eficaces para prevenir la violencia. Pese a ello, estos programas de protección están siendo desmantelados sin compasión mientras aumentan los gastos en prisiones y en fuerzas de seguridad. Los Estados Unidos gastan 25 000 millones de dólares anuales sólo en su servicio de prisiones.[236]

Con la reducción de la asistencia pública para las comunidades urbanas más pobres la infraestructura sanitaria se ha ido deteriorando progresivamente, y las medidas de educación para la salud y de prevención han disminuido, así como el acceso de los estadounidenses pobres a los servicios de salud. Hoy día se calcula que en Estados Unidos una de cada cuatro familias no dispone de un suministro seguro de agua. Este progresivo deterioro de las condiciones de vida ha permitido la rápida expansión de la tuberculosis y el sarampión (dos *enfermedades de la pobreza* que habían sido prácticamente erradicadas[237]), y también del SIDA.

El racismo es otro factor que contribuye a la falta de salud en Estados Unidos. De los niños que viven en la pobreza, un número desproporcionado de ellos son afroamericanos, hispanos o nativos americanos. Los miembros de estos grupos étnicos son sistemáticamente marginados y discriminados, y disponen de menos oportunidades. Como resultado de esta desigualdad, la esperanza de vida de los afroamericanos es cinco años menor que la de los blancos.[238]

Con tantas y tan crecientes desigualdades en Estados Unidos entre ricos y pobres, o entre caucasianos y gente de color, las tasas de crimen y violencia están destinadas a aumentar. Según la *California Wellness Foundation*:

> Los asesinatos se han convertido en una epidemia que asola nuestra juventud. Es la principal causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años... La mayoría de los jóvenes no son ni víctimas ni infractores. Pero aprenden a vivir con la violencia en las escuelas y parques, en las calles, en sus hogares, en las películas y programas de televisión que ven. [239]

La desigualdad alimenta la violencia

La tasa de asesinatos de Estados Unidos ha aumentado seis veces más rápido que la población. Las violaciones y otras formas de violencia también se han incrementado.

Un factor contribuyente, además de la diferencia cada vez mayor entre ricos y pobres, puede ser la televisión comercial: *la droga con enchufe*. Buscando las máximas ganancias, las cadenas televisivas sin escrúpulos bombardean a la audiencia con un menú de violencia y asesinatos. La mayoría de los niños estadounidenses pasan más tiempo frente al televisor que con sus padres o en la escuela. "A la edad de 18 años un adolescente medio ha presenciado 15 000 asesinatos y cientos de miles de otros actos de violencia en televisión. El principal objetivo de la industria televisiva no es fomentar el desarrollo del niño como persona, sino ampliar el mercado de la comida rápida, los juguetes y otros bienes innecesarios."[261]

Los rescoldos del racismo y la xenofobia en Estados Unidos –que nunca han llegado a apagarse– se están convirtiendo actualmente en llamas por la creciente polarización de las oportunidades y los ingresos. Una ola de crímenes y terror inspirados por el odio se ha extendido por la acción de grupos interesados de la extrema derecha (cabezas rapadas, supremacistas blancos, neonazis, el Ku Klux Klan y grupos paramilitares que se hacen llamar "milicias"). Hay pocas dudas acerca de la relación entre estas milicias –o al menos la doctrina de terrorismo y violencia a sangre fría que proclaman– y el atentado al Edificio Federal de Oklahoma City en 1995, donde fueron asesinadas cerca de 200 personas, entre ellas muchos niños.

Al mismo tiempo que aumentan los crímenes raciales perpetrados por la derecha radical, la derecha conservadora ha promovido una legislación rencorosa. Por ejemplo, el reciente episodio de la Proposición 187 en California que, si fuera considerada constitucional, supondría negar la educación y la atención de salud a los niños indocumentados. Los mexicanos y los estadounidenses progresistas han calificado esta acción como racista e incluso fascista. Con legislaciones como ésta se están poniendo en peligro décadas de progreso social. Tanto la educación como la atención de salud dejan de ser derechos humanos fundamentales.

Está claro que los negros, por regla general, tienen menos oportunidades que los blancos; hay muchos más negros sin empleo o con sueldos de miseria. Un hombre afroamericano que viva en Harlem tiene menos probabilidades de alcanzar los 65 años de edad que uno que viva en Bangladesh (véase gráfica 3-18).[262] Este tipo de violencia social frente a un determinado sector de la población genera repercusiones violentas, por lo que los recortes presupuestarios propuestos en el "Contrato con América" causarán inevitablemente mayores dificultades para negros, latinos y otros grupos minoritarios.

Como reflejo de la insalubridad de nuestra injusta sociedad de consumo, y de la tensión psicosocial a la que se ven sometidos nuestros jóvenes, las tasas de intentos de suicidio en Estados Unidos son asombrosamente altas. De igual manera, el consumo de alcohol y drogas ilegales entre los niños mayores y adolescentes son preocupantemente elevadas. Un estudio llevado a cabo por una comisión de 37 personas, entre las que se encontraban el antiguo cirujano general C. Everett Koop y el analista George Gallup, informó en 1990 que:

- Ninguna otra generación anterior de adolescentes estadounidenses ha tenido tan mala salud, ha recibido tan poca atención o ha estado menos preparada para la vida en comparación con sus padres a la misma edad.
- Cientos de miles de adolescentes estadounidenses [padecen de] abuso de drogas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y problemas sociales o emocionales que pueden llevarles al fracaso escolar o al suicidio.
- La tasa de suicido en adolescentes se ha doblado desde 1968, y un 10% de los chicos adolescentes y un 20% de las chicas han intentado suicidarse.
- La violencia es un elemento habitual en la vida de muchos jóvenes... Cada día, 135 000 estudiantes llevan armas de fuego a la escuela, y el homicidio es la principal causa de muerte en los jóvenes afroamericanos de entre 15 y 19 años.
- Más de la mitad de los alumnos de último año de la escuela secundaria se emborracha al menos una vez al mes, y los accidentes relacionados con el alcohol son la principal causa de muerte en los adolescentes.
- Un 30% de los alumnos del décimo curso escolar ha probado las drogas (en comparación con el 5% de los años cincuenta). Medio millón de jóvenes entre 12 y 17 años ha probado la cocaína.

El estudio llegó a la conclusión de que:

- Muchos jóvenes estadounidenses, ricos y pobres, de todas las razas y grupos étnicos, tienen serios problemas sociales, emocionales y de salud, con consecuencias potencialmente desastrosas no sólo para ellos, sino para la sociedad en general.

Durante sus primeros años en la Casa Blanca, a principios de los noventa, la administración Clinton apostó por la reforma social: habló de más empleos, más ayudas y servicios para la clase trabajadora, especialmente para los pobres, y de un sistema nacional de salud que cubriera todas las necesidades de la población. Pero las acciones dicen más que las palabras. Hasta ahora, Clinton –al igual que sus predecesores– ha tomado muchas decisiones en favor de los intereses de los poderosos grupos de presión (cuyo apoyo necesita para ser reelegido), en lugar de favorecer los intereses de la mayoría de la población. Con el giro hacia la derecha conservadora que ha tomado el Congreso –respaldado por la poderosa influencia de las grandes empresas y por la Asociación Médica Americana– la situación tiene todo el aspecto de continuar deteriorándose. Aunque los estadounidenses gastan mucho más en atención médica que ninguna otra nación, el modelo estadounidense basado en servicios privados, excesivos y desiguales es, en definitiva, un ejemplo de *mala salud a alto costo*.

Estados Unidos y la globalización de la pobreza

Estados Unidos, como única superpotencia que queda, continúa teniendo una enorme influencia sobre las políticas económicas y sociales de todo el mundo, de forma directa mediante su poder económico y militar, e indirectamente a través de las instituciones financieras internacionales (el Banco Mundial, el FMI, la Organización Mundial del Comercio, etc.). La ayuda exterior, los créditos condicionados, los acuerdos comerciales y las férreas políticas de ajuste han conducido a la mayoría de las naciones a un sistema global de mercado, estructurado y dirigido en gran parte por los Estados Unidos, en el que importan más las ganancias que las personas. Los pocos países suficientemente lúcidos como para resistirse a este modelo de desarrollo tan miope y avaro, o que han buscado un camino hacia un desarrollo social más igualitario, se han visto asediados por embargos, estrategias de desestabilización e incluso agresiones abiertas o terrorismo encubierto llevado a cabo por mercenarios, todo ello bajo el mando de Estados Unidos. El resultado ha sido una creciente disparidad en la riqueza y la salud, así como la globalización de la pobreza.

El modelo de desarrollo dominante basado en un crecimiento económico desenfrenado para los ricos, ha causado una intensificación de la desigualdad y el subdesarrollo en todo el mundo. En un pobre intento de justificar este terrorismo económico autorizado por el Estado, el Comité Económico del Senado manifestó con rotundidad en un informe reciente que "todas las sociedades tienen una riqueza desigual y una dispersión de los ingresos, y no hay ninguna base real para criticar ningún grado de desigualdad determinada por el mercado".[263] Este orden social resultante, tan injusto e insostenible, se mantiene de forma precaria por el envío de ayuda estratégica, económica y militar a las *florecientes democracias de baja intensidad* que están fuertemente controladas por una minoría rica en colaboración con los poderosos intereses económicos del Norte.

Los paralelismos entre las políticas nacionales llevadas a cabo por el gobierno estadounidense desde principios de los ochenta y las políticas de desarrollo impuestas a los países del Tercer Mundo son inevitables. Asimismo, la crisis de la deuda del Tercer Mundo va paralela a la deuda nacional de Estados Unidos, la mayor del mundo. En Estados Unidos, como en el Tercer Mundo, son los mismo grupos los que han creado y se han beneficiado de las políticas neoliberales que han aumentado la pobreza, minado el proceso democrático y precipitado el deterioro medioambiental.

A pesar de todo su poder y riqueza, es seguro que Estados Unidos no es una nación saludable. Y son todavía menos saludables las políticas de desigualdad que impone al resto del mundo.

Socioeconomía de la salud en el Tercer Mundo

En términos generales la riqueza nacional (PNB *per cápita*) de los países del Tercer Mundo suele correlacionarse con las tasas de mortalidad infantil y otros indicadores de salud. De los 50 países que poseen una tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) superior a 100, todos excepto cuatro tienen un PNB *per cápita* inferior a 700 dólares.[264]

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, la manera de distribuirse la riqueza de un país parece ser un determinante de salud más importante que la riqueza nacional total o los ingresos medios. Comparemos Brasil con Costa Rica. Brasil tiene un PNB *per cápita* relativamente alto, de 4 790 dólares, y una TMM5 de 42.[265] Costa Rica tiene un PNB *per cápita* de 2 680 dólares y una TMM5 de 16 –una tercera parte de la de Brasil–.[266] De forma similar, la tasa de mortalidad materna de Brasil es de 160 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, en contraste con las 29 de Costa Rica.[267] La esperanza de vida en Brasil es de 67 años, nueve menos que en Costa Rica.[268]

Los mejores índices de salud de Costa Rica pueden deberse en parte a la importancia que se da a la salud, y también pueden explicarse parcialmente por el hecho de que la diferencia entre ricos y pobres es allí menor, mientras que en Brasil es enorme y sigue en aumento.[269] Actualmente 1% de la población brasileña posee 48% de la

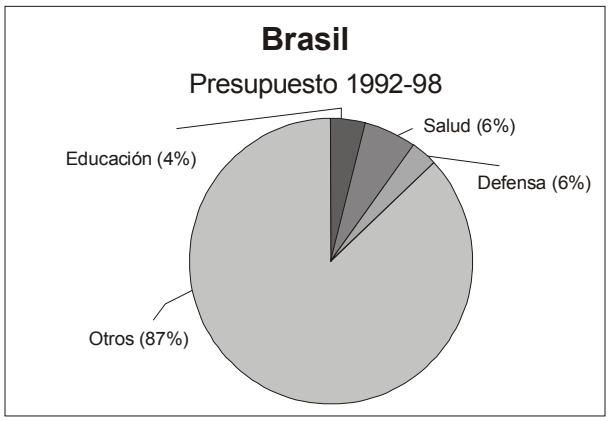
tierra cultivable,[270] mientras que el 40% más pobre del país recibe solamente el 8% de los ingresos totales [271] (similar a lo que recibía en 1988).[272] Por el contrario, el 20% más pobre de Costa Rica recibe el 13% del total de los ingresos del país.[273]

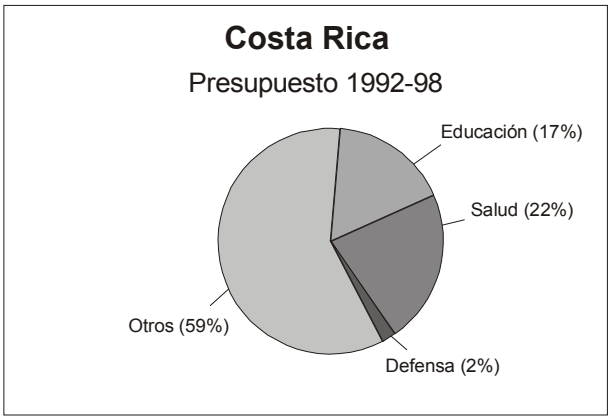
La desigualdad de la sociedad brasileña se refleja también en el bajo gasto social de su gobierno en servicios sociales. Brasil gasta el 6% de su presupuesto en atención de salud y el 4% en educación.[274] Costa Rica, por el contrario, dedica el 22% de su presupuesto a atención de salud y el 17% a educación.[275] Como consecuencia, sólo el 71% de los niños brasileños llegan al quinto curso, mientras que en Costa Rica son el 88%[276] (véase gráfica 3-18).

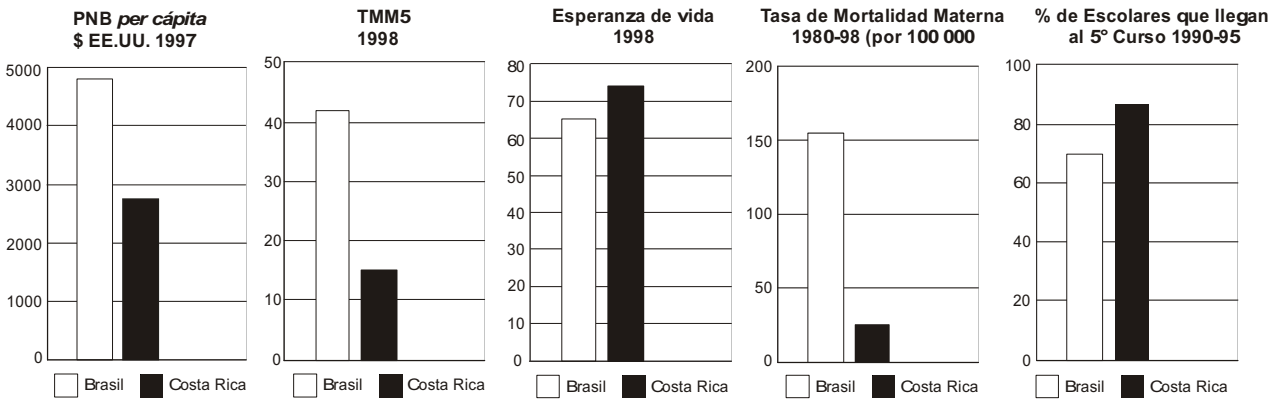
Como ya hemos mencionado, hay una estrecha relación entre la educación de las mujeres y la mortalidad infantil. Así, el hecho de que en Brasil la matriculación en la escuela primaria disminuyera aún más en los años ochenta no promete nada bueno para la salud de sus niños. (En otros 50 países del Tercer Mundo la asistencia a las escuelas también descendió durante los ochenta, en parte debido a los ajustes estructurales.)[277]

Tanto en el Tercer Mundo como en Estados Unidos, la disparidad de ingresos entre las familias se correlaciona con la disparidad en la mortalidad infantil. Un estudio reciente en 28 países encontró que en las familias de ingresos más bajos la mortalidad neonatal es entre dos y cuatro veces mayor que en las familias de ingresos más altos; la mortalidad posneonatal es de dos a cinco veces superior, mientras que la mortalidad infantil es entre cuatro y 30 veces mayor.[278] El efecto que tiene una amplia disparidad en la riqueza sobre la salud infantil es expresada de forma muy gráfica por un trabajador de un hospital de El Salvador:

> Es un círculo vicioso. No curamos niños, solamente los revivimos para que puedan irse y volver a pasar hambre. Algunas veces enferman de infecciones banales que se convierten en graves en los niños sin defensas, en los niños que no comen lo necesario. Tres cuartas partes de los niños salvadoreños menores de cinco años padecen de algún grado de desnutrición.
>
> Hay comida suficiente en el país, pero los pobres no pueden pagarla. Tenemos ahora una niña de 12 años que se está muriendo de desnutrición. Su padre tiene una vaca y pollos, y planta frijoles y maíz, pero se lo tiene que dar todo al propietario de la tierra, así que su hija y el resto







Gráfica 3-18. Comparación entre indicadores económicos, sanitarios y educacionales.[276]

> de la familia están pasando hambre. Si no entrega la leche, los huevos y la cosecha alguien vendría y se los llevaría, así que ¿qué puede hacer el hombre? Es un problema social y económico, no médico. Sólo vendamos las heridas, aquí no curamos a nadie. [279]

Buena salud a bajo costo

A pesar de las sombrías y deterioradas condiciones de vida y de salud de muchos países pobres, hay unos pocos estados que han llevado a cabo con éxito impresionantes medidas para mejorar la salud de sus habitantes. En 1985, la Fundación Rockefeller patrocinó un estudio titulado *Good Health at Low Cost* [280] (*Buena salud a bajo costo*), cuyo propósito era averiguar "las razones por las cuales determinados países pobres habían conseguido estadísticas de salud aceptables a pesar de sus ingresos nacionales muy bajos". En concreto, el estudió buscó "verificar si China, el estado de Kerala en la India, Sri Lanka y Costa Rica habían conseguido realmente esperanzas de vida de 65-70 años con unos PNB *per cápita* de sólo 300-1 300 dólares" y, de ser así, descubrir por qué.*

Al completar el estudio, sus autores concluyeron que "los cuatro Estados sí lograron buena salud a bajo costo". En concreto, habían reducido espectacularmente sus tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años y, como resultado, habían aumentado su esperanza de vida hasta niveles cercanos a los del Primer Mundo. Las reducciones conseguidas en la mortalidad eran sustancialmente mayores que las registradas en los países del Tercer Mundo que habían seguido estrategias convencionales de supervivencia infantil. Además, estas reducciones se acompañaban de una menor desnutrición y, en algunos casos, de una menor incidencia de enfermedades.

Los autores de este estudio atribuyeron estas extraordinarias mejoras en la salud de poblaciones enteras a cuatro factores clave:

1. Compromiso político y social por la equidad (*i.e.* cubrir todas las necesidades básicas del pueblo).
2. Educación para todos con especial énfasis en la educación primaria.
3. Distribución equitativa tanto en la población rural como en la urbana de las medidas de salud pública y de atención primaria de salud.
4. Aseguramiento de una ingesta calórica adecuada [suficiente comida] en todos los niveles de la sociedad, pero sin interferir en la actividad agrícola indígena.[281]

La importancia de un fuerte "compromiso político y social por la equidad" –aunque ejercido de diferentes formas– nunca se valora más de la cuenta. Henry Mosley, director del Instituto Internacional de Salud y Población de la Universidad Johns Hopkins, señala los factores sociales y políticos que subyacen bajo las mejoras en la salud conseguidas por estos cuatro Estados:

> [Para] garantizar el acceso [a los servicios] debe haber un esfuerzo intenso para derribar las barreras sociales y económicas que existen entre los desfavorecidos y los servicios médicos. Esto puede plantearse mediante una estrategia diseñada desde arriba como en el caso de Costa Rica, o puede conseguirse a través de una estrategia desde abajo en la que la demanda es generada desde los propios pobres organizados, como en Kerala... Un planteamiento pasivo de ofrecer solamente servicios no tendrá éxito en la mayoría de los casos a menos que la población conozca mejor sus derechos políticos. [282]

Mosley dice más adelante que:

> Los pilares básicos de cualquier intento de reducir la mortalidad implican el compromiso político de promover la igualdad, así como políticas y estrategias que proporcionen servicios esenciales para todos. A juzgar por las experiencias históricas de los casos estudiados, este escenario puede alcanzarse a través de una larga historia de principios igualitarios y democracia (Costa Rica), mediante la agitación de grupos políticos de desfavorecidos (Kerala) o a través de una revolución social (China).[283]

Aunque en el informe Rockefeller *Mortalidad* y *esperanza de vida* se utilizaron como indicadores primarios de los niveles relativos de salud, también se consideraron otros factores de *calidad de vida* y *equidad*. El *índice de Gini* (IG) examina la igualdad relativa de una población en cuanto a factores como ingresos totales por miembro familiar, distribución de la tierra o consumo de alimentos. Un valor bajo de este coeficiente indica un mayor grado de igualdad. Todos los países del estudio *Buena Salud* tenían un IG relativamente bajo (mayor igualdad) que los estados vecinos. Sin embargo, entre los cuatro estados estudiados se observaron diferencias y tendencias que pueden arrojar luz sobre la probabilidad de mantener las mejoras conseguidas en salud. En Sri Lanka, por ejemplo, hubo una disminución del IG por los ingresos totales familiares (*i.e.* la disparidad de ingresos se redujo) de 0.46

*Irónicamente, entre los autores de este estudio –que proporciona poderosos argumentos a favor de la Atención Primaria de Salud Integral en su sentido más amplio– se encontraban Kenneth Warren y Julia Walsh, dos de los primeros y más fervientes defensores de la Atención Primaria de Salud Selectiva (véase p. 49).

en 1953 a 0.35 en 1973, pero aumentó de nuevo a 0.43 en 1981, reflejando el retroceso de la tendencia igualitaria tras 1977. (Como respuesta a una crisis económica a finales de los setenta, que incluyó un programa de ajuste estructural en 1977, el acceso a los subsidios para comida se redujo drásticamente.[284] A finales de los setenta, la ingesta calórica del 30% más pobre de Sri Lanka bajó de forma significativa, mientras que aumentó la del 50% más rico.)[285] De esta manera, Sri Lanka ha sufrido algunos retrocesos en sus iniciales logros sociales. Obviamente, la guerra civil en el norte del país tampoco ha ayudado.

De los cuatro países investigados, China ha ofrecido con diferencia los resultados más "... excepcionales en cuanto a igualdad... Se sabe que en algunas regiones de China el IG para la distribución de la riqueza (sobre todo la tierra) bajó de 0.80 [en el momento de la Revolución] a nada menos que un 0.22". Mientras que el descenso de la tasa de mortalidad infantil (TMI) de los otros tres estados se ha atribuido sobre todo a la mejora de los servicios (mejora en la cobertura sanitaria, vacunaciones, agua y saneamiento, ayudas para la alimentación y educación), las mejoras de China tienen su base en una distribución más justa de la tierra y de la producción de alimentos. En otras palabras, la población fue animada a hacerse más autosuficiente, en lugar de depender de la ayuda del gobierno. Las cosechas de las cooperativas de producción [comunas] fueron sujetas a impuestos por el gobierno. Esto proporcionaba una reserva para que el gobierno pudiera ayudar a las comunidades en tiempos de crisis y, si fuera necesario, redistribuir algunos de los excedentes de las comunidades más prósperas a aquellas con dificultades.

¿Cómo es de sostenible la "buena salud a bajo costo"? Tendencias desde el estudio Rockefeller

Pasados unos años desde el estudio Rockefeller, resulta interesante comparar cómo estos cuatro estados han conseguido mantener sus respectivos avances hacia una "buena salud a bajo costo." Según diversos indicadores, China parece ser la que mejor lo ha logrado, mientras que en Kerala, Sri Lanka y Costa Rica las mejoras en la reducción de la desnutrición y las enfermedades se han visto mermadas en los últimos años, de manera más notable (y predecible) en el caso de Sri Lanka. En estos tres países, la igualdad estaba menos arraigada e institucionalizada; además, se han visto fuertemente afectadas por la recesión económica y las medidas de ajuste estructural, a lo que hay que añadir una guerra civil en el caso de Sri Lanka.

La tendencia observada en Costa Rica es especialmente reveladora. Todo parece indicar que su impresionante reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años (de 112 en 1960 a 29 en 1980 y 16 en 1992)[286] se ha debido sobre todo a la disminución en las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias, lo cual se atribuye sobre todo a intervenciones de salud: tratamiento precoz, aumento de la cobertura en vacunación, suministro de agua y saneamiento, suplementos alimenticios a niños pequeños y embarazadas y, posteriormente, un mayor acceso a hospitales (atención secundaria) y a servicios de planificación familiar.[287] En el estudio Rockefeller se atribuyó al "progreso socioeconómico" sólo un 25% de la reducción total de la mortalidad infantil.[288]

Sin embargo, con la creciente crisis de la deuda de Costa Rica a principios de los ochenta, a medida que el progreso socioeconómico se estancó y comenzó a retroceder, el descenso en la mortalidad infantil se detuvo.[289] La rápida inflación y la caída de los salarios reales "supusieron un deterioro del poder adquisitivo y pudieron haber sido la causa de unas mayores tasas de desnutrición y mortalidad".[290] El porcentaje de población que no podía pagar "la canasta de la compra básica" aumentó de un 18% en 1980 a un 37% en 1982. Los niveles nutricionales, en especial los de los niños, comenzaron a bajar; más de un tercio de los niños no recibían suficiente comida. Esta situación mejoró algo en 1983 "debido a que se frenó el crecimiento de la inflación y a que el gobierno aumentó el salario mínimo".[291] Los niveles actuales de salud de Costa Rica siguen siendo bastante buenos. (Por ejemplo, el por-centaje de niños con bajo peso al nacer es igual que el de Estados Unidos.)[292] Sin embargo, el progreso se ha detenido en la mayoría de las regiones y, en gran medida, la calidad de vida está empeorando para una buena parte de la población.

Gran parte de este deterioro parece ser debido a las políticas de ajuste estructural impuestas por el Banco Mundial y el FMI, que son puestas en marcha generalmente a través de la USAID.[293] En lugar de ayudar a Costa Rica a recuperarse de su crisis, su deuda se ha hecho aún mayor (por medio de nuevos créditos sometidos a políticas de ajuste) y ha habido retrocesos en los anteriores progresos hacia una mayor igualdad.

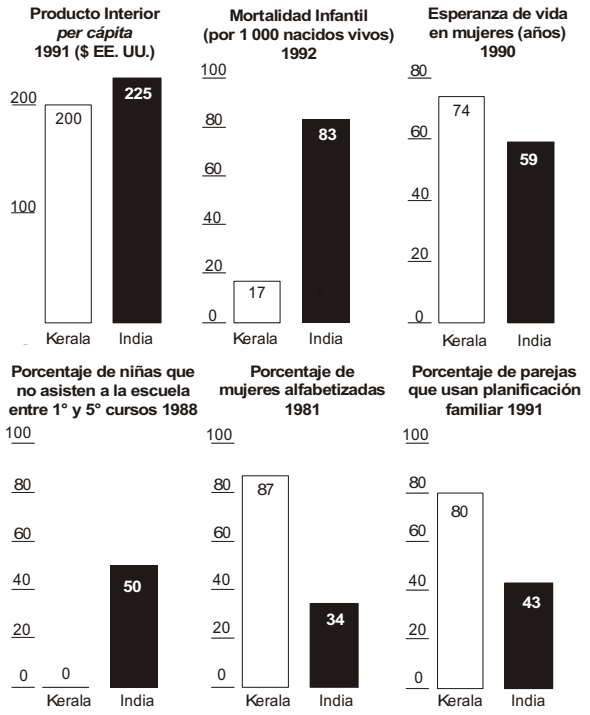
El programa de ajuste de Costa Rica busca aumentar sus ingresos por exportaciones para paliar su deuda externa. Esto se lleva a cabo, en parte, "forzando a los campesinos que habían cultivado tradicionalmente frijoles, arroz y maíz a cultivar *exportaciones agrícolas no tradicionales* (EANT) tales como plantas decorativas, flores, melones, fresas y pimienta roja". Se dan incentivos y beneficios fiscales a los grandes productores por convertir sus plantaciones y cultivar EANT. Según Alicia Korten: "Los pequeños agricultores dicen que estas políticas les están echando de sus tierras, y que el pequeño campesino está desapareciendo como clase social productora."[294] Incluso el Banco Mundial admitió en su *Costa Rica: Country Economic Memorandum* (*Costa Rica: memorándum económico del país*) de 1988 que "los pequeños propietarios que no sean capaces que adaptarse a estas nuevas actividades (culti-

vos no tradicionales) podrían tener que vender sus tierras y convertirse en trabajadores sin tierra". [295]

A medida que aumenta en Costa Rica el número de personas marginadas, el gobierno confía cada vez más en su policía civil para mantener la estabilidad, y su número ha aumentado espectacularmente desde principios de los ochenta. El aumento de la brutalidad policial, los desalojos a punta de pistola y la quema masiva de casas ilegales constituyen una triste serie de acontecimientos para un país que abolió su ejército en 1948 y que siempre se ha enorgullecido de su tradición no violenta.[296] Incluso el funcionario de la USAID Arturo Villalobos está de acuerdo con que la concentración de la tierra en unas pocas manos y la aparición de un gran número de campesinos sin tierra "ha sido un terrible revés para la democracia, la armonía social y el medio ambiente de Costa Rica".[297]

A medida que Costa Rica se ha hecho más dependiente de sus exportaciones y de la fluctuación (generalmente a la baja) del mercado internacional, sus dificultades económicas se han visto incrementadas. El gasto en la importación de bienes de lujo para los ricos supera los ingresos por exportaciones. El alza de los aranceles para los cereales básicos por parte de la agricultura subvencionada del Norte ha hecho disminuir la producción local y ha provocado que más campesinos se queden sin tierras. El economista de la USAID Miguel Sagot sugiere que "el ajuste estructural ha aumentado en Costa Rica las diferencias entre ricos y pobres". Advierte que: "Los servicios sociales... también se han deteriorado en los últimos años. Muchos piensan que es porque el gobierno ha cambiado sus prioridades presupuestarias de los servicios sociales a la promoción de las exportaciones". [298] En realidad, el gobierno de Costa Rica tiene pocas opciones: si no cumple con las condiciones exigidas por el Banco Mundial y el FMI se verá fuera de los acuerdos de libre comercio norteamericanos y perderá su acceso a posteriores créditos. Como concluye Alicia Korten: "Los líderes costarricenses parecen dispuestos a sacrificar la igualdad social, la sostenibilidad medioambiental y la estabilidad económica en el largo plazo por un puesto en el mercado mundial". Si siguen en esta dirección, parece que están en el camino de sacrificar también su "buena salud a bajo costo".[299]

Kerala es uno de los estados más pobres de la India, pero supera con mucho al resto del país en cuanto a salud y educación, debido a que su gobierno popular ha dado la máxima prioridad durante los últimos 30 años a las necesidades básicas. En Kerala más del 90% de los adultos están alfabetizados, en comparación con un 52% de la media del país. Su tasa de mortalidad infantil es aproximadamente de 10 por cada 1 000 nacidos vivos (una de las tasas más bajas del Tercer Mundo), mientras que en la India en su conjunto es de 81. Un vigoroso programa de reforma



Gráfica 3-19. Comparación entre Kerala y el resto de la India: economía, salud, educación y planificación familiar.[303]

agraria ha beneficiado a millones de granjeros de Kerala, que hasta no hace mucho vivían bajo un régimen feudal. También tiene los mejores sistemas de transporte, electricidad y abastecimiento de agua de toda la India.

Sin embargo, el incremento de los costos y las malas condiciones del mercado de finales de los ochenta y la década de los noventa han hecho cada vez más difícil mantener su modelo de estado de bienestar. El desempleo ha crecido y la inflación está empeorando los niveles de vida. [300] Al igual que Sri Lanka y (en menor medida) Costa Rica, Kerala muestra una divergencia entre su tasa de mortalidad infantil relativamente baja y los indicadores de calidad de vida. Aunque la nutrición infantil es mejor que en los estados vecinos (más ricos), la altas tasas de detención del crecimiento y de recién nacidos de bajo peso sugieren que aún persiste en Kerala una desnutrición significativa y muy extendida. (El estudio Rockefeller apuntó que las tasas de enfermedad solamente parecen haber descendido en los casos relacionados con la vacunación.) [301] Dos investigadores locales altamente calificados concluyen que: "La situación sanitaria de Kerala supone un interesante cuadro de baja mortalidad total coexistiendo con una morbilidad considerable, en su mayoría causada por enfermedades ligadas al subdesarrollo y a la pobreza". [302]

Esta divergencia entre mortalidad y morbilidad sugiere que *los logros conseguidos en materia de salud me-*

diante un cambio socioeconómico hacia una igualdad total, como en el caso de China, aguantan mejor ante las adversidades económicas que pudieran surgir, que los logros obtenidos mediante políticas de bienestar y atención de salud relativamente superficiales y más fácilmente reversibles, como en los otros tres ejemplos. En China, los logros globales en la salud –que incluían reducciones simultáneas de mortalidad, morbilidad y desnutrición– ocurrieron como resultado de mejoras en las condiciones socioeconómicas más que por cambios en la atención de salud o los servicios públicos. Además, estas mejoras han resultado más duraderas.

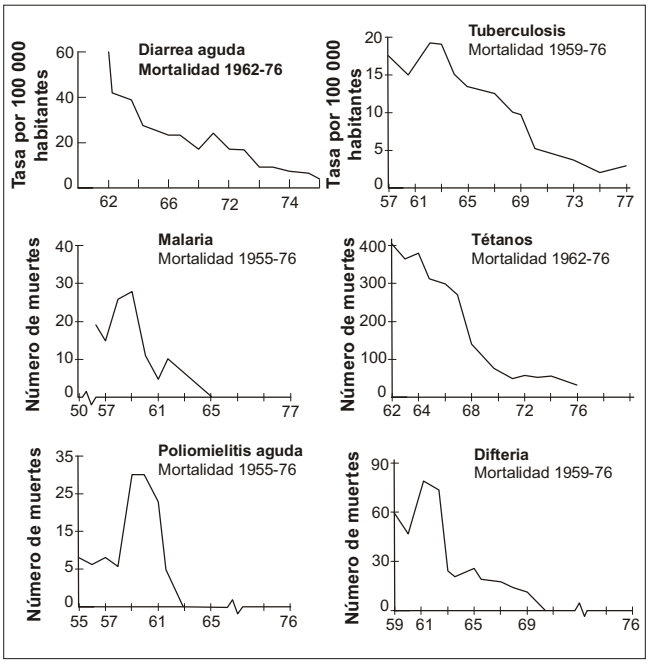
Sin embargo, queda por ver si incluso las mejoras conseguidas en China perdurarán en el clima conservador que vivimos hoy. Con el cambio del país hacia una economía de mercado, los médicos descalzos elegidos por sus propias comunidades y responsables ante ellas son en gran medida una cosa del pasado. Con la introducción de las granjas privadas, las diferencias entre ricos y pobres vuelven a aumentar. Mientras China es absorbida cada vez más por el modelo de desarrollo dominante, su compromiso político por la igualdad parece estar adormeciéndose. Como dato revelador, a principios de los ochenta el número de niños con bajo peso subió un 10%; en 1990 uno de cada cinco niños chinos tenía un peso insuficiente.[304] ¿Será China –con una quinta parte de la población mundial– capaz de mantener sus logros de *buena salud a bajo costo*?

Lecciones para aprender de los países con "buena salud a bajo costo"

A pesar de las dificultades que encontraron, los cuatro países estudiados en *Buena salud a bajo costo* son un ejemplo de cómo incluso los países más pobres pueden lograr importantes mejoras en la salud de sus habitantes. Lo hicieron mediante estrategias de desarrollo que tenían como prioridad máxima asegurar la cobertura de las necesidades básicas de toda la población. Ninguno de ellos –al menos durante el periodo de sus mayores mejoras– siguió el actual modelo de desarrollo de *crecimiento a cualquier costo*, que promueve una expansión desenfrenada de las grandes empresas industriales privadas con la esperanza de que algo de la riqueza generada vaya a parar a manos de los pobres. En su lugar, siguieron un planteamiento de desarrollo basado en las *necesidades básicas* que se centraba en modelos igualitarios de servicios o producción, pensados para involucrar a la mayor parte posible de la población. En agricultura, para asegurar que todos (sobre todo los niños) tuvieran sus necesidades nutricionales cubiertas, reforzaron los métodos tradicionales, basados en pequeñas propiedades, para cultivar productos locales y baratos. La producción se destinaba sobre todo al consumo local, no a la exportación. Según cada país, el tipo de propiedad podía ser privada (Costa Rica) o comunal (China), pero en todos ellos se fomentaba un método comunitario cooperativo de resolución de problemas y cobertura de necesidades. La motivación subyacente era un espíritu de compartir y trabajar juntos para el bien común. Cada uno a su manera, estos cuatro países ofrecen poderosos argumentos en favor de un planteamiento integral y orientado a la igualdad para satisfacer las necesidades nacionales de salud.

Los logros sanitarios de Cuba

China, Sri Lanka, Kerala y Costa Rica no son, desde luego, los únicos países o estados que han hecho progresos hacia una "buena salud a bajo costo". Cuba, con menos de la mitad de ingreso (PNB) *per cápita* que Costa Rica, tiene una TMM5 significativamente más baja (ocho contra 16). Los niveles cubanos de salud, educación y bienestar social general no solamente son superiores a los de cualquier otro país del Tercer Mundo, sino que en muchos aspectos son iguales, si no superiores, a los de muchos países desarrollados del Norte. Por ejemplo, Cuba tiene una TMM5 similar a la de Portugal, cuyo PNB es 10 veces mayor, y tiene una tasa de vacunación infantil bastante mayor que la de Estados Unidos, con un PNB más de 20 veces mayor. De hecho, Cuba tiene una de las mayores tasas del mundo de vacunación de niños frente al sarampión (99%) y de mujeres embarazadas contra el tétanos neonatal (70%). Cuba también ha dado gran importancia a la igualdad de la mujer, y tiene una mayor proporción de niñas frente a niños matriculados en educación secundaria que Estados Unidos. Incluso con sus crecientes dificultades económicas, debidas a la pérdida del apoyo soviético



Gráfica 3-20. Logros significativos de Cuba en la salud.[305]

y al severo embargo estadounidense bajo la administración Clinton, Cuba ha logrado asegurar la cobertura de las necesidades básicas de todos sus habitantes –y de forma especial las necesidades nutricionales de los niños.

Sin embargo, Cuba no fue incluida en el estudio Rockefeller, ni sus espectaculares logros en salud infantil han merecido mención en los informes anuales del UNICEF. La razón está clara: Cuba ha seguido un modelo de desarrollo radicalmente opuesto al del sistema de mercado prevaleciente. Ha sido violentamente atacada, boicoteada, sus peticiones de créditos para el desarrollo denegados (hasta hace poco) e incluso sus líderes han sufrido repetidos intentos de asesinato por parte de Estados Unidos; todo en nombre de la *seguridad nacional* estadounidense. Pero la mayor amenaza cubana para una superpotencia como ésta es su modelo de desarrollo, que antepone las necesidades del pueblo a los beneficios de las grandes empresas. Este modelo –si lograra tener éxito– podría ser peligroso para el orden establecido.

Cuba ha logrado, hasta la fecha, mantener sus altos niveles de salud infantil a pesar de una disminución de un 50% de su economía desde principios de los noventa. Como en China, esto podría deberse en parte a que su planteamiento integral de la salud y el bienestar surge de un cambio social revolucionario construido sobre una fuerte participación popular.

Cuba ha usado durante mucho tiempo el lema "¡Poder popular!" y, en algunos aspectos, este poder de los ciudadanos existe. Pero la participación en la toma de decisiones se ha ido debilitando, como en China, en favor de un gobierno autoritario fuertemente centralizado. A menos que Cuba y China consigan hacer que el *poder popular* se parezca más a una realidad práctica, las dificultades internas y las presiones externas para una modernización hacia el libre mercado pueden dar al traste con los enormes logros obtenidos por estos excepcionales Estados.

La experiencia de Guyana con una alternativa a los ajustes estructurales basada en la equidad*

Guyana, a pesar de su riqueza mineral y forestal, es el país más pobre del Hemisferio Occidental. Este pequeño país caribeño fue en su tiempo próspero, pero tras su independencia del Reino Unido en 1966 fue saqueado por una dictadura corrupta que controló la mayor parte de la actividad económica nacional en su propio beneficio y en el de los poderes del Norte que le apoyaban.

En los ochenta Guyana se convirtió en el país más endeudado del mundo. Desde 1988, el 80% de sus ingresos se ha destinado a pagar su deuda externa. Bajo las políticas de ajuste supervisadas por el FMI, el valor del dólar guyanés cayó de 10 por cada dólar de estadounidense en 1988 a 144 dólares guyaneses por cada dólar estadounidense en 1995. Como parte del ajuste, el país ha subordinado las necesidades de su economía nacional a las del mercado internacional. La agricultura de subsistencia ha sido reemplazada por productos destinados a la exportación. Los bosques han sido talados y los minerales extraídos para exportarlos y conseguir beneficios rápidos con los que hacer frente a su deuda. Se han recortado los presupuestos para salud, educación y potabilización de agua para pagar créditos con los que financiar el desarrollo de las exportaciones.

Una minoría local se beneficia, pero la mayoría pierde mucho más de lo que gana. Durante la pasada década y la actual los niveles de desnutrición, enfermedad, mortalidad infantil, desempleo y pobreza total, así como el crimen, el tráfico de drogas, los niños de la calle y la prostitución, han aumentado de manera espectacular.

*Este relato de la estrategia alternativa de desarrollo de Guyana está adaptado de "Guyana Takes on the IMF" ("Guyana se enfrenta al FMI") de Susan Meeker-Lowry en el número de verano de 1995 de *In Context*. Susan es la autora de *Economics as if the Earth Really Mattered* (*La economía si la tierra importara de verdad*) de 1988 y de *Investing in the Common Good* (*Invirtiendo en el bien común*) de 1995, ambos publicados por New Society Publishers.

Una alternativa basada en las necesidades de la gente

En 1992, en las primeras elecciones auténticamente libres en 30 años, los habitantes de Guyana eligieron como presidente a Cheddi Jagan, del Partido Progresista del Pueblo, que había sido derrocado 30 años antes por un golpe de Estado apoyado por Estados Unidos.

Al principio las políticas del FMI impidieron a Jagan llevar a cabo las reformas sociales y económicas que podrían combatir de manera eficaz la pobreza. Pero, en agosto de 1993, los ciudadanos de Guyana unieron esfuerzos con la BWRO (Bretton Woods Reform Organization u Organización para la Reforma de las Instituciones de Bretton Woods) para crear la primera alternativa concreta a los PAE, conocida como Programa Alternativo de Ajuste Estructural (PAAE). Al frente de la BWRO está Davison Budhoo quien, tras trabajar 12 años diseñando los PAE para el FMI, dimitió asqueado. En su carta abierta de renuncia, titulada *Enough is Enough* (*Basta y sobra*), decía que esperaba "lavar mis manos de... la sangre de millones de personas pobres y hambrientas". [306] Budhoo había sido durante dos años el representante del FMI en Guyana, donde ahora está la sede del BWRO.

La nueva alternativa de Guyana al ajuste estructural va más allá del cauto *Ajuste con rostro humano* del UNICEF. Según Budhoo "supone el diseño democrático de una política económica... integral que cubra las necesidades básicas de toda la población". El primer paso es formar un comité nacional que recoja aportaciones de todos los grupos y sectores afectados. Mediante seminarios y simposios, un grupo central de personas deseosas de una estrategia alternativa de desarrollo se reunió con representantes de trabajadores, mujeres, educadores, campesinos, hombres de negocios y pueblos indígenas. Juntos discutieron y redactaron un plan de desarrollo económico con el objetivo de cubrir las necesidades del pueblo de Guyana. Según Susan Meeker-Lowry:

> El resultado es un planteamiento claramente diferente al del FMI y el Banco Mundial. Está basado en el principio de que una economía saludable no se basa en las exportaciones como fuente de ingresos y en las importaciones para cubrir las necesidades básicas. En su lugar, una economía saludable se ocupa de las necesidades del pueblo de una forma sostenible e igualitaria que promueva la autosuficiencia.
>
> La agricultura sostenible es un componente clave de la alternativa de Guyana. No se apoyará más tiempo la exportación de materias primas y la importación de productos manufacturados. En vez de eso, la producción y el consumo interior de alimentos reciben la máxima prioridad. Los cultivos se diversifican y se promueven cultivos no tradicionales –que disminuyen el costo de la comida y crean empleo.
>
> Este modelo también promueve una amplia base económica que da prioridad a las pequeñas empresas que emplean mucha mano de obra. Da gran importancia a infraestructuras rurales apropiadas, incluyendo carreteras, comunicaciones y tecnología y energía asumibles. Créditos blandos promueven el desarrollo de negocios locales por medio de bancos al estilo del Grameen, que conceden préstamos a interés bajo o nulo utilizando un método de préstamos de grupos paritarios.
>
> La [alternativa de] Guyana rechaza la congelación del gasto social que propone el FMI, asegurando que "el aumento de la calidad de vida de la mayoría ha de ser el primer y principal objetivo".[307]

La deforestación ha sido también un tema prioritario; Guyana tiene una de las mayores reservas de bosque tropical del mundo. Sin embargo, la mayoría ha sido concedida para su explotación a multinacionales, a las cuales, bajo los términos del PAE del FMI, se les concedieron 10 años de exención de impuestos. La tala descontrolada estaba destruyendo rápidamente el medio ambiente de los habitantes indígenas de estos bosques.

Como parte de la nueva alternativa al ajuste se designó un Tribunal Internacional de Bosques Tropicales para revisar el acuerdo del gobierno con las multinacionales madereras y mineras. Este tribunal desclasificará y renegociará los contratos secretos existentes y facilitará la reforma de la Agencia Guyanesa de Recursos Naturales, actualmente sin funciones. También asegurará a los indígenas el respeto de los títulos de propiedad de sus tierras, y se tendrá en cuenta su opinión para los temas del desarrollo que les afecten.

En 1994 el presidente Jagan declaró el programa del FMI para Guyana "tremendamente imperfecto e inadecuado" y se mostró de acuerdo en "cancelar el PAE del FMI y volver a negociar con esa institución partiendo de las conclusiones y recomendaciones del PAAE del pueblo". Los guyaneses no creen que el FMI acceda fácilmente a este plan alternativo, ya que se basa más en la autosuficiencia que en servir al mercado mundial. Pero Budhoo y otros activistas sociales ven este nuevo planteamiento como el principio de un movimiento mundial en favor de alternativas menos dañinas para la gente. Se espera un gran impacto cuando India y Filipinas se

opongan a las instituciones financieras internacionales y defiendan sus modelos alternativos de desarrollo basados en la igualdad. Ya en 1993, en la India, medio millón de personas, la mayoría campesinos, se manifestaron en contra de la política agrícola del FMI/Banco Mundial y el GATT (Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio).[308]

Budhoo afirma que "Guyana es importante porque necesitamos mostrar que puede llevarse a cabo... No estamos hablando de problemas técnicos de la economía internacional, sino de nuestro papel para dar forma al destino de la humanidad y del legado que dejaremos a las generaciones venideras". [309]