

Segundo Observatorio Global de Salud, informe alternativo sobre la salud mundial

Publicado por Zed Books, octubre de 2008

Información general

¿Qué es el Observatorio Global de Salud?

El Primer Observatorio Global de Salud fue publicado en 2005. El Segundo Observatorio Global de Salud (*Global Health Watch 2*) – al igual que el informe anterior – ofrece una visión alternativa del estado de la salud mundial en el siglo XXI. Desde esta perspectiva, se analizan las principales inquietudes sobre la salud en su contexto político y económico, al mismo tiempo que se ponen de relieve las disparidades entre ricos y pobres, y entre poderosos y marginados en lo que se refiere a la salud. Asimismo, destaca la necesidad de abordar los determinantes que subyacen en la mala salud y las desigualdades en la salud.

El Segundo Observatorio Global de Salud insta a los gobiernos, las instituciones internacionales y la sociedad civil a reafirmar los principios, valores morales y razones expresados en 1978 en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, llamado que se ha vuelto cada vez más urgente en vista de la globalización, la ascendencia de una doctrina neoliberal dañina y la amenaza del calentamiento global. Destaca, asimismo, que las instituciones de salud de todo el mundo deben ser honestas y rendir cuentas.

El informe está dirigido a la comunidad de trabajadores del sector de salud y activistas sociales en general. Refleja la creencia de que un movimiento transnacional de defensores de la salud pública puede movilizarse contra la injusticia, la avaricia y la apatía política. Aglutina a organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales (ONG), y cuenta con el respaldo de la red mundial

del Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP).

Este documento ofrece una perspectiva general del contenido del Segundo Observatorio y destaca algunos capítulos clave. Al final del documento se encuentra una índice de los capítulos, aunque en el texto se hace referencia a cada capítulo por la letra y número que se les asignó.

Salud mundial: alto perfil que oculta una realidad perturbadora

En los últimos años, la población se ha sensibilizado mucho en cuanto a la salud mundial, debido en parte a la atención que se ha dado a una serie de enfermedades de alto perfil. Algunos activistas de salud, ONG, la Fundación Gates y diversas celebridades han dirigido la atención de los medios de comunicación a la suerte de millones de personas que sufren de enfermedades no tratadas o fallecen prematuramente. La salud es hoy el enfoque de muchas conferencias internacionales y se le incluye en la agenda de las reuniones de los países del G8. De acuerdo con las cifras del Banco Mundial, la asistencia para el desarrollo asignada a la salud aumentó de US\$2,500 millones a casi US\$14 mil millones entre 1990 y 2005 (D1.1). Se ha producido una proliferación de actores mundiales y hay ahora 40 donantes bilaterales, 26 agencias de las Naciones Unidas, 20 fondos globales y regionales y más de 90 iniciativas mundiales de salud (D1.1).

Sin embargo, este aumento de recursos y actores ocultan una realidad más perturbadora. Las desigualdades de salud aun aumentado y le brecha en la expectativa de vida al nacer entre países de

bajos ingresos y miembros de OCDE¹ se ha ensanchado en los últimos 30 años. Cientos de millones de personas siguen careciendo de atención de salud esencial y de las condiciones básicas para la salud. Las limitadas finanzas públicas de muchos países se traducen en que los usuarios deban pagar por recibir atención de salud esencial, lo que sigue siendo un obstáculo para la salud y contribuye a mayor empobrecimiento. Incluso en países con mayores recursos, algunos grupos vulnerables, por ejemplo los inmigrantes y los solicitantes de asilo, encuentran difícil acceder a servicios de salud.

El mundo rico – con excepción de unos cuantos países de Europa del norte – aún está lejos de alcanzar la meta de asistencia para el desarrollo establecida por las Naciones Unidas en 0.7% del RNB². Lo que se dio en llamar “auge de la ayuda” en 2005 y 2006 se debió en gran medida al alivio de la deuda a Nigeria e Irak, y la ayuda de emergencia después del maremoto en el Océano Índico (D2).

Aunque el gasto mundial en salud ha aumentado, **no se ha prestado atención a prioridades cruciales en materia de salud**. Cuatro mil quinientos niños mueren todos los días por mala higiene y saneamiento, y hay señales visibles de que no se llegará al Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo al **agua y saneamiento**. La realidad para el 40% de la población que no se benefició de un “saneamiento mejorado” es un “mundo hediondo lleno de mierda sin tratar” donde se carece de la comodidad e intimidad que deben acompañar la defecación y otras actividades íntimas de higiene personal. Todo esto lleva a muchas niñas a desertar de la escuela (C5). No obstante, la proporción de la asistencia para el desarrollo asignada a mejorar el acceso a agua limpia y saneamiento adecuado más bien se ha reducido desde 1990 (C5), mientras en los barrios marginales de Lagos sus habitantes pagan 40 veces más por el agua que los residentes del centro de Nueva York.

¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

² Renta Nacional Bruta

El reciente aumento de los precios de los alimentos ha atraído la atención al hecho de que la asistencia para el desarrollo asignada al sector agrícola ha venido disminuyendo en los últimos años, con un efecto devastador en las familias pobres, sobre todo en zonas rurales.

Muchas veces el **aumento de financiamiento para la salud mundial** no se ha utilizado con sabiduría y eficiencia. No hay coordinación ni cohesión entre donantes e instituciones mundiales de salud, y ha subido el costo de las transacciones entre una cantidad impresionante de actores, incluso un número cada vez mayor de consultores y burócratas muy bien pagados. No se invierte mucho en fortalecer o ampliar el personal de salud pública ni en apoyar estrategias a largo plazo para el desarrollo de sistemas de salud (D1.3). Los pocos adelantos alcanzados en cuanto a estrategias de recursos humanos, como en Malawi con el Programa de Emergencia sobre Recursos Humanos para el sector de salud de seis años de duración, ofrecen un marcado contraste con la imposición de techos salariales que el FMI sigue exigiendo en el sector público.

La política de investigación de salud está muy influida por el efecto distorsionador del poder y las ganancias. La investigación médica y de salud está dominada por la agenda de la **industria farmacéutica** orientada a generar utilidades y por un régimen de derechos de propiedad intelectual que provoca ineficiencia pues desalienta la cooperación científica y la investigación innovadora, y desperdicia dinero en aspectos de comercialización y sobre consumo. A pesar de que el sector público paga el 60% de la investigación y el desarrollo (I&D) en la industria farmacéutica, gran parte de este dinero se ha destinado a la producción de medicamentos que ofrecen dudosos beneficios incrementales a quienes tienen los medios para comprarlos (B5).

La salud mundial aparece con creciente frecuencia en las **estrategias de “seguridad mundial”**, incluso las que han sido diseñadas para combatir la llamada “guerra contra el terrorismo”. Se ha utilizado el VIH/SIDA, otras amenazas de pandemias mundiales y las preocupaciones relativas a la bioseguridad para impulsar los objetivos de política exterior o los controles

migratorios de los países ricos, y se ha desviado la ayuda para estos fines. Por ejemplo, el Departamento de Defensa de Estados recibe actualmente el 22% de la Asistencia Oficial de EEUU para el Desarrollo³. Asimismo, se considera que el subdesarrollo y la mala salud también representan amenazas a la seguridad que es necesario contener y controlar, en vez de constituir motivos urgentes para erradicar la pobreza.

Gobernabilidad de la salud mundial: ¿rendición de cuentas ante quiénes?

La gobernabilidad de la salud mundial se ha vuelto innecesariamente complicada en momentos en que es de urgente necesidad contar con un liderazgo transparente y eficaz en la salud mundial, y racionalizar las funciones, responsabilidades y mandatos.

Una combinación de iniciativas verticales y orientadas a enfermedades específicas, donantes “independientes” y la proliferación de proyectos y proveedores privados en muchos países, han reducido las posibilidades de que los países establezcan y se apropien de sistemas de salud coherentes. El enfoque actual de los donantes y las agencias mundiales en lo que respecta al establecimiento de sistemas de salud carece de coherencia y de una visión clara de las características de un buen sistema de atención primaria de salud (B1) como el Sistema Distrital de Salud que la OMS ha venido promoviendo desde hace tiempo.

Las asociaciones de salud mundial como el **Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria** (FM) han ayudado a millones a tener acceso a medicamentos antirretrovirales, tratamiento contra la tuberculosis y mosquiteros tratados con insecticidas (D1.4). El FM también ha fomentado la participación y transparencia a través de sus Mecanismos de Coordinación de País que, a pesar de permitir la participación de la sociedad civil, crean a menudo una estructura paralela que puede duplicar las acciones gubernamentales e implica costos de oportunidad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos

del FM por apartarse de programas verticales, sólo el 13.1% del financiamiento de la Ronda 7 (2007) se destinó al fortalecimiento de sistemas de salud.

Los “nuevos filántropos” son poderosos actores – ninguno más que la **Fundación Gates** – que han surgido en el ámbito de la salud mundial. No se puede negar que la salud se benefició con la donación de \$29,000 millones de la Fundación Gates en 2005. Sin embargo, esta acción ha dado lugar a preocupaciones legítimas de que la Fundación ejerza una influencia excesiva en las políticas internacionales de salud, cuando en esencia carece de responsabilidad (*accountability*) democrática o pública (D1.3). Otras inquietudes planteadas se refieren a que impulsa un enfoque demasiado técnico y vertical de cómo mejorar la salud.

La **Organización Mundial de la Salud** enfrenta retos considerables para cumplir con su mandato de “posibilitar una cooperación internacional que persiga el bien público común” (D1.2) y promover la salud como derecho humano fundamental y una cuestión de justicia social. Los nuevos actores han socavado la autoridad de la OMS. A partir de 1990, los donantes han contribuido una proporción mayor a fondos extrapresupuestarios que al presupuesto principal, lo cual les ha dado mayor control sobre su uso y ha hecho que la Organización sea más vulnerable a las presiones de los donantes y la industria. La controversia que provocó la Red Global de Vigilancia de Influenza de la OMS por haberle pasado material viral de la gripe aviar donado por Indonesia a una empresa farmacéutica sin autorización del gobierno indonesio es un ejemplo. El debate que se ha venido desarrollando a partir de este incidente – que aborda el derecho soberano de los Estados sobre sus recursos biológicos y la ética de un sistema de patentes para la producción comercial de vacunas – pone de relieve la necesidad de apoyo firme y escrutinio que tendrá la OMS para ser un “árbitro moral de la formulación de políticas internacionales de salud” (D1.2) y una agencia técnica reconocida mundialmente.

El que la OMS estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en 2005 constituyó una señal prometedora de que los determinantes económicos, políticos y sociales de

³ Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD)

la salud habían adquirido mayor prioridad. No obstante, el primer Informe Preliminar de la Comisión (julio de 2007) daba prioridad a la igualdad y a la salud como derecho humano, pero carecía de un análisis de los procesos políticos que han influido históricamente en la equidad. De ahí que la OMS necesite un apoyo firme para poner en práctica sus recomendaciones.

La política y la economía – determinantes cruciales de la pobreza y la salud

El Banco Mundial calculó que 2,550 millones de personas o el 40% de la población mundial vivían por debajo de la línea de pobreza de “\$2/día” en 2004, cifra que no ha dejado de aumentar desde los ochenta. Una cifra más realista de \$2.80 o \$3.90 – por debajo de la cual se calcula que disminuye la expectativa de vida – indica que la cantidad de población mundial en condiciones de pobreza oscila entre 51% y 60%, es decir entre 3,200 y 3,800 millones de seres humanos (A).

Al mismo tiempo que aumenta la cantidad de personas empujadas a la pobreza por las alzas de los precios de los alimentos, las grandes agroindustrias multinacionales anuncian grandes utilidades. La “crisis crediticia” mundial provocada por la irresponsabilidad y el comportamiento poco ético de los bancos y otros acreedores al conceder préstamos es parte de la globalización neoliberal que ha significado la acumulación de vastas fortunas para unos cuantos y una condena a la pobreza para la mayoría de la población mundial.

Lo anterior es una clara manifestación de que el modelo dominante de desarrollo no funciona. Este modelo da preferencia a un déficit presupuestario pequeño o de cero, políticas monetarias restringidas, tasas de cambio competitivas, la privatización de empresas de propiedad estatal y servicios públicos, la eliminación de medidas para proteger la agricultura y el sector industrial del país, y la desregulación de mercados y precios (A). El resultado ha sido una ofensiva insidiosa para privatizar hasta los servicios de salud, acelerada por restricciones fiscales y acompañadas a menudo de políticas que debilitan el sector público.

La liberalización y una mayor privatización han influido en el volumen y patrón del comercio de alimentos, y en la **seguridad alimentaria** de la mayoría de la población mundial. En el promedio de países en vías de desarrollo, el gasto de la importaciones de alimentos aumentó más del doble como porción del PIB⁴ entre 1974 y 2004, aunque también hubo un aumento de las exportaciones, sobre todo de frutas, verduras y flores (1980 – 2003) (C3). Las exportaciones de alimentos procesados y menos saludables de los países desarrollados también crecieron. El rápido crecimiento e influencia de las corporaciones transnacionales de la alimentación (TFC) sobre todos los componentes de la cadena alimenticia ha orientado estos patrones desde los noventa (C3). Las normas internacionales relativas a los alimentos se centran, por lo general, en las prioridades de las TFC y pueden imponer graves limitaciones a la capacidad de los países en vías de desarrollo de exportar sus productos agrícolas a los mercados del norte.

Se calcula que entre 2001 y 2013 había 854 millones de personas desnutridas en todo el mundo (C3) y se prevé que habrá 700 millones de personas obesas en 2015. Estos niveles son a todas luces inaceptables; la globalización no ha traído consigo el acceso a alimentos saludables y seguros para todos. Es preciso que la producción y consumo de alimentos saludables sea una prioridad de salud pública.

La mitad de la población mundial vive hoy en zonas urbanas. Aunque el crecimiento natural de la población ha provocado esta rápida **urbanización**, también se ha producido una emigración a gran escala del campo a la ciudad por: a) la “modernización” de las zonas rurales por los cultivos orientados a la exportación; b) el desplazamiento forzoso de las comunidades rurales provocado por los proyectos mineros e hidroeléctricos; c) la falta de planificación e inversión rural de los gobiernos nacionales, y d) las guerras y conflictos (C4). Las zonas urbanas apenas si logran prestar servicios básicos y la salud física y mental de la población urbana se ve afectada por su entorno, exclusión social y pérdida de redes sociales.

⁴ Producto Interno Bruto

Poder y prioridades – ¿Quién establece la agenda?

Las “crisis” de la salud mundial se presentan, por lo general, como problemas desafortunados, imprevistos o trágicos. Raras veces se dice que son el resultado de políticas que favorecen a los ricos y poderosos. El poder y el abuso de poder constituyen un tema central que atraviesa el Segundo Observatorio Global de Salud.

Un ejemplo es la industria petrolera del Delta de Nigeria (C6). La existencia de petróleo debió haber sido un regalo para los habitantes locales, pero se convirtió más bien en una “maldición” que condujo a la violencia, la opresión, la pobreza y la explotación, y provocó la devastación de las comunidades locales (C6). A pesar de los miles de millones de dólares en ingresos generados por la venta de petróleo, sólo una pequeña fracción se ha filtrado a las comunidades locales, que es insuficiente incluso para establecer un servicio de salud rudimentario.

Incluso en los países ricos desarrollados, quienes **solicitan asilo** o son **inmigrantes** no tienen acceso a una atención de salud esencial (B3). El mundo desarrollado aloja sólo al 30% de los refugiados oficiales y solicitantes de asilo de todo el mundo; sin embargo, pone en práctica medidas cada vez más duras para impedir que las personas soliciten y reciban asilo. En Australia, por ejemplo, se utilizaron AUD\$160 millones de ayuda externa para detener a quienes soliciten asilo en centros de detención costa afuera (*offshore*). Si bien los países ricos se benefician de la extracción de recursos naturales de muchos países pobres, la población de estos últimos en busca de una vida mejor es rechazada, estigmatizada y encarcelada. A muchos se les niega el ejercicio de su derecho a una atención de salud esencial. Además, en los centros de detención no se ofrece tratamiento a personas que sufren de altos niveles de depresión: el 86% de los entrevistados en un estudio de Estados Unidos sufrían de una depresión profunda.

Otro grupo desfavorecido por las consecuencias sociales de la pobreza y la desigualdad está constituido por los nueve millones de adultos y más de un millón de niños que se encontraban en

las **prisiones** del mundo, a menudo en condiciones horribles, a finales de 2006. Entre los problemas más comunes están las tasas más altas que el promedio de tuberculosis y VIH, condiciones inhumanas y hacinamiento. Las enfermedades mentales son frecuentes y pueden constituir una causa primaria de encarcelamiento cuando los “servicios comunitarios de salud mental están fragmentados, subfinanciados y sin capacidad de atender a los pobres” (B4).

La ‘**guerra contra el terrorismo**’ ha erosionado las libertades civiles y los derechos humanos, y conducido a medidas de preparación cuestionables como la campaña de vacunación contra la viruela que causó la muerte de tres personas (C2). Entretanto, continúan las incertidumbres en torno a la definición de terrorismo, lo cual significa que no se ha identificado como tal el terrorismo de Estado que abarca desde Guatemala y El Salvador hasta Chechenia e Irak.

Los investigadores de salud pueden desempeñar una función fundamental en términos de medir todo el **costo humano y social del conflicto** y documentar las contravenciones a las Convenciones de Ginebra. Sin embargo, cuando los resultados de su trabajo son incómodos en términos políticos, se han dado casos en que se ha cuestionado. Por consiguiente, es necesario contar con metodologías universalmente aceptadas que hagan más difícil descalificar su trabajo (C2).

Las desigualdades son inherentes a los determinantes sociales de la **mala salud mental**, que está relacionada con el lenguaje, la cultura y el poder (B2). Se ha exportado una visión biomédica e “individualista del yo” como parte de los programas humanitarios y de salud mental, contribuyendo así a la imposición de políticas e intervenciones inadecuadas.

A pesar de los esfuerzos por lograr que la **ayuda humanitaria** se base más en derechos a través de valiosas iniciativas que se han venido desarrollando, como la del Proyecto Esfera⁵, la comunidad global no ha logrado aún distribuir la

⁵ La Carta Humanitaria y las Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres del Proyecto Esfera.

ayuda humanitaria de una manera equitativa (C7). Asimismo, hay una línea cada vez más difusa entre ayuda humanitaria e intervención militar.

¿Hacia dónde vamos? - La necesidad de un nuevo paradigma

Aunque es posible lograr “salud para todos y todas”, será necesario transformar la economía política mundial y las estructuras de gobernabilidad globales para abordar tres de los principales retos del siglo XXI: erradicar la pobreza, hacer realidad el derecho de todas las personas a recibir atención de salud de calidad, y controlar el cambio climático.

Es necesario contar con un paradigma de desarrollo alternativo, cuyo eje central sea la erradicación de la pobreza y el derecho a mejor salud y educación, además del control del cambio climático.

No se logrará controlar el **cambio climático** si se prioriza el crecimiento económico por encima de la distribución equitativa de los recursos. El enfoque general de política para reducir las emisiones de carbono por medio de la “compra y venta de carbono” tiene muchos defectos. Por ejemplo, al asignar un precio uniforme a las emisiones de carbono de “lujo” de los ricos y a las “emisiones de subsistencia” de los pobres, la venta de carbono refleja en lo esencial y consolida la desigualdad. Equivale a “privatizar la capacidad mundial de mantener un clima que sustente la vida” (C1), al mismo tiempo que se desvía la atención de la movilización y organización política necesarias para abordar esta crisis planetaria.

Un modelo alternativo a favor de la salud debe priorizar los medios de vida de los pobres por encima del creciente consumo de productos no esenciales; fomentar tecnologías microrenovables dirigidas a los pobres, y proporcionar mayor apoyo a un sector público democrático que rinda cuentas. Será necesario reevaluar la deuda, las cargas fiscales, el comercio y los derechos de propiedad intelectual desde una perspectiva de derechos humanos y a la luz de las crecientes desigualdades globales.

Éste es un reto de enormes proporciones, pero se puede encontrar inspiración y coraje en muchos sectores, incluso los más desfavorecidos por el actual sistema global, de los que el Segundo Observatorio Global de Salud tiene muchos ejemplos.

Inspiración, valor y resistencia – acciones de la sociedad civil por una mejor salud

- Millones de personas han emprendido ya acciones sociales y políticas, incluso hay comunidades indígenas y rurales que han tomado medidas directas en contra del robo de la tierra y el agua; algunos profesionales de salud hacen caso omiso de los decretos oficiales que niegan asistencia humanitaria y de salud esencial a los solicitantes de asilo y refugiados; los trabajadores luchan contra el trato brutal de las grandes empresas a los sindicatos; abogados y contadores trabajan con ONG para poner de relieve el delito de la masiva evasión fiscal de los ricos, y los periodistas arriesgan su vida para exponer la corrupción en la industria de armamento (E).
- El Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP) ha lanzado una campaña global por el derecho a la salud y la atención de salud, que ya empezó en una docena de países y sigue creciendo. Jan Swasthya Abhiyan (MSP India) ha luchado por el acceso a la atención de salud a través de testimonios públicos y consultas, acciones que culminaron con una audiencia pública nacional sobre el derecho a la atención de salud y un plan nacional para implementar el derecho a la salud (E).
- Algunas alternativas a las prioridades de política general del Consenso de Washington también ofrecen esperanza. Algunos ejemplos incluyen convenios regionales de comercio como la Alternativa Bolivariana para las Américas y la Iniciativa Chiang Mai en el sudeste asiático (A).
- Como reacción a la corporatización (privatización) de los sistemas mundiales de alimentos, algunos grupos de la sociedad civil en todo el mundo, incluso el movimiento

campesino internacional, La Vía Campesina, están exigiendo 'la soberanía alimentaria' y el control de sus propias reservas de alimentos (C3 & A).

- Se ha logrado obtener algunos resultados positivos con el establecimiento de estructuras e instrumentos jurídicos para proteger los derechos humanos. En la actualidad se llevan a cabo cuatro juicios en contra de transnacionales petroleras que operan en la región Delta de Nigeria. Algunas iniciativas como el código de conducta de Principios voluntarios de Seguridad y Derechos Humanos también intentan responsabilizar a las industrias de extracción y a sus poderosos colaboradores (C6).
- Se obtuvo una pequeña victoria sobre la industria mundial de armamento en el Reino Unido cuando una campaña de la sociedad civil, en la que también intervino el personal editorial de *Lancet*, persuadió a *Reed Elsevier*, la multinacional que es propietaria de *Lancet* y muchas otras publicaciones académicas, a que vendiera sus intereses en ferias internacionales de armamento (C2).
- Hay iniciativas de asociaciones comunitarias para mejorar el agua y saneamiento en zonas urbanas, por ejemplo a través de Consejos Comunales de Agua en Venezuela y la iniciativa de Saneamiento Ambiental en Barrios Marginales en Madhya Pradesh, India (C4). Un mejor saneamiento en las escuelas ha aumentado en 11% la asistencia de las niñas a la escuela de Bangladesh (C5). Algunas ciudades y municipios, incluso los que son parte del Movimiento de Municipios y Ciudades Saludables de la OMS, han establecido muchas iniciativas positivas como los Consejos Comunales de Agua (C4).
- Muchos académicos y activistas han emprendido acciones inspiradoras para reducir el precio de las medicinas esenciales. Han allanado el camino para que la Comisión OMS de Derechos sobre Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública analice mejores formas, por ejemplo fondos de premio, para financiar la investigación y el desarrollo (I&D)

en materia de enfermedades desatendidas. Las ONG también han desempeñado un papel decisivo en apoyar a gobiernos de países de bajos y medianos ingresos a fin de que utilicen licencias obligatorias para brindar tratamientos que salvan vidas humanas. La producción de un tratamiento para la Hepatitis C a 1.5% del costo usual fue posible por medio de una alianza innovadora entre académicos sin fines de lucro y una empresa farmacéutica de la India (B5).

- Se han realizado intentos serios de la sociedad civil y algunos gobiernos por satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables. España ha integrado el derecho de los inmigrantes a la atención de salud en su legislación nacional independientemente de su situación (B3). Entretanto, se han adoptado medidas para garantizar que la población carcelaria tenga acceso a tratamiento de antirretroviral (B4).

El Segundo Observatorio Global de Salud describe con claridad por qué el orden mundial actual es malo para la salud y pone de relieve las prioridades de acción y resistencia. Es un recurso que pueden utilizar todas las personas comprometidas con un mundo más saludable y equitativo.

Las copias del Segundo Observatorio Global de Salud están disponibles en *Zed Books* en <http://www.zedbooks.co.uk/book.asp?bookdetail=4250> y en línea en www.ghwatch.org/ a partir de noviembre de 2009

Títulos de los capítulos

- A. Paradigma alternativo para el desarrollo
- B. El sector de atención de salud
 - B1 Incidencia en los sistemas de salud
 - B2 Salud mental: cultura, lenguaje y poder
 - B3 Acceso a la atención de salud para inmigrantes y solicitantes de asilo
 - B4 Prisioneros
 - B5 Medicinas
- C Más allá de la atención de salud
 - C1 Venta de carbono y cambio climático
 - C2 Terrorismo, guerra y salud

- C3 Reflexiones sobre la globalización, el comercio, la alimentación y la salud
- C4 Urbanización
- C5 La crisis de agua y saneamiento
- C6 La extracción de petróleo y la salud en el Delta de Nigeria
- C7 Ayuda humanitaria
- C8 Educación

D Rendición de cuentas

- D1 *Gobernabilidad de la salud global*
 - ❖ D1.1 El panorama de la salud global
 - ❖ D1.2 La Organización Mundial de la Salud y la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud
 - ❖ D1.3 La Fundación Gates
 - ❖ D1.4 El Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
 - ❖ D1.5 El Banco Mundial

- D2 *Ayuda gubernamental*
 - ❖ D2.1 Asistencia externa de Estados Unidos y la salud
 - ❖ D2.2 Ayuda a la salud de Canadá y Australia
 - ❖ D2.3 Seguridad y salud
- D3 *Corporaciones transnacionales*
 - ❖ D3.1 Protección a la lactancia materna
 - ❖ D3.2 Control del tabaco: empujar a los gobiernos de la inacción a la acción

E Epílogos de resistencia

Agradecimientos

Este documento fue elaborado por Marion Birch y Alison Whyte de Medact, y contiene observaciones y recomendaciones de muchas otras personas.



Medicina Social

Salud Para Todos