

Globalizazioa, osasuna eta iraunkortasuna

KOLDO MARTINEZ

Nafarroako Ospitaleko Zainketa Bereziko Mediku Espezialista eta Bioetikan Masterra

Laburbilduz: bizitza oro elkar loturik dago. Denok ihesi ezineko mutualitate sare batean gaude harrapaturik... Zerbaitek norbait zuzenean ukitzen duenean, denok ukitzen gaitu zeharka.

Martin Luther King¹

Sarrera

Osasun on bat herri guztientzat nazioarteko helburu gisa onartua izan da. Zentzu horretan, lasai baieztatu dezakegu azken mendean bizi-itxaropenaren arloan aurrerapausoak egin direla. Baina aberats eta txiroen arteko osasun ezberdintasunak dirau, eta etorkizuneko osasun perspektibak hein batean geroz eta gehiago globalizazio prozesu berrien menpe daude. Iraganean globalizazioa batez ere prozesu ekonomikotzat hartu da. Egun, gertakari orokor bezala ikusten ahal da, geure gizartea agudo birtaxutuz doan faktore eta gertakari multzo zabal baten ondorio.

Azken urteotan, bi marko berri eskaini dira globalizazioa eta osasuna ulertarazteko^{2,3}. Lehenbizikoak kritikotzat hartzen du faktore ekonomikoen eragina; bigarrena, aldiz, glo-

balizazio ekonomikoaren eta nazioarteko gobernantzaren eraginetan zentratzen da batez ere. Biak, garrantzitsuak eta egiazkoak izan arren, ene ustez, motz gelditzen dira, globalizazioaren prozesuak osasunean duen eraginaren gaiak marko zabalagoa exijitzen baitu, holistikoagoa, bai herrien osasunaz bai globalizazioaz kontzepzio zabalago batean oinarrituta egon behar duena.

Osasuna eta bere determinanteak

Mundua geure inguruan geroz eta interkonektatuago eta konplexuago den une honetan, giza osasuna ere bere determinante ekologiko, sozio-kultural, ekonomiko eta instituzionalen ondorio bateratu gisa ulertzen da geroz eta gehiago. Horrexegatik, osasuna geure ingurugiro natural eta sozio-ekonomikoaren egoeraren eta iraunkortasunaren maila handiko indize integratzaile bat bezala har daiteke⁴.

Determinante horien izaera eta kausaltasun maila herrien osasunaren multi-kausaltasun konplexua kontzeptualiza dezakeen oinarrizko marko batean konbina daitezke⁵. Natura ezberdineko osasun determinanteen artean bereizteko, ego-kia dirudi faktore sozio-kultural, ekonomiko, ekologiko eta instituzionalen arteko ohizko ezberdintasuna azpimarratzea. Aipatutako faktoreak kausaltasun maila hierarkiko ezberdinetan aritzen dira, kausaltasun katean kokagune desberdinak dituztelako. Osasun ondorio batera daraman gertaeren kateak hurbileko eta urruneko kausak ditu; hurbileko faktoreek zuzenean eragiten dituzte eritasuna ala osasun irabaziak; urrunekoek, aldiz, kate kausal horretan oso atzean egoteaz gain, hainbat bitarteko faktoreez dihardute⁶. Gainera, determinante kontestualak ere badira. Makro-mailakoak balira bezala har ditzakegu, osasunaren hurbileko eta urruneko determinanteak mugatzen dituztelako, faktoreok jardun duten eta garatzen diren testuingurua osatzen laguntzen dutelako.

Hala ere, ezin dugu ahantzi determinanteok arlo eta maila guztietan eta maila guztien barne interakzionatzen dutela

bide konplexu eta dinamikoez populazioarengan osasuna ekoizteko. Beste aldetik, gauzak zailago bihurtzeko, osasunak berak determinante horiengan ere eragina du.

1997an, Estatu Batuetako *Institute of Medicine* delakoak zera baieztatu zuen: «etxe barneko eta nazioarteko osasun arazoetan bereizketak egitea baliagarritasuna ari da galtzen eta, areago, askotan mingarria izan daiteke»⁷. Geroz eta hurbilago omen gaude denok. XX. mendearen iraultzarik handienetarikoa bat, historialari baten hitzetan, denbora eta distantziaren deuseztapen birtuala da⁸. Diogenesek sortu omen zuen «munduko hiritar» espresioa Kristo baino lau mende lehenago, baina berria dena egungo integrazioaren abiadura, zabalera eta sakontasuna da.

Eta ezagutzen dugun nazioarteko epidemiaren lehen kasua Kristo baino 430 urte lehenago izan bazen, Atenasko plagarekin, egun, herri eta estatu guztiek, beren barne arazoez gain, nazioarteko arriskuen transferentziaz arduratu behar dute ere⁹, hein handi batean aro biokultural berri batean bizi garelako¹⁰.

Globalizazioa

Prozesu eta gertakari espektro zabal bat izendatzeko erabiltzen den terminoa da globalizazioa. Prozesu eta gertakari horien artean, askok osasunarekin harremana daukate. Globalizazioa aipatu izan da, une berean, integrazio orokorraren eta talde eta egitura sozialen desintegrazioaren, identitate konpartituen eta banakako alienazioaren, geografia-aren amaieraren eta nazionalismoen berragertzearen, eta geroz eta kooperazio handiagoren eta pertsona eta taldeen arteko neurrigabeko lehiaketaren kausa eta emaitza bezala¹¹. Globalizazioa era askotako joera teknologiko, kultural, ekonomiko, instituzional eta ingurugirokoen ko-eboluzio interaktiboa da, imajina ditzakegun eskala espazio-tenporal guztietan¹². Horrexegatik, egungo globalizazioa nazioarteko interakzio kultural, ekonomiko, politiko, sozial eta teknolo-

gikoen areagotzea da, transnazional egituren ezarpenera eta maila global, nazioz gaindiko, nazional, erregional eta lokaletan, prozesu kultural, ekonomiko, ingurugiroko, politiko eta sozialak integrazio orokorrera daramatzana¹³. Prozesu erabat konplexua, beraz.

Globalizazioa definizio eta zafratutako esanahi asko duen terminoa da¹⁴. Baldintza globalek erabaki ekonomikoetan geroz eta eragin handiagoa izan dezaten, ondasun, kapital, teknologia, zerbitzu eta (neurri apalago batean) lanaren mugimenduetan zehar munduko ekonomian geroz eta integrazio handiagoko prozesu gisa ere defini daiteke¹⁵. Hots, merkatu global baten sorrerara garamatzen —eraman gaituen— prozesua.

Definizio horien baitan globalizazio prozesuaren ezaugarri garrantzitsu hauek aipatzen dira: gobernantza global berri bat(en beharra), merkatu globalak, komunikazio globalaren eta informazioaren difusioa, mugikortasun globala, interakzio «cross»-kulturala, eta ingurugiroko aldaketa globalak.

Globalizazioa eta osasuna

Hala ere, globalizazio prozesuak osasunarekiko izan ditzakeen eragin guztien identifikazioa gure abilezia mentaletik askoz harago doa, geure sistema globalaren dinamika guztiez jabetzeko gai ez garelako; areago, geure ezjakintasuna eta sistema globalaren determinazio eza direla-eta, agian, ez gara inoiz horietaz jabetuko¹⁶.

Definizio horietatik globalizazioaren eta osasunaren artean hainbat lotura erator daiteke, norabide bietan, globalizazioa ez baita prozesu autonomo bat; beste maila guztietan ematen diren garapen askoren eragina jasaten du berak ere. Eta gainera, maila hurbilaren baitan, eta urruneko mailaren barnean ere, determinanteek bata bestearekin interakzionatzen dutela ez dugu inoiz ahantzi behar.

Globalizazioa gure gizartearen izate propioan aldaketa sakonak eta konplexuak ari da bultzatzen, aukera berriak ekar-

tzen eta, era berean, arrisku berriak ere. Globalizazioak geure osasunean duen eraginak geroz eta kezka handiagoa sortarazten du, eta teorikoki behintzat bultzatzen duen «garapen iraunkorrek» suposatzen duen belaunaldien arteko berdintasunak ondorengo belaunaldiek ingurugiro eta bizitza osasuntua izateko duten eskubideaz pentsaraztera behartzen gaitu.

Badira globalizazio prozesuaren eta osasun eragin espezifikoaren arteko loturaz diharduten ikerketa batzuk, baina oraingoz lortu den ebidentzia enpirikoa oso ahula da¹⁷. Horrexegatik, marko kontzeptual zabalagoa behar dugu lotura horiei buruz analisi zentzudun bat egin ahal izateko. Diziplinartekoa behar du izan, medikuntzatik, epidemiologiatik, soziologiatik, zientzia politikotik, osasun hezkuntzatik, ingurugiro zientzietatik eta ekonomiatik ariko dena. Arago, osasun arloa orain arte egindako analisisetatik ia guztiz ezabatua dagoela dakigunean¹⁸.

Globalizazioaren eta osasunaren arteko bost lotura deskribatu dute ikerlari batzuek. Hiru zuzenak omen dira eta bi zeharkakoak. Zuzenen artean osasun-sistemen eta osasun-politiken eraginak, eta hainbat arriskuekiko esposizioa (hots, eritasun kutsakorrek, tabako merkatua...) daude; zeharkakoen artean, osasun sisteman eta populazioaren arriskuetan nazio ekonomiaren bitartez eragiten direnak aipatzen dira¹⁹. Dena dela, lehenago esan bezala, globalizazioak hainbat mekanismoren bitartez izan dezake eragina osasunean (estratifikazio soziala, esposizio diferentziala, suszeptibilitate diferentziala eta ondorio diferentzialak)^{20,21}.

Osasun publikoa

Erarik zabalenean definituz, osasun publikoa gizartearen ahalegin eratuaren eritasuna prebenitzearen, osasuna sustatzearen eta bizitza zabaltzearen arte eta zientzia da²². Populazio baten osasunaren arrisku faktore deitutakoen profilaren batuketa xumea eta kide banakoen osasun egoera baino askoz gehiago islatzen du osasun publikoak²³; populazioaren

historia soziala eta bere zirkunstantzia kultural, material eta ekologikoen ezaugarri kolektiboa baita^{24,25}. Beraz, osasun globalaz dugun ideia zabaldu egin beharra daukagu, eritasunetatik eta osasun-zerbitzuetatik beste faktore guztiak kontuan izan arte (pobrezia, heziketa, kapital soziala, ur edan-garriaren lorpena, elikadura ona...).

Osasun berdintasunarekiko konpromiso globala ez da gauza berria; 1978an, Alma Atako Nazio Batuen konferentziak «osasuna denontzat 2000 urtean» onartu zuen helburutzat²⁶. Hala ere, helburu horretarantz aurrerapausoak eman badira ere, milioika pertsona hil edo elbarritzen da urtero erraz tratatu edo prebenitu daitezkeen kausengatik²⁷. Urtero, bost urte baino gutxiago duten 10 milioi haur baino gehiago hiltzen dira, ia guztiak herri pobreetan edo herri ertainetako zonalde pobreenetan²⁸, herri industrializatuetan heriotza kausa ezohikoak direnengatik. Elikadura txarra —dudarik gabe, gertakizun ekonomikoa dena, elikadura ekoizteko edo lortzeko baliabide urriak izateak sortzen duena— heriotza horien erdiaren azpiko kausa da²⁹, eta ur edangarria lortzeko zailtasunak milioi eta erdi heriotza gehitzen ditu³⁰. Geroz eta ikerketa gehiagok lesioen eta kutsakor ez diren eritasunen banaketa ezberdindua deskribatzen dute, intzidentzia eta zaurkortasun horiek askotan zuzenean pobreziarekin, segurtasun ekonomiko ezarekin eta marjinazioarekin loturik daudela frogatuz^{31,32,33}.

Globalizazioa, beraz, asimetrikoa da batez ere. Globalizazioa eta bere eraginak, egun ezagutzen ditugun bezala, geroz eta era ezberdinago batean banatzen dira nazioartean eta nazio bakoitzaren baitan³⁴. Garapena, oro har, pobrezia gutxiagotzeko geroz eta tresna ez eraginkorragoa da, garapenaren onurak oso gutxitan heltzen zaizkielako munduko pobrenei³⁵, politikarien konpromiso sakon eta zehatzik ez badago behintzat³⁶. Horrexegatik, argi eta garbi esan daiteke globalizazioa, gaur, berez, desberdintzailea dela, munduan zehar errenta, ondasun eta aukeren artean dauden ezberdintasunak handiagotzen dituelako^{37,38}.

Osasunaren Determinante Sozialak eta globalizazioa

2005ean, Osasunerako Mundu Erakundeak (OME) Osasunaren Determinante Sozialen (ODS) Batzordea sortu zuen, ODSez lan egitea jendearen osasuna hobegotzeko eta ezberdintasunak gutxiagotzeko biderik eraginkor eta egokiena zela pentsatuz, eta gainera helburu hori lortzea inperatibo etikotzat aitortuz³⁹. «Abantaila/desabantaila sozialekin sistematikoki loturik doazen osasuneko (eta bere determinante sozial klabeetako) desberdintasunen ausentzia» modura definitzen den berdintasunaren sustapena da Batzorde horren oinarritzko betebeharra⁴⁰. ODSak, orokorki esanda, jendearen bizitzaren eta lan baldintzak dira, bizitza osasuntsua bizi ahal izateko dituzten aukerak mugatzen dituztenak. Arlo honetan garrantzitsuak dira, batez ere, boterea, ondasuna eta arriskuak sortzen eta banatzen dituzten motor edo instituzio zentralak⁴¹.

Kalitatezko osasun-laguntza ezinbestekoa da, baina jendearen osasuna hondatzen duten kausa sozialak —horien artean ingurugiro fisiko eta soziala, hornidura genetikoa berarekin daraman biologia, portaera indibidual eta kolektiboa, eta osasun-laguntza— ez badira kontuan hartzen, ez da lortuko ongizaterako abagunerik. Hala ere, adierazpen orokor hori kenduta, ez dago inolako ODSen zerrenda edo definizio ofizialik. Ezaugarri biologikoak alde batera utzirik, besteak sozialki determinatuta daude eta, beraz, aukera-berdintasunarekin (edo bere faltarekin) loturik daude; eta horiek ere gizartearen barneko generoen, talde etniko edo ekonomikoen arteko botere harremanen emaitza dira.

OMEren Europako Bulegoak ondoko ODSak zerrendatzen ditu atalburuen azpian: (des)abantailaren gradiente soziala, haurtzaroko ingurugiroa, eskusio soziala, laguntza soziala, lana, langabezia, elikadura eta garraioa⁴². Egia esan, nik neuk ere ez dakit zein neurritaraino ezberdinu daitezkeen ODSen artean «sozialak» eta «ekonomikoak» omen direnak. Bestal-

de, osasun sistemak berak ODSak dira. ODSez ari garenean, osasunean osasun-laguntzarako lorpideak soilik ez ezik beste faktore askok ere eragiten dutela aitortu arren, lorpide hori ere ezinbestekoa da osasun ondorioak zehazteko, eta, askotan, beste ODSak karakterizatzen dituzten (des)abantailaren distribuzio berak islatzen ditu⁴³. Areago, osasun-laguntzaren finantzaketak berak ODS baten antzera jarduten du: osasun-laguntza publikoaren lorpen urriak —edo ezak— beste ODSetan eragin gaiztoa izan dezake; hots, familiek dirutza ordaindu behar dutenean beharrezko osasun-laguntza hori lortzeko, beste oinarriko beharrentzat dirua kenduz eta une berean irabaziak galduz eritasunaren ondorioz⁴⁴.

1987an, Unicefek argitaratutako txosten batean, agerian uzten zen globalizazioaren eragina ODSetan⁴⁵. Krisi ekonomikoaren aurrean hainbat egokitze neurri hartu zituzten hamar herrialdetan egin zen ikerketa (Botswana, Brasil, Txile, Ghana, Jamaika, Peru, Filipinak, Hego Korea, Sri Lanka eta Zimbabwe). Kasu askotan, hartutako neurriek haur osasunarengan adierazle klabeen narriadura lortu zuten (adibidez, haur hilkortasunean, haur biziraupenean, elikadura txarrean, heziketa mailan), eta baita ODSen lorpenean ere (adibidez, elikagai eta zerbitzu sozialen lorpen eta erabileran). Horien arrazoi nagusia oinarriko zerbitzuetan gobernuen gastuaren murrizketa zela frogatu ahal izan zen. Ikerketak, desdoikuntza ekonomikoaren eragin negatiboak minimizatuz, pobre edota zaurgarrien oinarriko irabaziak, bizi-kalitatea, osasuna eta elikadura babes zitzaketen neurri generiko sorta bat identifikatu zuen⁴⁶.

ODSen lorpenetan ezberdintasunek alde zuzeneko egoera urrian daudenen osasun-mailaren narriadurara daramate, eta ondorioa osasun-ezberdintasuna handiagotzea denean, narriadura hori onartezina da beste emaitza positiboen ondorio bada ere ekonomian edo gizartean (esate baterako, gehiengoaren osasun-maila hobetzea lortzen denean txiroen osasunaren bizkarretik). Beste era batez esanda, *prima facie*, ODSen lorpenak maltzurizat hartu behar dira osasun gra-

diente sozio-ekonomikoak handiagotzen dituztenean, hainbat herri aberats eta pobretan gertatzen den bezala⁴⁷.

Globalizazioak osasunean duen eragina ez da pozik egoteko moduko istorioa. Badira azken mendearen bigarren zatian ondasunean eta osasunean egindako aurrerapenak ezin direla alde batera utzi aitortzen dutenak. Eta neurri batean arrazoi dute. Hazkunde ekonomikoa oso lagungarri izan zaio hainbat ODSri (adibidez, etxeko errekin garbiagoen erabilera dela medio poluzioarekin loturiko arnas eritasunen beherakada, nahiz eta hori ere oso ezberdin gertatu den nazio batetik bestera⁴⁸). Baina hazkunde ekonomiko soila ez da aski izango populazioaren osasuna hobegotzeko, garai onargarri batean behintzat. Osasunaz gagozkiolarik, merkantua ez da ekintza kolektiboaren ordezk⁴⁹. Gainera, iragana ez da beti etorkizunerako gida fidagarri bat. Eta globalizazioaren asimetriak berak harreman horiek askoz korapilatsuagoak direla erakusten digu.

Helburua ODSen bitartez osasun ezberdintasunak murriztea denean, ekintza aurrera eraman behar den puntua ez da agian sortu den lekua bera. Adibidez, pertsona edo taldeen pobrezia gutxiagotzeak erantzun politikoak exiji ditzake estatu/erkidego/nazio gobernuetatik, baina horien eragiteko gaitasuna oso mugatua egon daiteke nazio mugetatik kanpoko aktoreen eraginengatik (horien artean, alde askotako instituzioak edo inbertitzaile instituzionalak, esate baterako). Interkonexio hori globalizazio garaikidearen ezaugarri bat da, eta agerian uzten du, ene ustez, mundu industrializatuak bere mugetatik kanpoko pobrezia murrizteko obligazioa duela⁵⁰. Hori esatean ez naiz ari esaten etxe barruko ekintza politikoak alde batera utzi behar denik; ino-laz ere ez. Ikerketek argi uzten baitute etxetiar koalizio politiko efektiboek zer nolako eragina duten hazkunde ekonomikoak populazioaren osasun maila hobegotzeko prozesuan^{51,52,53}. Hala ere, globalizazioak berak koalizio horien ingurumena itxuratzen du eta beren arrakasta aukerak ere mugatzen ditu era askotan, ez ahantz!

2001ean, OMSren Makroekonomia eta Osasun Batzordeak zera aitortu zuen, osasuna, garapenaren onura bat izateaz gain, garapenerako ere beharrezkoa dela⁵⁴. Eritasunak gehiegitan pobrezia-aren tranpa medikoetara darama, elikadura txar, heziketa gabezia eta are eta eritasun gehiagoko gorpil zoro bat sortuz⁵⁵. Baina, zoritxarrez, aitorten hori ez da inoiz legedietara eramán.

Milurtekoko Garapen Helburuak

2000. urtean, Nazio Batuetako Batzar Orokorren ebazpen batek nazioarteko komunitateari 2015 baino lehen Milurtekoko Garapen Helburuak (MGH) lortzearen konpromisoa ezarri zion. Helburuetatik hiru osasunarekin zuzenean erlasionaturik daude: haur- eta ama-hilkortasuna gutxiagotzea eta malaria, GIB eta HIESa eta beste eritasun kutsakorren hedapena ahultzea. Beste lau populazioaren osasun faltan oinarritzko garrantzia duten ODSak dira: muturreko pobrezia, elikadura txarra, ingurugiro arazoak eta heziketa gabezia. Helburu orokor horiek bazuten mugari espezifikoagorik, adibidez, ur edangarririk ez duen populazioaren kopurua erdira jaistea⁵⁶. Lehen pausoa dira nazioarteko komunitatearen konpromisoen abiadan garapenaren agendan.

Egia da ez direla handinahikoak oinarritzko giza premia guztiak kontuan hartzen ditugunean. Batez ere pobrezia murriztearen helburuaren xumetasuna ikusten dugunean (munduan dolar bat baino gutxiagorekin bizi den populazioaren proportzioa erdira jaistea 2015 urterako). Areago, momentuan krisi itzelean murgildurik gauden arren, oporotasun globalaren hazkundera begi bistan dugularik⁵⁷.

Gauza bera sentitzen dugu zazpigarren helburua ikustean, hots, urtero txabola eta faveletan bizi diren 100 milioi pertsonen bizimodua hobegotzea, ustez egungo joera hortik badoa 2020an oraindik ere 1.500 milioi pertsona biziko baita txabolatan⁵⁸. Beste arazo bat bada ere, zeren hirugarren helburua ez ezik —heziketaren genero berdintasunaz ari da—,

beste guztiak gizartearen batez besteko balioak dira, argi uzten baitu nazio batek MGH batzuk bete ditzakeela (esate baterako, bost urte baino gutxiagokoen heriotza-tasa jaistea) okerren dauden taldeen osasun-egoera hobegotu gabe^{59,60}.

Beste aldean, MGHak handinahikotzat jo ditzakegu oraindik zer nolako pauso txikiak eman diren ohartzen garenean. Erregio batzuetan aurrerapauso handiak eman dira helburuok betetzeko. Beste batzuetan, aldiz, batez ere Afrikan, egoera penagarria da^{61,62}. Argi dagoena da MGHak edo giza ongizatean antzeko helburuak lortu nahi badira, baliabide gehigarrien epe luzeko konpromisoak beharrezko direla herri industrializatuen aldetik^{63,64,65}. Geroz eta handiagoa den merkatu eta inbertsio sare batek mugen gainetik herri aberats eta pobreak lotzen dituen neurrian, MGHak (edo antzekoak) lortzen saiatzeak merkatuaren legeak gaurkotzera behartuko gaitu, garapena eta MGHak lortzea bateragarria izan dadin, kontuan izanik, lehen esan bezala, globalizazio garaikidea asimetrikoa dela irabaziaz, galerak eta boterea banatzerakoan^{66,67}.

Irtenbide baterako proposamen apalak...

Arrazoi horiengatik guztiengatik, argi dago osasuna globalizatu behar dugula. Horrek osasuna maila globalean jartzera behartzen gaitu. Horretarako ondoko pausoak eman behar ditugu: 1. Erabaki-hartze prozesuan pertsona orok hartu behar du parte, eragile guztiak, publikoak eta pribatuak, gobernuak, hiritarrak eta gobernuz kanpoko erakundeak konprometituz; arlo lokaletik abiatuz, unibertsalerantz; 2. Osasunaren determinante sozial guztiak kontuan hartu behar ditugu, osasuna sustatuz, maila guztietan; eta 3. Botere oreka berri batean eta giza eskubideetan, elkertasunean, elkarrenganako interesetan, humanismoan eta berdintasunean finkatutako demokrazia unibertsalarekin eta hiritarraren alde joko duen kultur garapenarekin loturik joan behar duten neurri zientifiko-sozialak areagotu behar ditugu.

Osasuna globalizatzearen ideia hori astiro eraikiz joan da osasunari buruzko nazioarteko adierazpen guztietan, OMEren sorreratik, 1948an, gaur arte. OMEren Batzar Orokorrak, 1995ean, globalizazioak osasunari hainbat onura ekar diezaiokeela aldarrikatu zuen, baina soilik garrantzitsuak diren beste balioen menpe jartzen bada; horien artean osasunarekiko eskubidea aipatu zuen, baina baita etika politikoa, berdintasuna, elkartasuna eta genero perspektiba ere. Ildo horretan sartzen dira baita ere Jakartan egindako Osasunaren Promozioaren Nazioarteko IV. Bilkuraren adierazpena, Osasunaren sustapenarentzako Ottawako Karta, Haurren eskubideei buruzko Nazioarteko Konbentzioa... Ottawako Kartak argi eta garbi uzten du, osasuna eman dadin, beharrezkoak direla bakea, heziketa, etxebizitza, elikadura, ondasuna, ekosistema egonkorra, justizia soziala eta berdintasuna.

Analisi honek osasunaren arloa erabat zabaltzen du, giza eskubide guztiak osasunaren determinante sozial bihurtuz; era berean, osasuna bera beste giza eskubide gehienek determinanteetako bat dela azpimarratzen du. Eta osasunaren eta justiziaren aldeko lana eta borroka egiteko arlo zabal bat irekitzen du⁶⁸. Globalizazioaz eta ODSez emandako definizioak eta karakterizazioa onartzen baditugu, argi dago maila guztietan (ekonomikoan, politikoan, sozio-kulturalean, teknologikoan eta ingurugirokoan) eta dimentsio espazial, tenporal eta kognitiboan era zuzen eta zeharkakoan lan egin beharko dugula. Horrela defendatzen dute osasunaren eta demokraziaren arteko loturak frogatu dituzten ikerlariak⁶⁹.

Eta hori da, baita ere, Potter-ek 1988an deskribatutako Bioetikaren arloa, denei ailegatuko zaien giza biziraupen baliagarria lortzeko helburua duen etika medikoaren eta etika ekologikoaren arteko zubiaren papera egiten duen diziplina anitzeko ezagutza, osasunaren aldaketa globalarentzat bide bat eskaintzen duena bost aldaketa transformatiboen bitartez: egoera mental global baten garapena; epe luzera begira auto-interesaren promozioa; globalizazioaz eta elkartasunaz baikortasunaren eta ezkortasunaren arteko

orekaren bilaketa; ahalmenen indartzea; eta osasunari bidea irekiko dioten ondasun publiko globalen produkzioaren gorakada⁷⁰. Herri aberats eta pobreen arteko elkertasuna da gogoz hartu behar den oinarrizko baliorik garrantzitsuena osasun desberdintasun globalak gutxiagotzen ahaleginduko den ezinbesteko aldaketa paradigmaticoa egia bihur dadin.

Hori posible izango da soilik demokrazia kosmopolita indartzeko gai bagara: hiritar kosmopoliten demokrazia, komunitate konkretuen partaide gisa arituko eta sentituko direnak, komunitate lokaletan sustraiturik komunitate global unibertsal baten partaide ere badirenak eta sentituko direnak, beren epe laburreko interesak kontuan izango dituztenak baina baita munduko beste hiritarrenak eta ondoko belaunaldiak ere. Demokratizazio pertsonal eta instituzional hori gauzatu dadin, identitate moral berriak eta konplexuak behar ditugu, eta askotariko hiritartasun baten ideal berri bat, unibertsaltasun teoriko batetik jaioko ez dena, baizik eta, unibertsalaren osagarri den heinean, lokalaz, hurbileko guztiaz arduratuko den hiritartasun konprometitu batetik. Pertsonak ez dira orduan soilik talde lokal, etniko, erlijioso edo nazional baten partaide sentituko baizik eta baita beste guztiekiko erantzukizuna duten gizaki bezala ere. Direna! Garena!

ODSen Batzordeak asmatu egin zuen osasun desberdintasunak gutxiagotzea inperatibo etiko bat zela aitortu zuenean. Ikuspuntu horretatik, auzia ez da globalizazioa bera, baizik eta ea helburu etiko hori lor dezaketen negoziaketa edo instituzio sozialen konponketa berri bat asmatzeko gai garen^{71,72,73}. Globalizazioa ez da berez sortu, aldaketa teknologikoen emaitza da, bai, baina gobernuak, korporazio transnazionalak eta era askotako instituzioek ere beren zeregina izan dute *International Monetary Fund* eta *World Bank* delakoen sorreraren bitartez^{74,75}.

Ingurugiro eta Garapenaren Munduko Batzordea jadanik 1987an mintzatu zen garapen iraunkorraz, eta honela definitu zuen⁷⁶: «egungo belaunaldiaren beharrak betetzen dituen, euren beharrak betetzeko ondoko belaunaldien gai-

tasuna konprometitu gabe». Kontzeptu hori medikuntzara ere ekarri da, eta, egun, medikuntza iraunkorraz mintzatu ohi da, «ahalmen ekonomikoa eta bidezko erabilgarritasuna elkartzen dituen baina baita ere osasun behar eta itxaropen gehienak betetzeko psikologikoki iraunkorra den meseta egonkor baterantz zuzenduz doan —bai ikerketa mailan bai osasun-laguntzan— medikuntza» bezala definitu izan dena⁷⁷. Medikuntza horrek hiru ezaugarri behar ditu izan: gizarte baten partaideei osasun-laguntza eta osasun publiko maila beharrezkoa eskaini behar die, bizitza-zikloa gaitasun fisiko eta mental duinarekin bizi dezaten ahalbidetuz; gizartearentzat eskuragarri beharko du izan zuzentasunez bana dadin; eta laguntza publikoarekin, osasun helburu finitu eta egonkorrak edukiko ditu, eta, era berean, aurrerakuntza eta berrikuntza teknologikoen aspirazio mugatuak izango ditu. Medikuntza iraunkor horrek, beraz, erien artean osasun baliabideen eraketa eta banaketaren aldaketa bat ez ezik, medikuntzaren eta gizarte globalaren arteko dialogo batez soilik lortuko den oinarrizko aldaketa sakon bat bilatzen du medikuntzaren idealetan eta itxaropenetan.

Dialogo horrek, halabeharrez, hartutako erabakiek eragindako guztiei eman beharko die ahotsa. Eta batez ere pobreei eta gaur arte baztertuta izan direnei, beren parte hartzerik gabe aipatutako arazoei emango zaizkien erantzunak ez direlako ez egokiak ez bidezkoak izango. Orain arteko joeren kontra, elkarrekin bat egin behar dugula esango nuke, aipatutako geure interdependentzia berri honek garapen demokratikoaren eta bakearen alde bultzatuz, eta ez alderantziz. Osasunak helburu horren alde joka dezake gizakiok batzen gaituen arlo guztiak inplikatzeko dituelako. Hau da, jaiotzan, eritasunean, ongizatean eta, nola ez, heriotzan, horietan aurki dezakegu geure gizatasun komuna. Osasuna, geure mundu nahasi honetan, unibertsalak diren egiazko aspirazioetako bat da. Horrexegatik, norberaren interes nazionalak elkarrekiko nazioarteko interesekin adiskidetzeko benetako aukera eskaintzen du. Egun, inoiz baino gehiago,

osasuna bakerako zubi bat da. Horretarako, globalizazio arrakastatsua behar dugu: beharrezkoak dira instituzio global eraginkorrak, finantzetara eta merkatura ez ezik, osasun publikora, giza eskubideetara eta ingurugiroaren babesera dedikatuko direnak⁷⁸. Bidea hor dago!¶

-
1. King ML, jr. *Trumpet of Conscience*. New York, Harper, 1968.
 2. Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action. *Bulletin of the World Health Organization* 2001, 79: 875-881.
 3. Labonte R, Torgerson R. *Frameworks for Analyzing the Links between Globalization and Health*. Draft Report to the WHO. Saskatoon, SPHERU, University of Saskatchewan, 2002.
 4. Martens P, McMichael AJ, Patz J. Globalisation, Environmental Change and Health. *Global Change and Human Health* 2000, 1: 4-8.
 5. Huynen MMTE, Martens P, Hilderink H. *The Health Impacts of Globalisation: a Conceptual Framework*. Bilthoven, Netherlands Environmental Assessment Agency (MNP), 2005.
 6. WHO. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, WHO, 2002.
 7. Board on International Health, Institute of Medicine. *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*. Washington, DC, National Academy Press, 1997: 1.
 8. Hobsbawm E. *The Age of Extremes: A History of the World. 1914-1991*. New York, Pantheon Books, 1994: 12.
 9. Frenk J, Sepulveda J, Gomez-Dantes O, McGuinness MJ, Knaul F. The New World Order and International Health. *BMJ* 1997, 314: 1404-1407.
 10. Karlen A. *Man and Microbes. Disease and Plagues in History and Modern Times*. New York, Simon and Schuster, 1995.
 11. Lee K. *The Global Dimensions of Health*. Background Paper for the Global Health, A Local Issue Seminar. The Nuffield Trust and Templeton College, Oxford University, Londres, 1999-02-17.
 12. Lee K. Globalisation - A New Agenda for Health? In: McKee M, Garner P, Stott R. (arg.). *International Cooperation and Global Health*. Londres, Oxford University Press, 2001.
 13. Rennen W, Martens P. The Globalisation Timeline. *Integrated Assessment* 2003, 4: 137-144.
 14. Held D, McGrew A, Goldblatt D, Perraton J. *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*. Stanford, Stanford University Press, 1999.
 15. Jenkins R. Globalization, Production, Employment and Poverty: Debates and Evidence. *Journal of International Development* 2004, 16: 1-12.

16. Martens P, Rotmans J. *Transitions in a Globalising World*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 2002.
17. Lee K, Collin J. *Review of Existing Empirical Research on Globalization and Health*. Geneva, WHO, 2001.
18. Martens P, Huynen MMTE. A Future without Health: Health Dimension in Global Scenario Studies. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81: 896-901.
19. Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action. *Bulletin of the World Health Organization* 2001, 79: 875-881.
20. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Whitehead M, Evans T, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York, Oxford University Press, 2001: 13-23.
21. Solar O, Irwin A. *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Commission on Social Determinants of Health, 2005.
22. Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. Londres, HM Stationery Office, 1998.
23. McMichael AJ, Beaglehole R. The Changing Global Context of Public Health. *The Lancet* 2000, 356: 495-499.
24. Pearce N. Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology, and Public Health. *Am J Public Health* 1996, 86: 678-683.
25. McMichael AJ. Prisoners of the Proximate: Epidemiology in an Age of Change. *Am J Epidemiol* 1999, 149: 887-897.
26. WHO. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, Sobiet Batasuna, 1978-09-06/12. Geneva, WHO (www1.umn.edu/humanrts/instree/almaata.html).
27. WHO. *World Health Report 2004: Changing History*. Geneva, WHO, 2004.
28. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How Many Child Deaths Can We Prevent this Year? *The Lancet* 2003, 362: 65-71.
29. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO Estimates of the Causes of Death in Children. *The Lancet* 2005, 365: 1147-1152.
30. Black R, Morris S, Bryce J. Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year? *The Lancet* 2003, 361(9376): 2226-2234.
31. Peden M, McGee K, Sharma G. *The Injury Chart Book: A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries*. Geneva, WHO, 2002.
32. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health*. Geneva, WHO, 2003.
33. Monteiro C, Conde W, Popkin B. Obesity and Inequities in Health in the Developing World. *International Journal of Obesity* 2004, 28: 1181-1186.
34. Birdsall N. *Stormy Days on an Open Field: Asymmetries in the Global Economy*. Research Paper 2006/31. Helsinki, World Institute for Develop-

- ment Economics Research 2006 (www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006/rp2006-31.pdf).
35. Woodward D, Simms A. *Growth Isn't Working: The Unbalanced Distribution of Benefits and Costs from Economic Growth*. Londres: New Economics Foundation, 2006 (www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf).
 36. Nissanke M, Thorbecke E. Channels and Policy Debate in the Globalization-Inequality-Poverty Nexus. *World Dev* 2006, 34: 1338-1360.
 37. Birdsall N. *The World Is not Flat: Inequality and Injustice in our Global Economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research, 2006.
 38. Sutcliffe EB. *A Converging or Diverging World? DESA Working Paper no. 2, ST/ESA/2005/DWP/2*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2005 (www.un.org/esa/desa/papers/2005/wp2_2005.pdf).
 39. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Final Report. Geneva, WHO, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).
 40. Braveman P, Gruskin S. Defining Equity in Health. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57(4): 254-258.
 41. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Whitehead M, Evans T, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. (arg.). *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York, Oxford University Press, 2001: 13-23.
 42. Wilkinson R, Marmot M. (arg.). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
 43. Farmer P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press, 2003.
 44. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, Harbianto D, Herrin AN, Huq MN, Ibragimova S. Effect of Payments for Health Care on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data. *The Lancet* 2006, 368(9544): 1357-1364.
 45. Cornia GA, Jolly R, Stewart F. (arg.). *Adjustment With a Human Face, Protecting the Vulnerable and Promoting Growth. Volume 1*. Oxford, Clarendon Press, 1987.
 46. Cornia GA, Jolly R, Stewart F. An Overview of the Alternative Approach. In: Cornia GA, Jolly R, Stewart F. (arg.). *Adjustment With a Human Face, Protecting the Vulnerable and Promoting Growth. Volume 1*. Oxford, Clarendon Press, 1987: 131-146.
 47. Marmot M Sir. Health in an Unequal World. *The Lancet* 2006, 368(9552): 2081-2094.
 48. Goldemberg J, Johansson TB, Reddy AK, Williams RH. A Global Clean Cooking Fuel Initiative. *Energy for Sustainable Development* 2004, 8: 5-12.

49. Deaton A. *Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies*. WIDER Annual Lecture 2006. Princeton, NJ, Princeton University (www.princeton.edu/~rpds/downloads/deaton_WIDER_FINAL_annual_lecture_ALL.pdf).
50. Pogge T. Priorities of Global Justice. *Metaphilosophy* 2001, 32: 6-24.
51. Szreter S, Mooney G. Urbanization, Mortality, and the Standard of Living Debate: New Estimates of the Expectation of Life at Birth in Nineteenth-Century British Cities. *Economic History Review* 1998, 51: 84-112.
52. Szreter S. Economic Growth, Disruption, Deprivation, Disease, and Death: On the Importance of the Politics of Public Health for Development. *Population and Development Review* 1997, 23: 693-728.
53. Szreter S. Health and Security in Historical Perspective. In: Chen L, Leaning J, Narasimhan V. (arg.). *Global Health Challenges for Human Security*. Cambridge, MA, Global Equity Initiative, Asia Center, Harvard University, 2003: 31-52.
54. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva, WHO, 2001 (www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf).
55. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap? *The Lancet* 2001, 358(9284): 833-836.
56. United Nations. *UN Millennium Development Goals* (www.un.org/millenniumgoals/goals.html).
57. Pogge T. The First United Nations Millennium Development Goal: A Cause for Celebration? *Journal of Human Development* 2004, 5: 377-397.
58. UN Millennium Project Task Force on Improving the Lives of Slum Dwellers. *A Home in the City*. Londres, Earthscan, 2005.
59. Moser KA, Leon DA, Gwatkin DR. How Does Progress towards the Child Mortality Millennium Development Goal Affect Inequalities between the Poorest and Least Poor? Analysis of Demographic and Health Survey Data. *BMJ* 2005, 331: 1180-1182.
60. Gwatkin DR. How Much Would Poor People Gain from Faster Progress towards the Millennium Development Goals for Health? *The Lancet* 2005, 365: 813-817.
61. Wagstaff A, Claeson M, Abrantes A, Alban A, Axelsson H, Baingana F, Batson A, Bos E, Brenzel L, Bustreo F, et al. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. Washington, DC, World Bank, 2003.
62. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. (arg.). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2. argitalpena. Washington, DC, Oxford University Press and World Bank, 2006: 3-34.
63. Commission for Africa. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*. Londres, Commission for Africa, 2005.
64. UN Millennium Project. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. London, Earthscan, 2005.

65. Wagstaff A, Claeson M, Hecht RM, Gottret P, Fang Q. Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress? In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. (arg.). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2. argitalpena. Washington, DC, Oxford University Press and World Bank, 2006: 181-194.
66. Birdsall N. *Stormy Days on an Open Field: Asymmetries in the Global Economy*. Research Paper 2006/31. Helsinki, World Institute for Development Economics Research, 2006 (www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006/rp2006-31.pdf).
67. Birdsall N. *The World is not Flat: Inequality and Injustice in our Global Economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research, 2006 (www.wider.unu.edu/publications/annual-lectures/annual-lecture-2005.pdf).
68. Braveman P, Gruskin S. Poverty, Equity, Human Rights and Health. *Bull WHO* 2003, 81: 539-545.
69. Franco A, Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of Democracy on Health: Ecological Study. *BMJ* 2004, 329: 1421-1423.
70. Benatar SR, Daar AS, Singer PA. Global Health Ethics: The Rationale for Mutual Caring. *International Affairs* 2003, 79: 107-136.
71. Pogge T. Human Rights and Human Responsibilities. In: De Greiff P, Cronin C. (arg.). *Global Justice & Transnational Politics*. Cambridge, MA, MIT Press, 2002: 151-195.
72. Pogge T. Recognized and Violated by International Law: The Human Rights of the Global Poor. *Leiden J Int Law* 2005, 18: 717-745.
73. Pogge T. Severe Poverty as a Human Rights Violation. In: Pogge T. (arg.). *Freedom from Poverty as a Human Right: Who Owes What to the Very Poor?* Oxford, Oxford University Press, 2007: 11-53.
74. Babb S. The Social Consequences of Structural Adjustment: Recent Evidence and Current Debates. *Annu Rev Sociology* 2005, 31: 199-222.
75. Labonté R, Schrecker T. Globalization and Social Determinants of Health: The Role of the Global Marketplace (part 2 of 3). *Global Health* 2007, 3: 1-17.
76. Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo. *Nuestro futuro común*. Madril, Alianza, 1987.
77. Callahan D. *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health is a Recipe for Failure*. New York, Simon and Schuster, 1998.
78. Epstein H, Chen L. Can AIDS Be Stopped? *New York Review of Books*, 2001-03-14.