

Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI



Pascoal M Mocumbi, Jordi Camí, Josep M^a Jansà, Editores

Pilar de la Corte, Coordinadora Editorial

Editores:

Pascoal M. Mocumbi, Jordi Camí, Josep M^a Jansà

Coordinadora editorial:

Pilar de la Corte

Título del documento:

Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI

Características de la publicación:

Número de páginas: 260

Idioma: español

Formato: 21x29,7 cm

Edición no venal de la Fundación IMIM
con el patrocinio de la Fundación Salud,
Innovación y Sociedad

Fecha de Edición: junio 2005

Lugar: Barcelona

Depósito Legal: B-25.170/2005

Impresión: Arts Gràfiques Orient, S.A.

Foto portada:

Corporación Sanitaria Clínic Barcelona

Centro de Investigación en Salud de Manhíça, Mozambique

Presentación

África, junto con otros países en vías de desarrollo, tiene nombre propio cuando debemos afrontar la pobreza que afecta a millones de seres humanos. En este terreno, el acceso a la salud es una de las caras de un prisma múltiple de temas pendientes que junto con la educación, el hambre, la deuda externa, el desarrollo tecnológico, los derechos humanos o la sostenibilidad medioambiental configuran un panorama de muy difícil resolución.

Es por ello que el Diálogo “Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI”, celebrado en el marco del Fórum 2004, supuso una gran oportunidad para reflexionar y debatir sobre el estado de la salud en el mundo y, muy especialmente, en el continente africano.

De las conclusiones del Diálogo destaca la necesidad de considerar la salud un derecho universal y de gestionar adecuadamente los recursos siempre escasos tanto del país donante como del receptor. Se hace necesario, asimismo, un cambio de mentalidad que vaya del asistencialismo a la colaboración mutua en pos de un objetivo compartido.

El buen gobierno y una visión ética de la magnitud del reto ayudarían sin duda a ganar la batalla de la salud, porque sin salud no hay desarrollo ni futuro posible. Éste es el mensaje del Diálogo y la lección que nos tendría que ayudar a romper el desequilibrio entre los países desarrollados y los que todavía no tienen cotas aceptables de desarrollo económico y social, de justicia y equidad, de educación y salud.

Los objetivos que la Declaración del Milenio nos plantea para el 2015 deberían ser una prioridad en las agendas políticas de los gobiernos. La pregunta es, sin embargo, si seremos capaces de asumirlos y de trabajar más allá de las declaraciones de buenas intenciones. No deberíamos permitir que la mortalidad infantil o la materna, la lucha contra el Sida y otras enfermedades endémicas, el difícil acceso a la educación o la pobreza y el hambre fueran titulares habituales de los medios de comunicación y mucho menos acostumbrarnos definitivamente a ellos.

El Fórum 2004 ha tenido la virtud de poner sobre la mesa las grandes cuestiones del siglo XXI, y con el Diálogo “Salud y Desarrollo” una puesta en común indispensable para entender una de sus claves.



Joan Clos
Alcalde de Barcelona

Prólogo

Partiendo de la realidad ya conocida sobre los grandes desequilibrios y desigualdades en salud entre los países ricos y los países en desarrollo, durante la celebración del Forum Universal de las Culturas Barcelona 2004, del 5 al 9 de junio, tuvo lugar el diálogo *Salud y Desarrollo, retos para el siglo XXI*. En este diálogo se discutieron los elementos clave relacionados con el estado de la salud en el mundo, especialmente en los países de baja renta, planteando medidas y propuestas para invertir esta tendencia.

Uno de los compromisos adquiridos con ponentes, moderadores, discusores, relatores y asistentes fue el de publicar un documento con las intervenciones ofrecidas durante el diálogo y las conclusiones alcanzadas al final del mismo. El presente monográfico incluye los textos presentados por los ponentes con la síntesis de las principales aportaciones obtenidas durante el debate con los participantes. Considerando la elevada calidad y experiencia de los ponentes, confiamos que este monográfico constituya una herramienta de utilidad para las personas interesadas en la temática de salud y desarrollo.

El diálogo presidido por el Dr Pascoal M Mocumbi, ex primer ministro de la República de Mozambique, se centró en la situación en el continente africano abordada. Se planteó un análisis desde diferentes perspectivas y con un énfasis especial en las estrategias prácticas y efectivas para la mejora de la salud y la reducción de la pobreza, es decir, estrategias que conducen al desarrollo económico de estos países. A través de las ponencias presentadas y sus correspondientes debates, se discutieron las claves de los principales problemas emergentes en salud, con especial énfasis en las enfermedades, las limitaciones y trastornos relacionados con la pobreza, la desigualdad, y el nuevo mapa de salud resultante de los flujos migratorios y las grandes crisis de salud a nivel mundial.

En el texto se abordan los principales determinantes sociales, políticos culturales y estructurales que condicionan la salud de las poblaciones en los países de baja renta, así como su relevancia estratégica en el desarrollo nacional, social y económico. Sus contenidos y enfoques se centran en la identificación de aquellas acciones necesarias para alcanzar los objetivos planteados por la comunidad internacional, buscando el compromiso de donantes, políticos y técnicos para que se comprometan a aplicar las soluciones identificadas, y así se invierta la tendencia creciente hacia más pobreza, desigualdades y enfermedades.

Jordi Camí

Director del diálogo

Director del Instituto Municipal
de Investigación Médica de Barcelona

Josep M^a Jansà

Director técnico del diálogo

Jefe del Servicio de Prevención y Atención a las Adicciones,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Índice

Resumen de los actos de inauguración y clausura.....	10
Capítulo I: Situación actual de la salud en el mundo y sus determinantes	
Situación actual de la salud en el mundo..... <i>Pascoal M Mocumbi</i>	15
Desarrollo económico y desigualdades en salud <i>Luis Sambo</i>	23
Población, entorno y enfermedades infecciosas <i>Paul Wilkinson</i>	33
Principios universales y valores multiculturales..... <i>Angela Amondi Wasunna</i>	34
Comentarios.....	42
Capítulo II: Intervenciones en materia de salud	
La ayuda oficial al desarrollo en los países más pobres: ¿Mejora el acceso a los servicios o aumenta la dependencia?..... <i>Elisabet Jané</i>	44
Identificando la tecnología apropiada..... <i>Joaquin Lejeune</i>	50
Principales estrategias para la gestión de recursos humanos en intervenciones en salud..... <i>Staffan Bergström</i>	58
¿Quién habla a favor de la salud de los niños y adolescentes desde los gobiernos nacionales de todo el mundo?..... <i>Albert Ansley-Green</i>	66
Comentarios.....	79
Capítulo III: Acceso a las intervenciones en materia de salud	
La gestión de poblaciones excluidas y marginadas..... <i>Humberto Sergio Costa Lima</i>	83
Acceso a intervenciones esenciales para toda la población..... <i>Manto Tshabalala-Msimang</i>	92

Avances farmacológicos y científicos y su impacto en las enfermedades de los países en desarrollo.....	94
<i>Paul L. Herrling</i>	
Cómo garantizar estrategias de vacunas sostenibles a escala mundial.....	96
<i>Tore Godal</i>	
Vacunas y fármacos para las poblaciones más pobres del mundo: ¿existen perspectivas de cooperación pública y privada?.....	99
<i>Richard M. Scheffler</i>	
Limitaciones y retos en el acceso a fármacos en países económicamente menos desarrollados.....	108
<i>Germán Velásquez</i>	
Contrastando nuevos retos en materia de salud en los países en desarrollo	118
<i>Bernard Pécoul</i>	
El papel de la Organización Mundial de la Salud y el Desarrollo.....	123
<i>Kerstin Leitner</i>	
Comentarios.....	130

Capítulo IV: Alianzas en materia de salud para corregir los desequilibrios

Políticas y Prioridades en materia de salud y desarrollo en la Unión Europea	135
<i>Octavi Quintana</i>	
Políticas y prioridades del Banco Mundial (BM) en proyectos de salud en África.....	137
<i>Alexandre Abrantes</i>	
La perspectiva del Fondo Global	149
<i>Christoph Benn</i>	
Salud y Retos en África: el reto de los recursos	153
<i>Gilbert Bukenya</i>	
Colaboración multilateral: la experiencia del Centro de Investigación en Salud de Manhiça	161
<i>Pedro Alonso</i>	
Movilizando recursos para mejorar el acceso a la salud desde el sector privado: la experiencia de The Global Business Coalition, Brasil.....	163
<i>Murilo Alves Moreira</i>	
La Nueva Asociación para el Desarrollo de África	168
<i>Eric Buch</i>	

Desarrollo y disminución de las desigualdades para mejorar la salud	172
<i>Ramón Vallescar</i>	
Nuevas estrategias de trabajo en los países del sur.....	177
<i>Montserrat Figuerola</i>	
Mejorando las estrategias de los proyectos en materia de salud en los países en desarrollo. Prioridades y evaluaciones.....	182
<i>Alfons Sancho.</i>	
Intervenciones en crisis humanitarias y su impacto en la salud de la población <i>Jean A. Roy</i>	187
Comentarios.....	193
Capítulo V: Estado, Sociedad Civil, Derechos humanos y Derecho a la Salud	
Retos éticos en el desarrollo de nuevas intervenciones	197
<i>Solomon Benatar</i>	
Participación individual y comunitaria en la promoción de la salud	208
<i>Helder Martins</i>	
Prioridades para discapacitados en los países en desarrollo	222
<i>Gertrude Fefoame</i>	
El papel de la sociedad civil en el desarrollo de la salud.....	231
<i>Aleya Hammad</i>	
Algunas claves para superar los grandes retos en salud.....	243
<i>Richard Klausner</i>	
Comentarios.....	244
Conclusiones del diálogo	246
Lista de acrónimos	255
Organización y programa del Diálogo	257

*La historia es el relato largo y trágico del hecho
de que los privilegiados no ceden sus privilegios voluntariamente*

Martin Luther King
carta desde la prisión de Birmingham

Resumen de los actos de inauguración y clausura

La sesión de bienvenida del Diálogo “Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI” contó con la presencia de algunas personalidades como Inma Mayol, presidenta de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, quien incidió en el conformismo social de la sociedad en que vivimos. Un conformismo que ha ido parejo con la evidencia de que sería perfectamente posible que toda la humanidad pudiera vivir dignamente. Mayol afirmó que esto es posible, pero denunció que debido a la existencia de determinadas políticas económicas, *“nos vemos obligados a abordar el tema de las desigualdades existentes en materia de salud como un tema clave”*, siendo el continente africano uno de los paradigmas que ilustra esta realidad. En este sentido, señaló como cuestión fundamental la complicidad entre el mundo académico y profesional para sentar las bases para el cambio.

El presidente del Diálogo, Pascoal M Mocumbi, en su discurso de apertura afirmó que no es posible hablar de desarrollo sin hablar de problemas concretos y señaló a Barcelona como ejemplo de desarrollo y esperanza para los países donde domina la pobreza y la miseria. El presidente retó a los participantes del diálogo a que fuera un debate donde se hablara con coraje y un lugar de encuentro entre civilizaciones, donde se mirara al futuro con optimismo.

La consejera de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, Marina Geli, inició su discurso denunciando la enorme disparidad que existe en la esperanza de vida entre los países desarrollados y los países en desarrollo debido, entre otros factores, a enfermedades que podrían prevenirse o tratarse, como es el caso del SIDA, la tuberculosis o la malaria. Señaló la necesidad de que se dé un compromiso político para sentar las bases de la paz, la democracia y la justicia social y para que haya una redistribución de la pobreza y acceso universal a los servicios de salud. La consejera hizo una clara apuesta a favor de la salud pública y la necesidad de que los modelos se adapten en función de las necesidades concretas de las personas y no creando modelos uniformes para todos. Propuso revisar las prioridades de la investigación biomédica, procurando que sean accesibles a todos y señalando la importancia de que el sector privado invierta en materia de salud pública. Además, para terminar, la responsable de sanidad de Cataluña señaló a Europa como el “motor” para el cambio.

En el marco de la asamblea, en una de las salas del Centro de Convenciones del Fórum, se instalaron dos exposiciones fotográficas sobre temas vinculados al diálogo. Las muestras tuvieron como propósito mostrar la realidad de las personas que viven, disfrutan y sufren en Camboya, y en el desierto del sur de Algeria, mediante imágenes de sus vidas reflejadas en miradas, rostros, cuerpos... La primera exposición tuvo por título “Camboya: un camino hacia la vida”, fruto de la experiencia personal y profesional de dos fotógrafos: Álvaro Felgueroso e Isabel Muñoz. En esta exposición, las instantáneas presentaban imágenes de la población camboyana afectada por dos de los grandes problemas reinantes en este país asiático: la discapacidad como consecuencia de las minas antipersona y la epidemia del SIDA, que azota a este pequeño país y se ha convertido en un grave problema de salud pública.

La segunda exposición se tituló “una mujer culta y fuerte es un pueblo”, diseñada por el Grupo de Acción Solidaria Internacional (GASI), una agrupación que denuncia el estado paradójico en el que se encuentra esta región en la actualidad, una situación que llaman “ni guerra ni paz” después de más de quince años cooperando con los campamentos de refugiados saharahuis, donde la población refugiada es rehén del conflicto. Todo esto agravado por la incertidumbre del retorno a su tierra y la falta de alternativas para las generaciones de jóvenes nacidos en el exilio. Como resultado, este grupo considera que *“el escenario es bastante crítico como para que todos los que hemos adquirido cierto grado de compromiso nos movilizemos de forma coordinada y con un proyecto lo más integrador posible”*.

La ministra de Sanidad de España, Elena Salgado, presidió la clausura del diálogo. En el citado acto, inició su discurso felicitando la “discusión franca” que suscitaron los cinco días del diálogo. Salgado hizo especial énfasis en la salud como derecho humano básico y como elemento central en la lucha contra la pobreza y a favor del desarrollo económico. Asimismo, reconoció la necesidad de invertir más en salud, especialmente en actividades de promoción de la misma y prevención de enfermedades, así como en la mejora del medioambiente y en servicios sanitarios de calidad que respondan a las necesidades reales. Señaló que esta inversión ha de hacerse con transparencia, junto a una evaluación más precisa del impacto que se deriva de las actuaciones. En este sentido, propuso un diálogo permanente entre todos los estados con independencia del grado de desarrollo que posean y dentro de cada uno de los mismos. Por consiguiente, la ministra otorgó un papel fundamental a los gobiernos en la cooperación internacional y advirtió que *“sólo así podremos construir entre todos y todas más agendas sostenibles de salud y desarrollo (...) con objetivos y estrategias que estén en consonancia con las prioridades nacionales y con aquellas que nos vienen marcadas por organizaciones que tienen un conocimiento más preciso de dónde están las necesidades, como puede ser la Organización Mundial de la Salud”*.

La ministra quiso aprovechar la oportunidad para reiterar la voluntad de su departamento de liderar un proceso de cambio en los modos de cooperación internacional en materia sanitaria que, entre otras cosas, implique un aumento de los fondos destinados a dicha finalidad, en coordinación con los países miembros de la Unión Europea y los países en desarrollo receptores de ayuda. Terminó su discurso subrayando *“la gran necesidad de avanzar en el reto del siglo XXI, esto es, conseguir que las mejoras en salud alcancen a todos los ciudadanos del mundo, y se convierta realmente en tarea de todos”*.

Criterios utilizados en la elaboración del monográfico

Este monográfico se basa en la revisión de las 32 ponencias que tuvieron lugar durante el diálogo y sus debates. La presentación del monográfico se ha realizado mediante cinco áreas temáticas, cada una de las cuales se inicia con una introducción, se sigue de las ponencias pertenecientes a dicha área, para terminar con los comentarios que tuvieron lugar por parte de los asistentes. La inclusión de los comentarios nos parece importante al tratarse de un diálogo y permite reflejar así las opiniones, inquietudes y preguntas de los participantes. Al final del monográfico se presentan las principales conclusiones que se derivaron del diálogo (también por áreas temáticas o ejes) y se facilitan en los tres idiomas oficiales del diálogo (castellano, catalán e inglés).

La mayor parte de los ponentes eran de habla no hispana, de forma que la mayoría de las ponencias han sido traducidas al castellano, a excepción de las ponencias de Elisabet Jané y Ramón Vallescar que fueron facilitadas en castellano. Las ponencias de Helder Martins y Murilo Alves Moreira han sido traducidas desde el portugués y la ponencia de Montserrat Figuerola desde el catalán. Me gustaría señalar que las traducciones no han sido realizadas por un traductor especializado, así como que muchos de los ponentes facilitaron sus ponencias en inglés tratándose de personas cuya lengua materna no es este idioma. Confiamos que las ideas se hayan adaptado al sentido en que sus autores las concibieron.

De igual forma, he de señalar que se ha tenido que proceder a la síntesis de algunas ponencias debido a su gran extensión. Se ha eliminado información no relevante y/o repetitiva, que no distorsionaba el curso y sentido de la ponencia.

El grado de exactitud varía, ya que en algunos casos los autores proporcionaron las ponencias, pero desgraciadamente, algunas no se nos facilitaron. Algunos ponentes nos han facilitado documentación de base o ésta ha sido identificada mediante búsqueda bibliográfica en la red. Para no perder su contribución, se ha hecho una síntesis de las mismas, que se han elaborado a partir de las transcripciones facilitadas por la organización del diálogo, de las presentaciones en power point y de la documentación de base disponible. Las ponencias que han sido objeto de esta síntesis son las de: Bernard Pécoul, Manto Tshabalala-Misimang, Paul Herrling, Paul Wilkinson, Tore Godal, Christoph Benn, Octavi Quintana, Pedro Alonso, Eric Buch y Richard Klausner.

Debido a la diversidad de ponentes, se ha intentado ser lo más consistente posible. De forma que las abreviaturas, siglas, citas y bibliografía, se citan siguiendo un solo criterio y siempre que sea pertinente, se ha utilizado en castellano y cuando no, en su idioma original.

Toda la bibliografía que está incluida ha sido conferida en las bases bibliográficas pertinentes con el objeto de garantizar al lector la localización de los artículos, si así lo desea.

Agradecimientos

Quisiera agradecer en primer lugar a Jordi Camí, Josep M^a Jansà y Esther Román por la confianza que depositaron en mí y por la experiencia enriquecedora que fue formar parte de la secretaría técnica del diálogo. A Josep M^a Jansà, especialmente me gustaría agradecerle las muchas oportunidades que me ha brindado y su amistad. A mi amiga M^a Luisa Vázquez, le tendría que dar las gracias por demasiadas cosas, pero sobre todo por su disponibilidad, paciencia, enseñanza y apoyo. A Elisabet Jané, porque sin ella es probable que no estuviera escribiendo estas líneas. También estoy agradecida a muchas otras personas que me han ayudado en mayor o menor medida, entre las que me gustaría mencionar a mi hermana Conchita, periodista, que me ha orientado a lo largo de toda la elaboración del monográfico.

Pilar de la Corte

Coordinadora Editorial

Médica, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Master en Medicina Tropical y Salud Internacional por la Universidad Autónoma de Barcelona

Capítulo I

La situación actual de la salud en el mundo y sus determinantes

En este capítulo se encuentran aquellas ponencias que abrieron el Diálogo Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI y tuvieron como propósito debatir la situación actual de la salud en el mundo y definir sus principales determinantes.

El estado de la salud mundial es descrito principalmente por Pascoal M Mocumbi. Este ponente se centra especialmente en los patrones de mortalidad a escala mundial de los distintos grupos de edad, haciendo especial énfasis en las desigualdades que se observan.

El debate sobre los determinantes de salud, es suscitado esencialmente en las ponencias de Luis Sambo, Paul Wilkinson y Angela Wassunna. El discurso de Sambo gira en torno al desarrollo económico, las desigualdades en salud y el vínculo entre ambos. Este autor, a modo de conclusión, argumenta a favor de una relación bidireccional entre desarrollo económico y desigualdades en salud. Paul Wilkinson, centra su ponencia en la super-explotación del planeta, uno de los factores determinantes de salud que mayor polémica está suscitando en los últimos tiempos, y las consecuencias para la salud que se derivan de este desarrollo no sostenible. Angela Wassunna, hace una reflexión profunda sobre la importancia y repercusión de los valores culturales en la salud de las poblaciones y reclama la concienciación, trascendencia y necesidad de competencia cultural entre los profesionales sanitarios.

Situación actual de la salud en el mundo

Pascoal M Mocumbi

Pascoal M Mocumbi fue el presidente del Diálogo “Salud y Desarrollo: Retos para el Siglo XXI”. Es ex primer ministro de Mozambique y en la actualidad es un alto representante de la European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP). La Haya.

Resumen

Una valoración de la situación global de la salud muestra que, a pesar de los grandes progresos conseguidos durante los últimos 50 años, la actual situación de la salud en el mundo se caracteriza por una creciente brecha en la carga de enfermedad entre los ricos y los pobres, entre los países desarrollados y los países en desarrollo e incluso dentro de los países en desarrollo donde existen grupos de población con alta mortalidad.

El mundo aún se enfrenta a grandes retos, muchos de ellos afectan de forma desproporcionada a África, que soporta la doble carga de enfermedades comunicables y no comunicables. No todos los países comparten los avances que se están produciendo en la esperanza de vida: *“mientras la esperanza de vida al nacer de las mujeres alcanza los 78 años en países desarrollados, es inferior a 46 años para los varones en África Subsahariana, principalmente debido a la epidemia de VIH/SIDA”*. (Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: OMS).

El VIH/SIDA se ha convertido en la primera causa de muerte en el mundo en adultos de edades comprendidas entre 15-49 años. Mientras en los países desarrollados la carga de enfermedad se debe fundamentalmente a enfermedades no transmisibles, el mundo en desarrollo sufre la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Tampoco se han conseguido logros en la supervivencia infantil. El descenso más importante en la mortalidad infantil se ha producido en países desarrollados y en aquellos países en desarrollo de baja mortalidad donde la situación económica ha mejorado. Por el contrario, en los países donde la mortalidad era más elevada, ha descendido a un ritmo más lento, se ha estancado o incluso se ha invertido. Prácticamente la mayoría de las muertes de niños menores de cinco años tienen lugar en los países en desarrollo y casi la mitad de estas muertes se producen en África. Mientras que la principal causa de mortalidad infantil en algunos países en desarrollo ha pasado de enfermedades transmisibles a muertes por enfermedades y condiciones perinatales, esta transición no se ha producido en África Subsahariana.

A pesar de los grandes avances que han tenido lugar y el conocimiento del que se dispone ahora sobre la salud de la mujer, ésta continúa sufriendo morbilidad y mortalidad. Las condiciones maternas y neonatales son los principales contribuyentes a la carga global de

enfermedad de los países en desarrollo, especialmente en África. Las tasas de mortalidad materna (600-1.000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) y mortalidad infantil (145,7 por cada 1.000 nacidos vivos) están entre las más elevadas del planeta.

Los costes de la asistencia sanitaria están creciendo exponencialmente a nivel mundial, suscitando gran preocupación tanto a los gerentes sanitarios como a las familias. El aumento del gasto en la asistencia sanitaria no significa necesariamente que se obtengan mejores resultados en salud. En muchos países se presta demasiada atención a algunos y muy poca a otros. Se necesita encontrar medidas de la eficacia de la asistencia sanitaria, ya que la longevidad no es un indicador suficiente.

El círculo vicioso de pobreza y mala salud continúa privando a las personas de dignidad y las somete a dolor y sufrimiento. Mientras que los agentes causantes de enfermedad y la falta de asistencia sanitaria mata a las personas directamente, los principales asesinos y fuentes de morbilidad son substancialmente causados por la pobreza. Los indicadores de servicios de salud maternos y neonatales muestran disparidades significativas entre áreas rurales y urbanas, entre las personas que han recibido educación y las que no, entre los ricos y los pobres, en lo que respecta a la calidad, uso y acceso a los servicios. Cuando el pobre está aquejado con una de las tres principales enfermedades mortales, las posibilidades de supervivencia son mucho menores que para el rico.

Hay una clara interacción entre pobreza, género y adolescencia, que parece ser devastadora. La tasa de infección por VIH en niñas adolescentes, especialmente de aquellas con muy escasos recursos económicos, es el doble de la de los niños de su misma edad, en parte porque muchas de estas jóvenes son forzadas, físicamente o por necesidad económica, a practicar el sexo con mayores, hombres sexualmente experimentados (bien sean maridos, compañeros ocasionales o clientes de la industria del sexo). Otro ejemplo es el de la niña desesperadamente pobre, rural, adolescente, casada a los 14 años, que se queda embarazada por primera vez y que no tiene acceso a la asistencia sanitaria y consecuentemente corre un enorme riesgo de morir en el parto.

Se necesita reanudar esfuerzos para afrontar y vencer estos retos para la salud. Para romper este círculo vicioso, la comunidad global debe intervenir para lograr amplias y poderosas mejoras. El caso de África requiere especial atención en un tiempo en el que los líderes africanos han adoptado un compromiso basado en una visión común y una convicción compartida de que tienen la tarea apremiante de erradicar la pobreza y situar a sus países, individual y colectivamente, en la senda del crecimiento y desarrollo sostenibles.

Nos hemos reunido aquí para entablar un diálogo que aspira a idear estrategias prácticas para garantizar oportunidades de salud para todos. El diálogo debería llevarnos a intensificar nuestros esfuerzos para alcanzar las metas internacionales acordadas y encontrar propuestas innovadoras para coordinar nuestras contribuciones. El brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) en 2003 nos ha demostrado cómo una enfermedad que se desencadena en un lugar puede afectar tan rápidamente a personas en todo el mundo tal como si todos estuviéramos viviendo en la misma "cabaña".

Introducción

Se me ha pedido que expusiera la situación actual de la salud en el mundo desde una perspectiva general. Mi presentación se beneficia del hecho de que la salud se ha convertido ahora en una de las cuestiones más importantes en la agenda global de desarrollo gracias a los continuos esfuerzos de las Naciones Unidas y sus instituciones especializadas, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque las estadísticas no están disponibles en muchos países, los informes anuales de la OMS son herramientas muy útiles para examinar la evolución de las tendencias de la salud en el mundo.

Dado que el objetivo de esta presentación es introducir el debate sobre los factores críticos que afectan al estado de la salud en el mundo, me centraré en los patrones de mortalidad a escala mundial en diferentes grupos de edad y destacaré las desigualdades que se observan.

Niños menores de 5 años de edad

A pesar de los enormes esfuerzos realizados para proteger a los niños, más de 10,5 millones de niños menores de 5 años de edad mueren cada año en el mundo. La mayoría de estas muertes ocurren en el mundo en desarrollo y casi la mitad de ellos en África, donde en algunos países los actuales niveles de mortalidad en niños menores de 5 años son superiores a los observados en 1990.

La mortalidad en la niñez alcanzó una media mundial de aproximadamente 80 por cada 1.000 nacidos vivos en 2002 frente a 147 por cada 1.000 nacidos vivos en 1970. Esta reducción de la mortalidad no se ha producido de manera uniforme en el tiempo ni en la misma proporción en todos los países y regiones. Mientras que las reducciones más importantes en la mortalidad infantil a nivel global ocurrieron hace 20 ó 30 años, en África y el Pacífico Occidental el descenso en la mortalidad infantil tan solo empezó en los años 80. Más recientemente, en la década pasada, se observó en una aceleración en la reducción de la mortalidad infantil en el Sudeste Asiático y en los países de América Latina de mortalidad elevada.

Las principales causas de mortalidad en los países en desarrollo con altas tasas de mortalidad son las enfermedades perinatales, desnutrición, enfermedades infecciosas y parasitarias. Esto refleja la débil economía y los bajos ingresos de las familias en estos países. En numerosos países en desarrollo de baja mortalidad, las enfermedades perinatales han desplazado a las enfermedades infecciosas como causa principal de mortalidad. Por el contrario, la malaria, que es endémica en 91 países, que representan el 40% de la población mundial, provoca anualmente alrededor de un millón de muertes infantiles, de las cuales el 90% corresponden a niños menores de cinco años. Merece la pena mencionar que alrededor del 90% de todas las muertes de niños causadas por el VIH/SIDA y la malaria se producen en África Subsahariana. La malaria está apareciendo de nuevo en áreas donde había sido erradicada y extendiéndose a nuevas áreas como Asia Central y Europa del Este. El aumento de la mortalidad infantil atribuido a la malaria se debe al incremento

de las resistencias a los medicamentos antipalúdicos, inadecuada vigilancia de la enfermedad, falta de investigación y el coste del tratamiento. Los medicamentos antipalúdicos que son efectivos contra formas resistentes del parásito no están disponibles en las comunidades donde son más necesitados. El desarrollo de una vacuna contra la malaria se ha demorado debido a que la comunidad global no ha considerado la malaria como un problema de salud pública a escala mundial.

El considerable éxito que se ha alcanzado tanto en países desarrollados como en desarrollo, demuestra que las tasas de mortalidad infantil se pueden reducir si se ponen en práctica las intervenciones eficaces ya disponibles: vacunaciones de rutina, campañas intensivas de vacunación y mejora del acceso al agua potable y saneamiento.

Mortalidad materna

Para millones de mujeres en algunas regiones del mundo, el embarazo y el parto significan sufrimiento o una sentencia de muerte. Más de medio millón de mujeres, el 99% en países en desarrollo, muere cada año debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y puerperio, y a la falta de atención por parte de personal cualificado.

De las regiones que presentan mayor riesgo para la mujer de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, a lo largo de su vida, encabeza la lista África con una de cada 16 mujeres con riesgo de muerte materna en el curso de su vida, en comparación con Europa donde el riesgo es una de cada 4.000 mujeres. África Subsahariana, en la que vive el 12% de la población mundial y en la que nacen el 17% de los niños en el mundo, es la única región que no ha registrado una reducción en la tasa de mortalidad materna en la década pasada. Todo lo contrario, los datos muestran que la mortalidad materna ha aumentado desde un promedio de 870 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 1.000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2001. La dimensión real de esta epidemia se hace patente cuando caemos en la cuenta de que por cada muerte materna, al menos otras 20 mujeres sufren secuelas como fístulas vaginales, dolor pélvico crónico, infertilidad y, la mayoría de estos casos, se producen entre las mujeres que viven en extrema pobreza.

El reto de reducir la mortalidad materna depende de los esfuerzos que se realicen para crear una mejora sostenible en las condiciones de vida de las personas y en la calidad de los servicios de salud. El análisis de las tasas de mortalidad materna en aquellos países donde los datos están disponibles, muestra un descenso desde 1.000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos a 20-60 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en un período de 30-50 años. En los albores del siglo XXI, el África Subsahariana no puede esperar todo ese tiempo para resolver esta situación desesperada. Muchos gobiernos, sacando provecho de la información disponible basada en la evidencia, han adoptado políticas y programas dirigidos a hacer frente a la morbilidad y mortalidad materna sabiendo que muchas de estas muertes y secuelas pueden evitarse si las mujeres tienen acceso a servicios de salud de calidad durante el embarazo y el parto. No obstante, otros factores

como la pobreza, el bajo estatus social de las mujeres en algunos países, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, conflictos y guerras, desastres naturales y la incidencia de nuevas patologías como el VIH/SIDA, han dificultado la puesta en práctica de forma estable de políticas y programas bien diseñados.

No hay una solución fácil para el problema de la pobreza. En los países en desarrollo, las soluciones tienen que incluir necesariamente la ayuda de países más desarrollados, así como una directa inversión extranjera en expandir la economía, acuerdos comerciales justos y la renegociación de la inmensa deuda externa para conseguir condiciones más generosas. En Mozambique, hemos aprendido que nuestra estrategia de reducción de la pobreza, llamada Plan de Acción para Combatir la Pobreza Absoluta, tiene que ser la base donde se dé prioridad al gasto y se haga todo lo posible por mantener la paz y la estabilidad, como requisitos previos para un desarrollo sostenible.

Los problemas de desarrollo social a los que se tiene que hacer frente en la lucha por disminuir la mortalidad materna incluyen el bajo nivel de educación de las mujeres y la falta de estatus en la comunidad, así como la existencia de sistemas de comunicación insuficientes que resultan en demoras inaceptables en el acceso a los servicios obstétricos básicos. Las soluciones a estos problemas requieren inversión nacional en la capacitación de profesionales, técnicas básicas, infraestructuras, promoción de la igualdad de género, y en otorgar poder a las comunidades para que sean capaces de participar activamente en el análisis de sus propios problemas de salud, conocer sus derechos y tomar decisiones para mejorar su estado de salud.

En la mayoría de los países de África Subsahariana, a pesar de los esfuerzos realizados, los sistemas de salud siguen siendo insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades de atención materna. Para enfrentarse a estas necesidades se tiene que establecer una red de hospitales y dispensarios, se debe proveer a éstos de equipos modernos y garantizar el flujo continuo de material y equipamiento, y se tiene que formar y apoyar a profesionales sanitarios cualificados. Se estima que sólo un 42% de los partos en África Subsahariana son atendidos por personal cualificado. Hay que hacer una valoración de principio a fin de la situación de cada país para determinar el camino a seguir.

Mortalidad adulta

Ha habido mejoras admirables en el estado de salud de los adultos en todo el mundo en las cinco últimas décadas. La esperanza de vida a los 15 años ha aumentado como resultado de un descenso de la mortalidad adulta en la mayoría de las regiones del mundo. Entre las excepciones más destacadas figuran los países con alta mortalidad de África, donde la esperanza de vida a los 15 años de edad disminuyó cerca de 7 años entre 1980 y 2002, y de Europa Oriental (principalmente países antes pertenecientes a la Unión Soviética), donde en este mismo periodo se registró una disminución de 4,2 años para los varones y de 1,6 años para las mujeres.

De los 57 millones de personas que murieron en 2002, 10,5 millones eran niños menores de 5 años. Mientras que más del 60% de las muertes en países desarrollados se produjeron en personas mayores de 70 años, en la mayoría de los países en desarrollo se produjo en personas de edades comprendidas entre 15-59 años. Esto pone de manifiesto las complejidades de la salud adulta y los distintos patrones de enfermedad en los adultos en nuestra "aldea global".

Las proyecciones de la población mundial muestran que la cifra actual de personas de 60 años o mayores, se doblará hacia el año 2025 y que para 2050 esta cifra alcanzará 2.000 millones de personas, la mayoría de los cuales vivirán en el mundo en desarrollo y esto, supone un serio desafío en términos de impacto social y económico para todos los países.

Un análisis de la evolución de las principales causas de muerte y de carga de enfermedad ayudará aún más a comprender la complejidad de la salud y enfermedad de los adultos. En primer lugar, hay una incidencia creciente de mortalidad prematura en adultos, especialmente en África. En segundo lugar, entre las principales causas de muerte en adultos entre 15-59 años están el VIH/SIDA y la tuberculosis, generando serias consecuencias económicas y sociales tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo. En tercer lugar, se ha producido una inversión en el riesgo de mortalidad adulta en los varones de algunos países de Europa Oriental, riesgo que ha aumentado notablemente y se acerca cada vez más a los niveles de mortalidad adulta vigentes en países africanos. Finalmente, el VIH/SIDA se ha convertido en la principal causa de mortalidad y en la causa individual más importante que contribuye a la carga de enfermedad en adultos de edades comprendidas entre 15-59 años.

Nuestra aldea global se enfrenta al reto de las enfermedades transmisibles, que en su mayoría afectan a los países en desarrollo y lo hacen de forma severa. Al mismo tiempo, muchos países en desarrollo están sufriendo un creciente aumento en las enfermedades no transmisibles propias de los países más desarrollados que están alcanzando ya proporciones epidémicas.

Los adultos de 60 años o mayores representan actualmente 600 millones de personas en el globo, y estas cifras tenderán a aumentar en años venideros de acuerdo a estimaciones que predicen una revolución demográfica que es fácilmente perceptible en los países desarrollados, pero menos perceptible aunque ya existente en el mundo en desarrollo. El envejecimiento y cambios en la distribución de factores de riesgo en los distintos grupos de edad desvelan la epidemia silente de enfermedades no transmisibles (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, diabetes, etc.) que cada vez afectan más a la población de los países en desarrollo. La carga de enfermedad en este grupo aumenta aún más cuando añadimos el elevado riesgo de cáncer.

El estado actual de la salud en el mundo se caracteriza por el impacto negativo del VIH/SIDA, que tiende a invertir los logros alcanzados en las décadas recientes, así como por la amenaza global de enfermedades transmisibles emergentes y el importante papel que juegan de forma creciente enfermedades no mortales.

Comentarios finales - el caso de África

Como he mencionado con anterioridad, África merece una especial atención. Tanto desde un punto de vista económico como desde el punto de vista de la salud, África da la imagen de una región que no se ha aprovechado de la globalización. Si no cambian las tendencias actuales, esta región no podrá cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. África, con el 12% de la población, cuenta con sólo un 1% del producto interior bruto (PIB) global y alrededor del 2% del comercio mundial. Más del 40% de los 600 millones de habitantes de África Subsahariana viven por debajo de la línea de la pobreza, ganando menos de un dólar por persona al día. Es probable que menos de diez países africanos vayan a cumplir con el objetivo de reducir la pobreza extrema, a no ser que se realicen importantes esfuerzos y se inviertan grandes recursos para poner en práctica las estrategias de reducción de la pobreza y fortalecer los sistemas de salud.

Este Diálogo está teniendo lugar en un tiempo que el que se está produciendo una convergencia de iniciativas que tiene como objetivo impulsar la agenda de desarrollo de África. En primer lugar, los mismos africanos, unidos bajo una misma agenda, la Unión Africana, han caído en la cuenta de la urgente necesidad de actuar y han lanzado la Nueva Asociación para el Desarrollo de África (NEPAD, por sus siglas en inglés), para *“erradicar la pobreza extrema y situar a sus países, individual y colectivamente, en el camino del desarrollo y crecimiento sostenible”*. La NEPAD ha adoptado, entre otros, una estrategia de salud que si se pone seriamente en práctica tanto por África como por los asociados al desarrollo, puede ejercer un impacto en la carga de enfermedad, discapacidad y muerte.

En segundo lugar, la comunidad internacional ha adoptado la Declaración del Milenio en 2000 celebrada en Nueva York, el Consenso de Monterrey sobre Financiación para el Desarrollo en 2002 y la Cumbre mundial sobre Desarrollo Sostenible en Johannesburgo en septiembre de 2002. Estas expresiones de voluntad política se siguen del establecimiento de una serie de metas y objetivos que requieren determinación y compromiso por parte de todos los grupos interesados para poder así, alcanzar los objetivos esperados.

Desarrollo económico y desigualdades en salud

Luis Sambo

Luis Sambo es director de gestión de programas de la Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de África. Brazzaville.

En África hay insuficientes estudios a cerca de la sinergia existente entre desarrollo económico y desigualdades en salud. La hipótesis de economistas especializados en desarrollo es que la salud puede afectar profundamente al desarrollo económico y viceversa. Esta ponencia explora la relación sinérgica entre desarrollo económico y desigualdades en salud.

Definiciones

El término crecimiento económico se refiere al proceso mediante el cual la capacidad productiva de la economía se incrementa en el tiempo y trae consigo un aumento en los niveles de ingresos nacionales. Desarrollo económico es el proceso por medio del cual, el aumento de renta per cápita se acompaña de una reducción de las desigualdades de ingresos y la satisfacción de las preferencias de la población. Por otro lado, el desarrollo se entendería como el proceso de mejora de la calidad de vida de todos los seres humanos a través de una distribución justa de los ingresos.

La OMS define la Salud como *“un estado completo de bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de enfermedad y dolencias”*.¹ Por desigualdad en salud se entiende las diferencias en los perfiles en calidad de vida en relación a la salud y la esperanza de vida entre los distintos países y grupos de población dentro de un mismo país. Inequidad en salud es la *“diferencia en salud no sólo innecesaria y evitable, sino además, injusta”*. Esto significa que no todas las desigualdades pueden ser descritas como injustas. Murray y otros (1999), también definen las desigualdades en salud como medida de la variación en el estado de salud entre individuos en una población² (semejante al coeficiente de Gini aplicado en los estudios sobre renta³). Bajo este prisma, las inequidades en

¹ <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>

² Murray C.J.L, Gakidou E.E, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure?. Bulletin of the World Health Organisation 1999; 77 (7): pp 537-543.

³ “...hay casi tantas definiciones estadísticas de desigualdad como estadísticos; y las distintas definiciones pueden originar distintas interpretaciones de la misma situación o tendencia”. El coeficiente de Gini es el indicador más conocido. (Gwatkin D.R, 2000)

salud se referirían a la parte de las desigualdades existentes que son injustas, de acuerdo a algunas de las teorías de justicia.⁴ Estos autores enfatizan que la desigualdad en salud debería definirse en términos de desigualdad entre individuos (no solamente entre grupos) si el estudio de desigualdad pretende ser más científico.⁵ También señalan, que la política de salud debería centrarse en las “inequidades en salud”, en lugar de en las desigualdades.⁶

Whitehead (1992) identifica siete factores determinantes de las desigualdades en salud, que son:

1. Variaciones naturales, biológicas.
2. Elección libre de conductas que dañan la salud, como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. Una ventaja pasajera de un grupo sobre otro cuando aquel grupo es el primero en adoptar una conducta que promueve la salud (siempre que otros grupos tengan los medios para alcanzarlos pronto).
4. Conductas que dañan la salud donde el grado de elección de estilos de vida es muy restringido.
5. Exposición a condiciones de vida y trabajo no saludables y estresantes.
6. Acceso inadecuado a atención sanitaria básica y otros servicios públicos.
7. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud, que implica un descenso en la escala social para la persona enferma.

Las diferencias en salud que emanan de los tres primeros determinantes no serían consideradas como inequidad en salud, mientras que los cuatro últimos determinantes serían considerados evitables e injustos. Dado el actual estado de la tecnología sanitaria, no sería razonable cambiar los tres primeros determinantes mediante una intervención política sin violar el derecho humano de las personas a la libre elección. De acuerdo con Alleyne (2000) y otros autores, las desigualdades que pueden ser consideradas injustas, evitables y por consiguiente reducibles, pueden ser divididas en líneas generales, en tres categorías principales: acceso inadecuado a servicios básicos de salud; exposición a condiciones sociales y de vida desfavorables; y conductas que perjudican la salud que no pueden ser modificadas sólo por una elección individual.⁷

⁴ Gawatkin (2000) señala que la desigualdad es más un concepto empírico, mientras que inequidad es un concepto normativo que implica nociones de valores y justicia social.

⁵ Ibid 2.

⁶ Leon D.A, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *British Medical Journal* 2001; 332: pp 591-594.

⁷ Alleyne G.A.O, Casas J.A, Castillo-Salgado C. Equality, equity: why bother?. *Bulletin of the World Health Organisation* 2000; 78 (1): p.77.

El concepto de equidad de Whithead es bastante sólido, dado que va más allá del acceso adecuado a la atención sanitaria, para englobar resultados, exposiciones, riesgos, condiciones de vida y movilidad social. De este modo, el concepto de equidad en salud trasciende los límites del sector salud e incluye todos los sectores sociales y productivos que están implicados en la provisión de necesidades relacionadas con la salud, como son el alojamiento, ropa, comida, agua, saneamiento, educación, etc. Acheson (2000) argumenta por lo tanto que, “...una explicación socioeconómica de las desigualdades en salud es relevante para todos los países ricos y pobres en todo el mundo...”,⁸ expresando la idea de que las raíces de una mala salud van más allá de los servicios de salud y está influenciada por determinantes como los ingresos económicos, la educación, el empleo, el medioambiente, el estilo de vida, etc. Además, Acheson sostiene que las desigualdades pueden ser identificadas a lo largo de la vida útil individual en todos los estadíos, desde el embarazo a la vejez.⁹

Desarrollo económico y desigualdades en salud ¹⁰

Es muy común que los debates sobre la salud y desarrollo económico comiencen con la Curva de Preston (1975), que muestra la relación entre la esperanza de vida y la renta per cápita. A medida que la renta media aumenta, la media de la esperanza de vida también lo hace. Pero pasado cierto punto, a medida que aumenta la renta, la relación entre ésta y la esperanza de vida se aplana y desaparece completamente entre los países más ricos.

Existe evidencia tanto a nivel macroeconómico como microeconómico de que la renta está fuertemente relacionada con los resultados en salud. La “pendiente de salud” muestra que los habitantes de los países más ricos viven más y tienen más baja morbilidad en comparación con la población de los países pobres. También, dentro de cada país, sea rico o pobre, las personas de ingresos más elevados viven más que las personas pobres. A un nivel microeconómico, algunos investigadores han documentado una relación significativa entre renta y medidas del estado de salud tanto en países desarrollados como en desarrollo.¹¹ Case (2001), en su estudio “*The impact of South Africa old age pension on the health of pensioners and of the prime aged adults and children who live with pensioners*”, concluye que “los ingresos tienen un efecto causal en el estado de salud, en parte por el saneamiento y nivel de vida, en parte por el estado nutricional y en parte por la disminución del estrés psicológico”.

⁸ Acheson D. Health Inequalities Impact Assessment. Mesa redonda de debate. Bulletin of the World Health Organisation 2000; 78 (1): p.76.

⁹ Ibid 8.

¹⁰ Hay escasez de información en la región africana a cerca de la relación entre desigualdad en salud y crecimiento económico y desarrollo.

¹¹ Case A. Health, Income and Economic Development. Ponencia para la conferencia anual del Banco Mundial sobre Desarrollo Económico. Nueva Jersey: Princeton University. 1-2 de mayo de 2001.

¿Las desigualdades en salud obstaculizan el desarrollo económico?. Las desigualdades en salud son indeseables y deberían reducirse, ya que todas las personas tienen el derecho a gozar de buena salud.¹² Aparte de esta visión moral, las desigualdades e inequidades en materia de salud pueden ocasionar malestar político y social a nivel de país y/o internacionalmente y de este modo causar la fuga de inversores o la pérdida de confianza de los mismos. La buena salud es también una inversión en capital humano. La inversión en nutrición, salud y educación de niños pobres, ha producido mayores oportunidades económicas y un crecimiento económico más elevado. De hecho, las nuevas teorías económicas sugieren que la desigualdad puede tener efectos adversos, contrarrestando los incentivos productivos y alimentando los conflictos entre ricos y pobres.¹³

Legge (2000) alega que la brecha en la salud internacional está creciendo. Esto se ha atribuido a la falta de recursos materiales y a la existencia de barreras al desarrollo económico en los países pobres. El nuevo orden internacional se ha estructurado de tal forma que discrimina a los países pobres. *“El aumento en las desigualdades en salud se relaciona estrechamente con el aumento de las inequidades económicas entre los países y dentro de un mismo país”*. La industria y el comercio favorecen notablemente a los países ricos.

Mientras que algunos investigadores como Deaton (2001), han argumentado que la relación entre renta y desigualdades en salud no es tan fuerte como han defendido algunos analistas, la clave está quizás en distinguir la relación entre renta y salud y otros determinantes de salud. No hay duda de que los ingresos individuales juegan un papel de importancia fundamental como determinante del estado de salud individual en los países en desarrollo. Esto puede atribuirse al hecho de que el nivel de renta también juega un papel substancial en otros factores determinantes de salud. A medida que los países crecen económicamente, son capaces de mejorar los factores que determinan el estado de salud como son, el agua y saneamiento, medioambiente y educación, entre otros, de forma que disminuye la importancia de los ingresos individuales como determinante de salud.

Dado que hay un consenso general con respecto a la relación positiva entre crecimiento económico por un lado, y reducción de las desigualdades en salud y mejora del estado de salud por el otro, la cuestión es si esta relación es sólo unidireccional o es bidireccional. ¿Puede una reducción de las desigualdades en salud y una mejora del estado de salud resultar en una mejora del crecimiento económico?. Si los países invierten directamente en salud, ¿crecería la tasa de crecimiento económico?. A diferencia de la relación causal entre crecimiento económico y salud, es muy limitada la literatura existente que muestre el impacto de la salud en el crecimiento económico. El informe sobre Macroeconomía y Salud (2001) realiza una extensa revisión de la literatura y proporciona suficiente evidencia de que en efecto, la salud tiene un impacto positivo en el crecimiento económico. Antes de este informe, la riqueza económica era considerada la llave de la salud (*“a medida que las*

¹² Ibid 7.

¹³ <http://globetrotter.berkeley.edu/macarthur/inequality>

personas se hacen más ricas, serán más sanas). Después de este informe, la salud está siendo entendida como la llave de la reducción de la pobreza. Una estrategia de inversión en salud bien planificada acelerará el crecimiento económico y social.

Bloom y Canning (2000), proporcionan más evidencia del impacto que tiene la salud en el crecimiento económico. En el informe *“The Health and Wealth of Africa”* (que no fue publicado) encargado a estos autores por la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para África, se argumenta que cualquier visión coherente del desarrollo económico en África, necesita tener como eje central las mejoras en salud. *“Sin gozar de una buena salud, los niños africanos no podrán obtener los máximos beneficios que les proporciona la educación y como adultos, no podrán trabajar al máximo de sus capacidades. El comportamiento global de las economías africanas continuará por tanto sufriendo un retraso con respecto al resto del mundo”*.¹⁴

La epidemia de HIV/SIDA es quizás el mejor ejemplo para describir lo que está ocurriendo en África. Mientras los ahorros y bienes se consumen, los niños carecen de profesores en las escuelas y las compañías se enfrentan a altos costes. Si no se para la epidemia, la mayoría de los países afectados tendrán tan sólo un crecimiento marginal, si es que experimentan algún crecimiento. En términos de rentabilidad de las inversiones, no hay duda de que el control de la epidemia traería grandes beneficios económicos (esto también se aplica a otras epidemias).

Brinkley proporciona más evidencia del impacto de la salud en el crecimiento económico en su artículo *“The Macroeconomic Impact of Improving Health: Investing the Casual Direction”*, en el que hace referencia a trabajos de Fogel, Bloom y Canning, Williamson y el Banco Asiático de Desarrollo. Según Fogel (1997), el 30% del crecimiento per cápita en el Reino Unido entre 1780 y 1979 se debió a una mejora en la nutrición, resultado del aumento en la inversión en capital social y humano. Un tercio del milagro económico asiático entre 1965 y 1990 se ha atribuido a razones de dependencia reducidas, como resultado de una reducción de la mortalidad en estos países. Las experiencias británica y asiática dan a entender que se ha de hacer énfasis y consolidar políticas gubernamentales dirigidas a mejorar la salud.

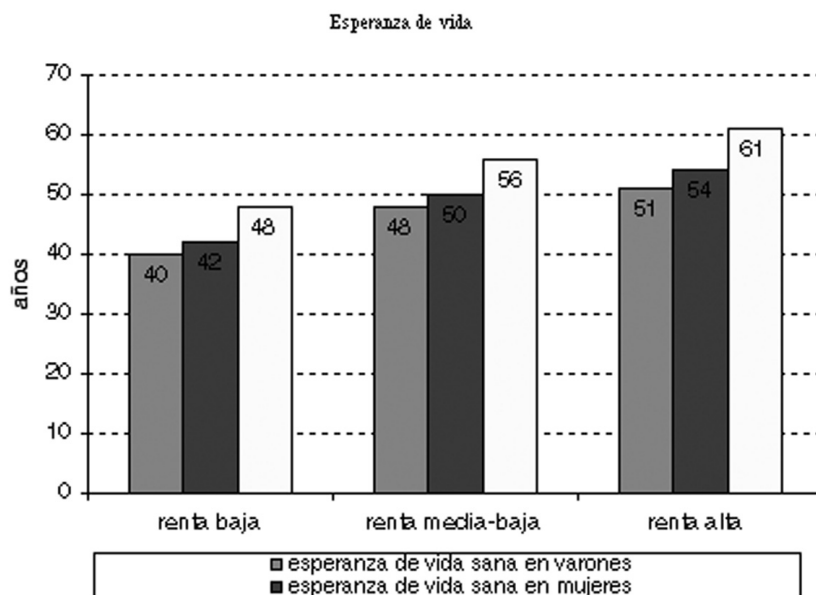
A menudo escuchamos que el sector salud no es productivo y que consume muchos recursos, pero nosotros defendemos que se hagan inversiones directas en salud, porque consideramos que este sector es productivo, ya que produce personas sanas, fundamentales para que toda la máquina de desarrollo pueda funcionar. Los recursos humanos son los recursos más preciados para el desarrollo.

¹⁴ Bloom D, Canning D. *The Health and Wealth of Africa*. Congo Brazzaville: Oficina Regional de África, Organización Mundial de la Salud. 2003.

Evidencias de la Región Africana

Según estudios que evalúan el acceso a servicios de salud en algunos países africanos, el 20% más rico de la población recibe el doble de los beneficios que se derivan del gasto total del gobierno en servicios de salud que el 20% más pobre. Los grupos de población más ricos tienen mucha más probabilidad de obtener cuidados médicos cuando lo necesitan; los quintiles más ricos generalmente tienen mayor posibilidad de acceder a un médico que los quintiles más pobres; son los grupos más ricos los que reciben medicamentos cuando enferman; el quintil más rico de población consume más del 42% del gasto de los hogares; los grupos de población más ricos gastan más en cuidados médicos (medido en términos absolutos) que los grupos más pobres.

Varios indicadores de salud de países africanos (esperanza de vida sana, esperanza de vida, probabilidad de morir, y tasa de mortalidad materna), parece que mejoran cuando pasamos de países de baja renta a países de renta media-alta. Por ejemplo, la media de la esperanza de vida al nacer en países de baja renta es de 47,8 años, esto supone una diferencia de 13 años con respecto a los países de renta media-alta, que presentan una esperanza de vida al nacer de 60,8 años. La probabilidad que tiene un varón de morir (sobre 1.000) antes de los cinco años de edad es tres veces inferior en países de renta alta y media-alta que en los países de renta baja, y es dos veces inferior en los países de renta media en comparación con los países de renta baja. Por consiguiente, se puede esperar que las poblaciones que viven en países relativamente ricos lleven una vida más sana y larga que sus iguales en países de bajos ingresos.



Nuestro análisis muestra que las diferencias en salud no sólo se producen entre los distintos grupos de ingresos, sino que también se producen dentro de los mismos. A modo de ejemplo, entre: (a) países de renta baja, las Islas Comoros tiene una esperanza de vida al

nacer de 63,3 años, mientras que en Sierra Leona es de 34 años; (b) países de renta media-baja, donde Cabo Verde tiene una esperanza de vida de 70,1 años en comparación con los 38,8 años de Swazilandia; (c) países de renta media-alta, entre los que cabe citar a las Islas Mauricio, que presenta una esperanza de vida de 71,9 años en comparación con Botswana con 40,4 años.

Las grandes diferencias que se dan en esperanza de vida al nacer entre algunos países que pertenecen al mismo grupo de ingresos, como es el caso de las Islas Mauricio y Botswana, pueden atribuirse a otras diferencias, como por ejemplo la distinta prevalencia de VIH/SIDA. Estos hechos ponen de relieve la importancia de invertir directamente en salud. Las crisis económicas incluyendo la pobreza, el VIH/SIDA y los desastres de diversa índole, están entre los obstáculos más importantes para el desarrollo económico en África Subsahariana. Aunque en esta región vive el 10% de la población mundial, está luchando para sobrevivir con el 1% de los ingresos mundiales. El VIH/SIDA tiene consecuencias devastadoras para el bienestar humano. África Subsahariana tiene la mayor proporción de personas infectadas por el VIH. *“Lo que es fundamentalmente necesario es un mayor desarrollo económico y en salud puesto en marcha por inversiones masivas en salud. Esto liberará a la mayoría, de las trampas del binomio pobreza – salud.”*¹⁵

Generalmente, los valores del coeficiente de Gini para la mayoría de los indicadores de salud son más altos en los países de renta media-alta que en los de renta media-baja. Esto significa que hay más desigualdades en salud entre los países de renta media-alta que dentro de los países de renta media-baja.

Las desigualdades en salud dentro y a lo largo de los grupos de países según ingresos son un reflejo de las desigualdades que subyacen en la distribución de varios determinantes de salud, como acceso a agua potable, saneamiento, acceso a medicamentos esenciales, inmunización completa contra la tuberculosis y el sarampión al año de vida, acceso a anticonceptivos, partos atendidos por personal cualificado, médicos por 100.000 habitantes, tasa de alfabetización adulta (%), PIB per cápita, etc. El acceso a éstos determinantes de salud mejora a medida que vamos pasando de países de baja renta a países de renta más elevada.

El coeficiente de Gini de los determinantes seleccionados muestra que existen desigualdades significativas en los determinantes de salud dentro y a lo largo de los grupos de países según ingresos.

En términos de enfermedades, la malaria es un buen ejemplo de las desigualdades existentes. Los pobres son los que soportan de forma desproporcionada el impacto de esta enfermedad, que golpea en especial a los niños, cuyo acceso a los servicios de salud no

¹⁵ Nagarajan P. Sub-Saharan Africa-Towards health-led economic development. The Hindu Business Line. 2001.

es equitativo. El Informe sobre malaria en África de 2003, muestra que la mayoría de las muertes relacionadas con esta enfermedad se dan en niños en edad temprana; la prevalencia de parasitemia es mayor en niños pobres; el tratamiento de la malaria es inferior en aquellos niños que viven en hogares pobres; los niños que viven en áreas rurales tienen menos posibilidades de recibir fármacos contra la malaria cuando tienen fiebre y menos posibilidades de usar mosquiteras. Por encima de todo, la carga económica de la malaria es mayor en los pobres.

Temas para el debate

Hay una serie de áreas que se podrían proponer para el debate, particularmente en referencia a los países de renta baja y renta media-baja. Entre ellos, aquellos problemas relacionados con la globalización y su impacto en la salud y en el desarrollo económico, problemas relacionados con la estabilidad macroeconómica y los relacionados con la medición de las desigualdades en salud.

En un mundo globalizado: ¿tienen los países de renta baja y media-baja la capacidad de valorar las ventajas de ideas y tecnologías que tienen repercusiones en la pobreza, el crecimiento, el desarrollo y las desigualdades en salud?; ¿qué papel deberían desempeñar los gobiernos en la reducción de las desigualdades en salud e injusticias?.

En referencia a la estabilidad macroeconómica: ¿qué niveles de gasto social son adecuados para que haya estabilidad a nivel macroeconómico? y, ¿qué políticas económicas potencian (o promueven) mejor el desarrollo y equidad en salud, a la vez que se mantiene la estabilidad macroeconómica?

¿Deberíamos medir desigualdades en salud o deberíamos medir diferencias entre grupos sociales?

Conclusiones

En síntesis, hay un vínculo directo entre desarrollo económico y desigualdades en salud. A mayor desarrollo económico, más elevada es la situación de salud y viceversa. La situación de salud y las desigualdades en salud tienen un impacto en el crecimiento económico y en el desarrollo. A menor desigualdad en salud, mayor es el estado de salud y la probabilidad de que el crecimiento económico y el desarrollo es mayor. La salud es un recurso para cada día de la vida, no para el final de la vida. Es un concepto positivo poner énfasis en los recursos personales y sociales así como en las capacidades físicas. Reduciendo las desigualdades en salud, directamente incrementamos nuestros recursos y capacidades físicas, que son contribuciones directas en el proceso de desarrollo económico.

Durante décadas, los países han planteado planes y estrategias diferentes, pero siempre se han quedado cortos en metas y objetivos. Como algunos autores han apuntado, no se

ha debido a la falta de excelentes estrategias sino a la falta de recursos. Los países no han tenido una voluntad política fuerte a la hora de asignar recursos financieros y humanos adecuados para ejecutar las estrategias. Por lo tanto es de crucial importancia que la voluntad política y recursos adicionales para la salud y otros sectores relacionados con ésta sean movilizados.

Si se han de alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, los sistemas de salud deberían ser reforzados y así serán capaces de proporcionar intervenciones costo-efectivas para la población que más las necesita. No obstante, debería recordarse que la salud no sólo depende de la existencia de programas, sino que también se le atribuye responsabilidad a los determinantes de salud. No deberíamos perder de vista otros sectores que tienen impacto en la salud, como la agricultura, educación, vivienda, saneamiento y agua. Por consiguiente, atacar la carga de pobreza y reducir las desigualdades socioeconómicas son pasos decisivos hacia los objetivos de desarrollo del milenio. La promoción de la salud y las medidas preventivas son más costo-efectivas y parecen ser el mejor camino para garantizar que estén disponibles más recursos humanos y financieros con el propósito de desarrollo de una forma más sostenible.

Bibliografía

1. Asian Development Bank. *Emerging Asia*. Manila: Asian Development Bank. 1997.
2. Bambas A, Casas J.A. Assessing equity in health: conceptual criteria. En Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication número 8. Washington D.C: OPS. 2001.
3. Bloom D, Canning D. Public Health: The Health and Wealth of Nations. *Science* 2000; 287: pp 1.207-1.209.
4. Bloom D, Williamson J. Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia. *The World Bank Economic Review* 1998; 12 (3): pp 419-455.
5. Casas J. A; Dachs J. N. W, Bambas A. Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The role of social and economic determinants. En Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Equity and health: view from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication número 8. Washington D.C: OPS. 2001.
6. Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. 2001 <http://www.nber.org/papers/8318>
7. Feachem R. Poverty and inequity: a proper focus for the new century. *Bulletin of the World Health Organisation* 2000; 78(1) p.1.
8. Fogel R.W. New findings on secular trends in nutrition and mortality: some implications for population theory. En Rosenzweig M. R, Stark O, *Handbook of population and family economics*. Volúmen 1A. Amsterdam: Elsevier Science and Technology. 1997.

9. Gallup J.L, Sachs J.D. The Economic Burden of Malaria. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 2001. Suplemento especial. Junio de 2001.
11. Gilson L. In defence and pursuit of equity. Social Science and Medicine 1998; 47:pp 1.891–1.896.
12. Giovanni Andrea Cornia. “Globalisation and health: results and options”. Bulletin of the World Health Organisation 2001; 79 (9) pp 834-841.
13. Gwatkin D. R. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?. Bulletin of the World Health Organisation 2000; 78(1): pp. 3-18
14. Jhingan M.L. The economics of development and planning. Delhi: Vikas Publishing House. 1975.
15. Kvale G. Inequities in health. Bulletin of the World Health Organisation 2000; 78(1): p. 856.
16. Legge D. Health inequalities in the new world order. Informe para la conferencia sobre los orígenes de la salud y el bienestar celebrada en Camberra. Melbourne: La Trobe University. 2000.
17. Makinen M, et al. Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. Bulletin of the World Health Organisation 2000; 78 (1): pp. 55-65.
18. Pereira J. What does equity in health mean?. Journal of Social Policy 1993; 21: pp 19-48.
19. Todaro M.P. Economic development. New York: Addison-Wesley Longman. 1996.
20. Slottje D. Measuring the quality of life across countries. The Review of Economics and Statistics, 1991; 73: pp 684-693.
21. United Nations Development Programme (UNDP). Human development report 2003. Nueva York: Oxford University Press. 2003.
22. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992; 22 (3): pp 429-445.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Ginebra: OMS .2001.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: OMS. 2003.
25. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. París: OCDE. 2003.
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). The “3 by 5 Initiative” as a response to the Development Threat of HIV/AIDS.

Población, entorno y enfermedades Infecciosas

Paul Wilkinson

Paul Wilkinson es Jefe de la Unidad de Epidemiología Medioambiental de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres.

El ponente esgrime su argumento en torno a la biocapacidad del planeta y a los problemas resultantes de una super-explotación del medio ambiente.

Inicia su enfoque medioambiental remontándose hasta hace 1.500 años y explica cómo se ha producido y se está agravando el deterioro del equilibrio climático y biológico del planeta. Asegura que los brotes infecciosos de las últimas décadas están relacionados con este perjuicio, así como con prácticas productivas insalubres. Asimismo, añade que el cambio climático también puede ocasionar enfermedades relacionadas con la temperatura, con la contaminación, alergias, desnutrición, enfermedades relacionadas con el agua y los alimentos, etc.

En esta ponencia se describe cómo el cambio climático aumenta la temperatura del globo, cambia el nivel de precipitaciones y se incrementa el número de catástrofes naturales. Además advierte que todas estas consecuencias serán cada vez más frecuentes. Las zonas más vulnerables seguirán siendo los países más pobres, donde hay menos recursos para protegerse de estas catástrofes.

Para el ponente, resulta paradójico que los países en desarrollo, que son los más vulnerables, sean los que menos contribuyen al cambio climático, citando a modo de ejemplo a África, que siendo una de las regiones más vulnerables del planeta, es el continente que produce menos emisiones de carbono al año.

El ponente plantea tres retos, que son:

- Asegurar un desarrollo más equitativo y sostenible, que garantice a la sociedad vivir en consonancia con la capacidad regenerativa de la tierra.
- Predecir y adaptarse a los impactos asociados al cambio medioambiental, incluso aquellos relacionados con la aparición, propagación y resistencia de enfermedades infecciosas.
- Abordar prioridades ya establecidas de salud pública incluyendo el VIH/SIDA, la malaria, enfermedades diarreicas y la desnutrición.

El orador termina su discurso afirmando que *“el problema radica en que estamos consumiendo mucho, demasiado como planeta, y tenemos que alentar a todas las personas a que apoyen un desarrollo sostenible, de forma que todos podamos disfrutar de las mejoras que se deriven de tales actuaciones”*.

Principios universales y valores multiculturales

Angela Amondi Wasunna

Angela Amondi Wasunna trabaja en los programas internacionales de The Hastings Center. Nueva York.

Resumen

Muchos de los debates en curso sobre relativismo versus universalismo asumen que los universalistas son occidentales y los relativistas son orientales. Como resultado, gran parte de este discurso en las distintas disciplinas se enmarca como un debate *vertical norte-sur* que en algunos casos, contribuye a un intercambio muy simplista. Esta ponencia se aleja del debate *norte-sur* y se centra en valores multiculturales en el contexto de la salud dentro de la propia África. En lugar de una discusión vertical, esta ponencia explora el debate *horizontal sur-sur*, esto es, la importancia e implicaciones de la diversidad de valores en salud dentro y entre los países africanos. La autora apela a la concienciación, importancia y necesidad de competencia cultural entre los profesionales sanitarios en África.

Palabras clave: valores multiculturales, principios universales, educación sanitaria, competencia cultural, relación médico-paciente.

La cualidad más universal es la diversidad
(*"the most universal quality is diversity"*)

Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592)

Introducción

Las controversias que rodean los principios universales versus los valores multiculturales se han intensificado mucho durante la última década. Ahora, casi todas las revistas especializadas en filosofía, derecho, ciencias políticas y sociología publican regularmente artículos sobre cuestiones como ciudadanía, derechos de minorías e identidad cultural.¹ Debates sobre universalidad y relativismo están vivos en muchos campos incluyendo salud y derechos humanos, y discursos bioéticos.

Empecemos con algunas definiciones. Las culturas se han descrito como sistemas de creencias, valores y estilos de vida dinámicos, receptivos y coherentes, que se han desarrollado dentro de determinadas ubicaciones geográficas, utilizando los recursos tecnológicos y económicos disponibles, y evolucionan según la necesidad de adaptarse a los cambios

¹ Shachar A. Two Critiques of Multiculturalism. *Cardozo Law Review*. 2001; 23(1): pp 253-297.

en las condiciones medioambientales.² La cultura ha sido reconocida desde hace tiempo en las ciencias sociales como un factor predominante que influencia en las percepciones y expresiones de la salud y la enfermedad. Nosotros aprendemos de nuestros propios antecedentes culturales y étnicos cómo estar sanos, cómo reconocer la enfermedad y cómo estar enfermos.³

El multiculturalismo se define como movimiento socio-intelectual que promueve como principio nuclear el valor de la diversidad, asimismo insiste en que todos los grupos culturales sean tratados desde la igualdad y el respeto.⁴

El concepto de valores universales, suele estar expresado en términos de derechos humanos universales y se basan en la idea de que hay una naturaleza humana universal que crea el requisito moral de tratar al ser humano de forma sencillamente humana. En lo que se refiere a salud, el acceso a ésta y la asistencia sanitaria son principios centrales en los tratados de derechos humanos internacionales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) reconoce que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, tanto a sí misma como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su artículo 12, los estados partes, reconocen el *“derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.⁶

Los relativistas argumentan que, en tanto que los derechos emanan de la naturaleza humana, la naturaleza humana no es una abstracción, porque los humanos son definidos por sus relaciones con los demás y como parte de una sociedad de personas de ideas afines. En otras palabras, las sociedades varían de una cultura a otra y las valoraciones están en relación con el trasfondo cultural del que han surgido. La posición más extrema es aquella en la que la validez de los derechos humanos depende enteramente de la cultura de la comunidad. La posición moderada es aquella en que algunos derechos humanos estándar son universales y deben ser respetados por todos y hay un solapamiento de valores que pueden utilizarse para establecer un núcleo común de derechos humanos.⁷

² Ibid 1.

³ Spector R.E. Cultural Diversity in Health and Illness. IV Edición . Stamford (Connecticut): Appleton and Lange. 1996.

⁴ Fowers BJ, Richardson FC. Why is Multiculturalism Good?. American Psychologist 1996; 51 (6): pp 609-621.

⁵ Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General, resolución 217 A (III). París: Naciones Unidas. 1948.

⁶ Naciones Unidas. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Asamblea General resolución 2200 A (XXI). Nueva York: Naciones Unidas. 1966.

⁷ Ghai YP. Universalism and Relativism: Human Rights as a Framework for Negotiating Inter-ethnic Claims. Cardozo Law Review 2001; 21 (4):pp 1095-1140.

Muchos de los debates en curso sobre relativismo versus universalismo asumen que los universalistas son occidentales y los relativistas orientales. Como resultado, gran parte del discurso en varias disciplinas se presenta a menudo como un debate vertical norte-sur que en algunos casos, contribuye a un intercambio muy simplista. Me gustaría dejar a un lado el debate norte-sur y dirigir el centro de la discusión en los valores multiculturales en el contexto de la salud dentro de la propia África. Más que una discusión vertical, me gustaría ahondar en el debate horizontal sur-sur, esto es, en la importancia e implicaciones que tienen la diversidad de valores en salud dentro y entre los países africanos.

África: un panorama multi-étnico, multi-cultural

África es un continente que engloba más de 200 países, la mayoría de ellos tienen múltiples grupos étnicos con culturas, religiones y lenguas bien diferenciadas, donde se estima un total de 2.000 grupos étnicos. África es también muy diversa socioeconómica y geográficamente. Los países africanos también difieren en términos de grados de libertad de expresión, reconocimiento de los derechos humanos e importancia de la armonía social. A esto se le añaden, los rápidos cambios socioculturales que están ocurriendo en algunos países africanos siguiendo crecientes interacciones con culturas y tecnologías externas. Como resultado, la prestación de asistencia sanitaria en los países africanos varía enormemente dentro y entre ellos.⁸ Generalmente se ha asumido que cada cultura define qué es la salud para sus miembros, determina la etiología de las enfermedades, establece los parámetros dentro de los cuales se define la enfermedad, y prescribe los medios apropiados para tratar la afección, tanto médica como socialmente.⁹

A pesar de los diferentes enfoques en materia de salud en las distintas culturas, al igual que sus iguales en occidente, los africanos quieren llevar una vida saludable, de forma que una buena salud es valorada por todas las comunidades en África. El deseo de buena salud es por tanto un deseo universal, no obstante, la búsqueda de ésta en África, es producto de interacciones complejas en la que toman parte valores socioculturales en constante cambio, así como cambios en la situación económica y en el panorama político.

Las diferencias en los servicios de asistencia sanitaria en muchos países africanos pueden explicarse por las diferencias existentes en los valores morales y tradiciones culturales, desarrollo nacional y prioridades, estructuras de población y tasas de crecimiento, economías e ideologías que subyacen la lucha por el poder político y económico a nivel nacional e internacional. Como resultado, los profesionales de la salud africanos tienen que reaccionar ante los factores políticos, económicos, psicosociales y comunitarios que determinan el entorno en el que ellos y sus pacientes viven, factores que pueden mejorar su salud o predisponer a la enfermedad.¹⁰

⁸ Nuffield Council on Bioethics. The Ethics of Research Related to Health care in Developing Countries: www.nuffieldbioethics.org/publications accesado el 7 de abril de 2004.

⁹ Benatar SR. Ethics, Medicine and Health in South Africa: Special Supplement: International Perspectives on Biomedical Ethics. The Hasting Center Report 1988; 18 (4): p.3.

¹⁰ Ibid 9.

Además, en muchos países africanos, los profesionales sanitarios tienen que interactuar con pacientes procedentes de muchas culturas. Sólo en Kenia hay más de 40 comunidades étnicas distintas cada una con su propia cultura y tradiciones. Es más, hay muchas religiones en este país que incluyen el cristianismo y sus numerosas denominaciones, religiones indígenas, Islamismo, Budismo, Sikhism, Hinduismo, y Judaísmo. Son muchas las personas en Kenia que viven en la intersección de dos o incluso más culturas y tradiciones religiosas. De esta forma sería muy simplista asignar normas culturales claras a cada una de las comunidades y culturas. Las distintas culturas se entremezclan continuamente entre sí y muchas personas toman decisiones que están enfrentadas con sus normas culturales. Dicho esto, me gustaría exponer mi argumento a favor de la promoción de la competencia cultural a nivel horizontal, esto es, entre médicos africanos o profesionales sanitarios y sus pacientes.

Competencia cultural: el reto para los profesionales sanitarios africanos

Las universidades modernas en África tienen sus raíces en sistemas traídos de occidente, no son raíces autóctonas. La educación en el sur colonial, oeste y regiones africanas del este ha estado muy influenciada por la universidad británica y francesa y por sistemas educativos de alto nivel. La influencia de Portugal fue considerable en sus antiguas colonias como Angola y Mozambique.¹¹ La capacitación de médicos y otros profesionales de la salud en África no es por tanto, enteramente uniforme. Sin embargo, la mayoría, si no todos los médicos capacitados a nivel universitario, firman el Juramento Hipocrático.¹² Este juramento tiene como objetivo ser una fuerza unificadora, reemplazando los límites nacionales, étnicos, religiosos y culturales centrándose en lo que son valores comúnmente compartidos.

Con respecto a los planes de estudios médicos, algunas escuelas africanas han sido acusadas de producir médicos elitistas más preparados para ejercer en occidente que en aldeas y ciudades africanas. Esto se debe en parte a que estos planes de estudios, aún están inspirados en los modelos occidentales y no reflejan adecuadamente las necesidades de salud y las realidades culturales de la población africana de hoy. En numerosos países africanos, la práctica de la medicina sigue siendo muy paternalista por varias razones. Como muy bien explica Benatar (1998), muchos pacientes, especialmente aquellos que proceden de los estratos sociales más bajos, han tenido una educación inadecuada, se enfrentan a barreras lingüísticas y culturales y han llegado a conformarse con su papel de subordinados dentro de la sociedad.¹³ El libre acceso a hospitales públicos por factores económicos también tiende a fomentar las expectativas de los pacientes y la aceptación de

¹¹ V. Van Niekerk J.P. Missions of a Medical School: An African Perspective. *Academic Medicine* 1999; 74 (8): pp 38-44.

¹² Hippocrates. The oath of Hippocrates. En *The Harvard Classics*, volúmen XXXVIII. Nueva York: P.F. Collier and Son. 1910.

¹³ *Ibid* 9.

una relación paternalista con los médicos. Es más, se considera que muchos médicos y profesionales sanitarios realmente tienen que ser caritativos, cultos y altruistas. Todos estos factores plantean cuestiones éticas a esta dinámica cultural y estructuras de poder en la relación médico-paciente en África.

Debido al progresivo incremento de un entorno multicultural en muchas ciudades y pueblos, encuentros entre médicos (y otros profesionales sanitarios) y pacientes procedentes de ambientes culturales muy distintos se están convirtiendo en rutina. Desafortunadamente, no todos los clínicos en África tienen los conocimientos que les permiten entender cómo la cultura influye en el encuentro clínico y las habilidades para así lograr salvar las potenciales diferencias. ¿Cómo un profesional sanitario en África puede cuidar de los pacientes sin conocer el contexto social y cultural del que sus pacientes provienen o sin conocer la compleja interacción de los valores y creencias con la concepción que tienen de la salud y la enfermedad?¹⁴ Resulta cada vez más claro que se necesitan estrategias bien informadas para ampliar el entendimiento médico y tratar adecuadamente estas diferencias culturales entre médicos, pacientes y sus familias, ya que todos ellos pueden tener conceptos muy diferentes con respecto a la naturaleza de la enfermedad, expectativas acerca del tratamiento y modos de comunicación más allá del lenguaje.¹⁵

La competencia cultural, como se ha comentado, es un campo en auge en la educación sanitaria en occidente. Un creciente número de programas de formación médica en los Estados Unidos por ejemplo, están tratando de enseñar a los médicos cómo tratar pacientes de raza, etnia y cultura diferentes de la suya propia a través de cursos y talleres. Fadiman (1997), en su famoso libro *“The Spirit Catches You and You Fall Down”*, proporciona un ejemplo trágico de cómo la falta de entendimiento cultural entre los doctores americanos en un pequeño hospital californiano y una familia de refugiados laosianos lleva a la muerte al hijo de esta familia diagnosticado de epilepsia.¹⁶ Esto fue interpretado por la familia como miedo que causa la pérdida del alma. La opinión de la familia acerca del tratamiento discrepaba con el enfoque médico occidental, la familia no deseaba que el hijo dejara de temblar porque esto le hacía “noble en su cultura”.¹⁷

La competencia cultural en la asistencia sanitaria se describe como sensible ante las creencias y comportamientos en salud, epidemiología y eficacia en el tratamiento de diferentes poblaciones, va más allá del simple reconocimiento y tolerancia para con las diferencias desde que exige el conocimiento y habilidades para diagnosticar y gestionar una

¹⁴ Wear D. Insurgent Multiculturalism: Rethinking How and Why we Teach Culture in Medical Education. *Academic Medicine* 2003; 78 (6): pp 549-554.

¹⁵ Kagawa-Singer M, Kassim-Lakha S. A Strategy to Reduce Cross-Cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. *Academic Medicine* 2003; 78: pp 577-587.

¹⁶ Fadiman A. *The Spirit Catches You and You Fall Down*. Nueva York: Farrar, Straus and Giroux. 1997.

¹⁷ Genao I, Bussey-Jones J, Branch WT Jr, Brady D, Corbie-Smith G. Building the Case for Cultural Competence. *American Journal of Medical Science* 2003; 326 (3): pp 136-140.

población multicultural de pacientes.¹⁸ El conocimiento médico puede no servir para nada en medio de barreras culturales o comunicacionales y toda la perspicacia científica del mundo no bastará sin competencia cultural.¹⁹ Me gustaría argumentar que la cultura y la etnicidad son tan importantes para los resultados en salud en África, que incluso si desaparecieran las limitaciones estructurales en el sector salud, los resultados deseados difícilmente se alcanzarán a menos que la cultura de las comunidades, los creadores de políticas de salud y planificadores y proveedores de servicios de asistencia sanitaria tengan en cuenta esto.²⁰

En África, como en muchas otras partes del mundo, los pacientes traen consigo sus creencias culturales, políticas, religiosas e ideológicas cuando entran en relación con los profesionales sanitarios. Algunas veces estas creencias cuestionan y discrepan con la promoción de la salud pública y/o con lo que los profesionales sanitarios creen que son tratamientos universales estándar. Estas creencias también pueden impedir a los pacientes de buscar el cuidado necesario en primer lugar. Por ejemplo, en algunas regiones de Benin y Nigeria, la viruela era considerada como una manifestación de poder sobrenatural, un castigo impuesto por los dioses. En lugar de ser aislado, una persona enferma era desplazada entre los diferentes lugares de adoración en un esfuerzo de apaciguar a los dioses y de esta forma, se extendía la enfermedad innecesariamente a mucha gente con la que la persona entraba en contacto.

En muchas comunidades tradicionales africanas, el bocio no es considerado una enfermedad.²¹ En países como Uganda, Camerún, Malawi y Swazilandia, hay creencias tradicionales concernientes a la epilepsia y sus causas y tratamientos. No obstante, estas creencias impiden a un 80% de los pacientes africanos con epilepsia recibir el tratamiento adecuado.

El reciente rechazo hacia la campaña de vacunación de polio en Nigeria (especialmente en el norte musulmán) debido a la creencia generalizada de que la vacuna estaba contaminada con anticonceptivos, virus del VIH y agentes cancerígenos para reducir la población musulmana, claramente muestra cómo las creencias tradicionales, culturales, religiosas, políticas y una profunda desconfianza en la medicina occidental, puede desafiar la promoción de la salud pública. En este sentido, otro ejemplo relacionado con el VIH/SIDA, es la concepción extendida de que la enfermedad es causada por espíritus maléficos, lo

¹⁸ Kaiser Permanente. *Multicultural Caring: A Guide to Cultural Competence for Kaiser Permanente Health Professionals*. Estados Unidos: Permanent National Diversity Council y Kaiser Permanente National Department. 2000.

¹⁹ Ochoa K.C, Evans M.A, Kaiser S.A. *Negotiating Care: The Teaching and Practice of Cultural Competence in Medical School. A Student Perspective*. Los Ángeles: University of Southern California.

²⁰ Banco Mundial. *Better Health in Africa: Experiences and Lessons Learned*. Washington D.C: Banco Mundial. 1994.

²¹ *Ibid* 20.

que dificulta la prevención y el tratamiento de la misma. Los proveedores de asistencia sanitaria tienen que estar al corriente de los paradigmas culturales y sociales como éstos e intentar encontrar caminos apropiados culturalmente para tratar con las poderosas injusticias en juego.

Conclusiones

El propósito de mi ponencia no es recomendar un camino específico para que los profesionales sanitarios en África adquieran competencia cultural. Mi propósito fue más alzar la conciencia sobre el problema al que se enfrenta el continente, ya que los valiosos sistemas pueden entrar en conflicto en la relación proveedor-paciente si no se resuelve la situación, o al menos se reconoce que las consecuencias pueden ser bastante funestas.

En muchos países occidentales, se ofrecen cursos sobre habilidades culturales a estudiantes de medicina y otros profesionales de la salud. Además, las instituciones médicas están animadas en promover y sostener la diversidad y receptividad de los pacientes en cuestiones interculturales. Algunas instituciones preparan material didáctico, libros de texto y material de capacitación para el uso de profesionales de la salud en entornos multiculturales.

¿Son estas estrategias adecuadas en el contexto africano? No estoy segura. En los países africanos, los estudiantes de medicina africanos se sienten sobrecargados por el intenso y largo currículum a nivel universitario. Además, los profesionales sanitarios en muchos países africanos se enfrentan a otros desafíos sobrecogedores en su trabajo, sin quitar importancia a la abrumadora cifra de personas que están muriendo de SIDA y otras enfermedades devastadoras en un entorno de escasos recursos. No estoy completamente convencida que la enseñanza de competencia cultural (como se ha hecho en occidente) como un curso estructurado a nivel de universidad o escuelas médicas, sea el camino más óptimo para hacer que los profesionales sanitarios en los países africanos estén más en sintonía culturalmente con sus pacientes.

Como Hunt (2001) dijo: *“La cultura no es ni un programa ni un camino, ni una identidad; los individuos eligen entre varias opciones culturales. No es posible predecir las creencias y comportamientos de los individuos basados en su raza, etnia o país de origen. No se puede dar por sentado que los miembros individuales de un grupo representen a su cultura tan sólo por compartir un sello grupal”*.²²

Debido a que esta conferencia se centra en salud y retos para el desarrollo, el reto que me gustaría plantear en esta presentación para nosotros es explorar métodos para alzar la conciencia de los profesionales sanitarios sobre las dimensiones culturales de sus pacientes de manera que no refuerce estereotipos culturales sino que permita a los profesionales sanitarios ser capaces de reconocer cómo y cuando el factor de los valores culturales está implicado en el proceso del diagnóstico y tratamiento. Además, debido a que en África

²² Hunt L.M. Beyond Cultural Competency. Park Ridge Center Bulletin 2001; noviembre-diciembre, pp 3-4.

ca vivimos en un entorno de escasos recursos, no deberíamos permitirnos el lujo de dedicar parte de los mismos para el desarrollo de todo un curriculum en competencia cultural a nivel de universidad o escuelas médicas, ya que tenemos muchas otras prioridades. Pienso que quizás esta sensibilidad y respeto por culturas distintas a las suyas puede ser un rasgo implícito de toda escuela médica más que como un curso estructurado. Para que los profesionales sanitarios sean conscientes y sensibles al universo cultural de sus pacientes, ellos también deben ser conscientes de sus propios valores y creencias, especialmente como éstas afectan a su propio entendimiento de la salud y la enfermedad. Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes traen sus puntos de vista culturales a la interacción entre ambos y el diálogo debe ser bidireccional. Por tanto, la competencia cultural tiene la potencialidad de mejorar la comunicación entre los proveedores y los pacientes y de ese modo, mejorar la satisfacción de los pacientes, mejorar el diagnóstico de la enfermedad, la conformidad y el uso adecuado de los recursos.²³

Finalmente, debería haberse entendido que incluso cuando el profesional sanitario entiende al paciente como un individuo en el contexto de su cultura, esto no le previene de que puedan surgir conflictos sobre discrepancias en valores, creencias o prácticas. Es preferible, que la información adquirida de dichas interacciones sirva para identificar áreas para la negociación de conflictos en el caso de que ocurran, y permitan que esta negociación se produzca en una atmósfera de mutuo respeto.²⁴

²³ Ibid 17.

²⁴ Ibid 15.

Comentario:

El planeta dispone de suficientes recursos para todos y es indispensable la voluntad de repartirlos equitativamente.

Comentario:

El problema radica en la excesiva centralización de poder social, político y económico de las elites del norte y del sur, y en las políticas neoliberales que se están extendiendo por todo el mundo hasta llegar a dirigir las organizaciones democráticas internacionales como la Organización Mundial de la salud.

Comentario:

La salud es en sí misma una forma de desarrollo económico.

Comentario:

Es necesario considerar la salud un verdadero derecho humano universal que debe aplicarse teniendo en cuenta las características culturales de cada zona.

Comentario:

La salud es un punto fundamental para el desarrollo y la inclusión social.

Comentario:

Existen otras barreras al acceso a los servicios de salud basadas en la exclusión, condicionada por cuestiones sociales, políticas, culturales y religiosas.

Comentario:

Tal vez la Organización Mundial de la Salud sea obsoleta, pero creo que si cerrara mañana, pasado mañana tendríamos que crear un equivalente, porque no hay un mínimo en las reglas de juego en materia sanitaria.

Comentario:

Me ha sorprendido no oír referencia alguna sobre los temas de educación de la población. Creo que es un tema fundamental y no se ha recogido aquí como indicador de salud.

Comentario:

He echado en falta que no se hable de la medicina preventiva, y no sólo me refiero a la salud física, sino psíquica.

Comentario:

Hay que avanzar en la formulación de políticas para reducir estas desigualdades en salud.

Capítulo II

Intervenciones en materia de salud

Cualquier intervención sanitaria en un país en desarrollo plantea cuestiones muy complejas, y requiere tener en cuenta una gran variedad de parámetros para desarrollarla.

En este bloque temático, las ponencias giran en torno a los distintos parámetros que influyen en el establecimiento de intervenciones eficaces en materia de salud en los países en desarrollo. Este capítulo se inicia con la comunicación de Elisabet Jané, en la que suscita el debate sobre la ayuda oficial al desarrollo en los países más pobres, y pone en cuestión la capacidad de ésta para mejorar el acceso a los servicios de salud o si por el contrario, supone una fuente generadora de dependencia. Asimismo, la ponente expone algunos ejemplos del proceso de ordenamiento de la cooperación externa que se está produciendo en algunas regiones, en las que se han puesto en marcha nuevos instrumentos de cooperación internacional que tienen como objetivo el fortalecimiento institucional de los gobiernos y la armonización de procedimientos y prácticas de los donantes para aumentar así la efectividad de la ayuda externa.

Uno de los grandes obstáculos para la puesta en práctica de intervenciones en materia de salud es la falta de planificación estratégica de la tecnología en países en desarrollo, sin la gerencia adecuada de la misma. Hecho criticado y ampliamente debatido por el ponente Joaquin Lejeune, que propone entre otras recomendaciones, la puesta en marcha en los países en desarrollo, de una política de gestión de equipos electromédicos. Este orador, también denuncia el problema que generan con frecuencia las donaciones en los países receptores, convertidos en numerosas ocasiones, en basureros de tecnología en desuso. En este sentido, advierte también la necesidad de seguir un reglamento para las donaciones de los equipos.

La ponencia de Staffan Bergström pone de relieve el grave problema de los recursos humanos en los países en desarrollo. El ponente subraya la necesidad de debatir los distintos factores determinantes de esta “fuga de cerebros” cuando se formulen estrategias para la gestión de los recursos humanos en las intervenciones en salud. Bergström plantea como estrategia fundamental para hacer frente a este problema, la redefinición de responsabilidades del personal sanitario y la delegación de habilidades en los distintos niveles, presentando a los proveedores de nivel medio de la asistencia sanitaria como una categoría clave para el futuro.

Este capítulo termina con la comunicación de Albert Aynsley Green, que ofrece una perspectiva de la actual situación de los niños en Inglaterra, haciendo un recorrido histórico desde la Inglaterra de la era Victoriana hasta la actualidad. El ponente hace una revisión de las oportunidades para la mejora de la salud de niños y jóvenes creadas por el actual gobierno Laborista y clama el compromiso político para atender y dar respuesta a las necesidades reales de los niños, y poner a la infancia en el centro de las actuaciones sanitarias.

La ayuda oficial al desarrollo en los países más pobres: ¿Mejora el acceso a los servicios o aumenta la dependencia?

Elisabet Jané

Elisabet Jané es miembro de HLSP Consulting. División América Latina. Barcelona.

Los países menos desarrollados han recibido muchos recursos provenientes de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) durante los últimos 20 años. Sin embargo estos recursos no se han traducido en una mejora de las condiciones de vida de la población. De hecho el número de pobres en los países que más ayuda han recibido en relación a sus habitantes, ha crecido en términos absolutos y relativos.

El sector salud ha sido uno de los más beneficiados con esta ayuda y los resultados obtenidos reflejan la misma contradicción. Los indicadores de salud no muestran una variación positiva proporcional a los recursos recibidos.

Varias causas pueden haber influenciado en esta situación.

En primer lugar, la salud de una población depende de muchos otros factores además de los servicios que el sistema de salud puede proporcionar (renta, educación, sobre todo de las mujeres, vivienda, acceso a agua potable y saneamiento, estabilidad política y social, acceso al trabajo, etc.) y la suma de estos factores es sin lugar a dudas más importante que los propios servicios de salud.

Pero también existen también factores intrínsecos a la forma en que se presta la ayuda al desarrollo que han contribuido de forma significativa a esta falta de impacto.

Un país pobre de América Latina (Bolivia, Nicaragua, Honduras, Guatemala, República Dominicana, Haití o Guyana) suele estar recibiendo cooperación externa en salud de 15 a 20 agencias oficiales de cooperación, bilaterales y multilaterales y algunos fondos específicos de nueva creación como el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización.

El país necesita esta ayuda externa porque representa una parte muy importante de los recursos que se van a invertir en salud (en Honduras, según la Secretaría de Salud, la AOD representa para el año 2004 alrededor del 90% de las inversiones y del 60% de los gastos corrientes).

El proceso para recibir financiamiento externo suele iniciarse con una propuesta por parte de una agencia y pocas veces como una demanda de la nación receptora. Generalmente la agencia en cuestión llega al país con sus prioridades y valores previamente establecidos y le ofrece al Ministerio un financiamiento, para unos fines determinados, que deberá ser utilizado cumpliendo con los condicionantes de la agencia.

La mayor parte de la AOD llega a los países receptores en forma de proyectos (cada agencia puede tener varios proyectos en el sector salud). Un proyecto tiene objetivos y estrategias propios, que pueden no coincidir con las prioridades y las estrategias del país en caso de que éste las tenga establecidas. Además tiene sus mecanismos de monitoreo y evaluación y procedimientos específicos para la contratación de personal y la compra de equipos e insumos.

Hay proyectos cuyo objetivo es disminuir la incidencia o la gravedad de una patología, otros se enfocan a grupos de personas clasificadas por diversos factores (edad, sexo, etnia, situación socio-económica, hábitat rural o urbano, marginalidad, etc.), otros proyectos apoyan territorios, un nivel de la red de servicios o aplican una intervención sanitaria determinada.

Esta diversidad de objetivos y orientaciones genera multitud de problemas, rompe con cualquier posibilidad de dar una atención integral y continuada a las personas y como es evidente, crea infinidad de cruces y duplicaciones en las poblaciones que son priorizadas por cada proyecto, generando ineficiencia y confusión en el sistema de salud.

El proyecto puede emplear las estrategias de intervención que el país ha seleccionado, pero es más común que cada proyecto cuente con sus propios expertos en estrategias, que son quienes tomarán las decisiones al respecto. En consecuencia en un mismo país se pueden encontrar diversas formas de tratar de disminuir la mortalidad materna e infantil o prevenir y tratar la tuberculosis.

Podría argumentarse que esta diversidad, adecuadamente evaluada puede ser una ventaja, ya que podría permitir conocer cuáles han sido las estrategias más costo-efectivas. Sin embargo esta posibilidad de comparación fructífera no se da, porque cada proyecto tiene objetivos distintos e incomparables y las razones para elegir un territorio, grupo de población o problema de salud, o utilizar una determinada estrategia nada tienen que ver entre sí.

En Nicaragua se acaba de realizar una evaluación de los modelos de atención que se habían aplicado en distintos territorios. En total existían 14 modelos de atención distintos, cada uno perteneciente a un proyecto específico financiado por una agencia de cooperación. El resultado de la evaluación apenas ha aportado elementos de importancia para decidir qué modelo le conviene más al país, o qué instrumentos han resultado más exitosos, por la imposibilidad de comparar las condiciones iniciales, el concepto de modelo de atención o las herramientas utilizadas, de manera que los resultados (más bien pobres para cualquiera de los modelos) no pueden atribuirse claramente a ninguna de las acciones realizadas.

En los últimos años, las agencias de cooperación se han acercado más a los ministerios de salud. Sin embargo este acercamiento se ha traducido en nuevas exigencias: hay que mantener reuniones de identificación, planificación, monitoreo y evaluación en las que el país receptor tiene que presentar información e informes que respondan a los formatos y procedimientos de los donantes.

El número de planes, programaciones e informes que el Ministerio tiene que realizar y las reuniones con misiones de las diversas agencias pueden consumir la mayor parte del tiempo de los políticos y funcionarios de la Institución. La realidad, tal como la describen los propios funcionarios, es que los ministerios de salud no dirigen, sino que reaccionan antes las ofertas de los donantes y las exigencias de éstos para hacer efectivas las ayudas.

La Secretaría de Salud de Honduras tiene que preparar para una sola agencia 20 planes operativos para el año 2005, si se tiene en cuenta que hay más de 15 agencias operando en el sector y que para cada una de ellas, hay que realizar por lo menos un plan operativo anual, el resultado es un mínimo de 34 planes operativos para 2005.

El Ministerio de Salud de Nicaragua ha recibido durante los 5 primeros meses del año 2004 no menos de 15 misiones de diversas agencias. Cada misión dura varios días, generalmente entre 2 y 10 días, requiere de una intensa preparación (incluyendo el cálculo de los indicadores con los que cada agencia mide los avances de su proyecto) y de la participación de los más altos niveles de dirección del Ministerio (Ministro y Viceministra) y de muchos funcionarios. En consecuencia, ambos han tenido que dedicar más de la mitad de los aproximadamente 110 días laborables del periodo a dar respuesta a los requerimientos de las agencias en detrimento de la dirección y planificación del sistema de salud.

Las agencias contratan personal no sólo para dar asistencia técnica al país receptor, sino también para garantizar que sus procedimientos se lleven a cabo. Cuando contratan personal local, suelen pagar salarios significativamente más elevados que los de los ministerios. La consecuencia es que los mejores recursos humanos salen del sistema para trabajar en las oficinas de las agencias de cooperación, muchas veces en tareas que no tienen ninguna repercusión directa en la atención de la salud de las personas o en la salud pública del país.

Cuando los consultores dan asistencia técnica, ésta suele responder a necesidades identificadas por las agencias que muchas veces no son prioritarias para los profesionales del sistema, de manera que el apoyo que supuestamente reciben puede resultar una carga de trabajo adicional en lugar de una ayuda. Como las agencias no coordinan sus acciones, es común que se dupliquen los estudios y se desarrollen los mismos instrumentos con distintos enfoques.

La compra de equipos suele llevarse a cabo de acuerdo a los procedimientos de las agencias y a las necesidades estimadas por el proyecto, con independencia de cualquier plan nacional de equipamiento en caso de que éste exista. Algunas agencias exigen que el equipo que se adquiera con su financiamiento sea de un determinado origen.

El resultado es un parque de equipos de múltiples marcas y modelos, que impide establecer ninguna política de equipamiento ni en mínimo grado, sin mantenimiento ni materiales fungibles y mal utilizado, que suele terminar fuera de uso al poco tiempo.

A esta descripción hay que añadir que los costos de transacción de la cooperación exter-

na son muy elevados como consecuencia de la gestión individualizada y compleja de cada proyecto y la utilización de consultores internacionales y nacionales que reciben salarios elevados.

Desde hace algunos años, en África y en Asia, algunos países y agencias han iniciado procesos de ordenamiento de la cooperación externa sustituyendo los proyectos por otros instrumentos como el apoyo al presupuesto nacional al de un sector específico o, como mínimo, trabajando en función de unas reglas éticas que impidan que siga dilapidándose la ayuda, especialmente el respeto a las prioridades nacionales y la transparencia en las acciones.

Estos cambios han sido reflejados en declaraciones internacionales como el Consenso de Monterrey de 2002 y la Declaración de Roma sobre armonización de la cooperación celebrada en 2003.

Los principios sobre los que se basa esta forma de cooperación son el liderazgo del país y de sus instituciones, que son las responsables de planificar el desarrollo y funcionamiento del sector; un cambio en la relación entre país y agencia de receptor pasivo y donante a socios para el logro de los objetivos señalados en el plan nacional; unos mecanismos conjuntos de monitoreo y evaluación, preferiblemente los que el país emplea para medir el cumplimiento de sus planes; la simplificación de los procedimientos de compra de equipo y materiales; y el ordenamiento de la contratación de consultores nacionales e internacionales.

Algunas agencias, especialmente de Suecia, Países Bajos, Reino Unido y Canadá, están impulsando activamente estas nuevas modalidades de cooperación, desarrollan instrumentos, evalúan experiencias y forman a los profesionales de sus países que trabajan en este campo. El Comité para la Asistencia al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), ha organizado un grupo de trabajo que ya ha editado una guía sobre armonización de las prácticas de los donantes para una ayuda efectiva. España se encuentra entre los países que nunca han participado ni apoyado una iniciativa de este tipo.

En el sector salud se está empleando el instrumento que se denomina enfoque sectorial. Foster (2002) define enfoque sectorial de la siguiente forma: *“todas las fuentes de financiamiento del sector apoyan una única política y un solo programa de gastos, bajo el liderazgo del gobierno, adoptando enfoques comunes sobre el sector y progresando hacia la confianza en la utilización de los procedimientos del gobierno para todo el financiamiento”*.

En la actualidad hay por lo menos 11 enfoques sectoriales en salud que han superado las primeras fases de negociación y preparación y están en distinto grado de desarrollo (Ghana, Tanzania, Mozambique, Senegal, Bangladesh, Zambia, Malí, Uganda, Burkina Faso, Camboya y Malawi). En América Latina se están dando los primeros pasos en Honduras y Nicaragua.

En ningún país se ha logrado que todas las agencias abandonen los proyectos individuales y se sumen al apoyo a través del enfoque sectorial. El porcentaje de AOD que llega a través del enfoque sectorial no supera en ningún caso el 55% del total que recibe el país.

El grado en que los recursos van a parar al presupuesto de salud o a un fondo específico, se emplean procedimientos comunes, o se cumplen los principios de coordinación y transparencia, es muy variable.

En general puede decirse que los resultados son modestos y no es posible demostrar un impacto de estos nuevos mecanismos de cooperación sobre la salud de la población o sobre el acceso a los servicios de las poblaciones más vulnerables.

Por otra parte este ordenamiento de la cooperación internacional tendrá poco impacto sobre la salud si no cambian las condiciones de vida de la población más pobre y si no se resuelve el acceso a medicamentos esenciales, vacunas y otras intervenciones básicas para los problemas de salud.

A pesar de estas limitaciones, parece razonable afirmar que el cambio en la cooperación oficial o de los grandes fondos de proyectos a apoyos presupuestarios o sectoriales, es un paso importante para fortalecer la capacidad institucional de los gobiernos de los países menos desarrollados y lograr que la ayuda externa tenga el impacto que los contribuyentes de los países cooperantes esperan que tenga.

Bibliografía

1. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Harmonization and alignment action plan of the Inter-American Development Bank. Washington D.C: BID. 2004.
2. Banco Mundial (BM). Memorandum of the president of the International Development Association and the International Finance Corporation to the executive directors on a Country Assistance Strategy for the Republic of Honduras. Central America Country Management Unit, BM. 29 de mayo de 2003.
3. Banco Mundial (BM). The Poverty Reduction Strategy Initiative: An independent evaluation of the World Bank's support through 2003. Washington D.C: BM. 2004.
4. Batley R. Mozambique: A Country Case Study. Birmingham: School of Public Policy, University of Birmingham. 2002.
5. Bitrán, et al. Evaluación de los Programas y Proyectos en apoyo a la Atención Primaria de Salud (APS). Nicaragua: Secretaría Técnica de Presidencia de la República de Nicaragua. 2004.
6. Cassels A. A Guide to Sector Wide Approaches for Health Development. Encargo de la Organización Mundial de la Salud, Danish International Development Assistance, U.K. Department for International Development, Comisión Europea. 1997

7. Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (CAD-OCDE). DAC Evaluation working party. Evaluating general budget support: issues emerging from evaluation findings. Workshop report. Glasgow: CAD-OCDE. 3 y 4 de marzo de 2003.
8. Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (DAC-OCDE). Harmonizing donor practices for effective aid delivery. 2003 www.oecd.org
9. Department for International Development (DFID). General budget support evaluability study, phase I. Final synthesis report. Londres: DFID. 2002.
10. Fondo Monetario Internacional (FMI) y Asociación Internacional de Fomento (AIF). Poverty Reduction Strategy papers- progress in implementation. Washington D.C: FMI y AIF. 2003
11. Foster M. Direct Budget Support to Mozambique. Londres: Department for International Development. 2002.
12. Gobierno de Honduras. Honduras Poverty Reduction Strategy Paper 2001. www.imf.org/
13. Gobierno de Honduras. Honduras Poverty Reduction Strategy Progress Report. Tegucigalpa: Fondo Monetario Internacional. 2003.
14. Iglesia-Caruncho M, Jaime P, Castillo M. Acabar con la Pobreza. Un reto para la Cooperación Internacional. Madrid: Fundación IPADE. 2003.
15. Institute for Health Sector Development (IHSD). Mapping of Sector Wide Approaches in Health. Londres: Institute for Health Sector Development. 2003.
16. Instituciones multilaterales y bilaterales de desarrollo y países asociados. Rome Declaration on Harmonization. 25 de Febrero de 2003. www.aidharmonization.org
17. Martinez J, Jané E, Iglesias F. Apoyo a la implementación del enfoque sectorial en salud en Honduras. Barcelona: HLSP Consulting. 2004.
18. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. Monterrey. 2002 www.un.org
19. Ministerio de Asuntos Exteriores de Países Bajos. Joint Financing Arrangements in Support of the sector Wide approach (SWAP). Países Bajos: Ministerio de Asuntos Exteriores. Febrero 2004.

Identificando la tecnología apropiada

Joaquin Lejeune

Joaquin Lejeune es jefe del Servicio de Electromedicina del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Introducción

Diversos estudios e informes especializados en salud, incluyendo el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003,¹ han hecho énfasis en la importancia que tiene integrar las necesidades de la población en la evaluación de la tecnología.

Los enfoques previos a la evaluación de la tecnología se han centrado en los beneficios, riesgos y costes de tecnología nueva y ya existente orientada a aquellos que la reciben, en lugar de centrarse en aquellos que la necesitan, esto es, la población en general y específicamente los pacientes.

Para identificar la tecnología apropiada es importante que se tome en consideración no sólo la eficacia y la seguridad, sino que también aumente la atención sobre cuestiones como la calidad de vida, la economía, la ética y su uso por una audiencia más numerosa, que no solo incluya a los clínicos sino también a los responsables de formular políticas, tanto a nivel del gobierno central como regional, compañías de seguros médicos, empleados y sociedad civil.²

El marco para el análisis de las necesidades de tecnología y su impacto en las personas de una determinada comunidad en el terreno de lo físico, emocional y social es muy complejo.

Para identificar la tecnología adecuada ha de tomarse en cuenta la prevalencia de los problemas de salud tanto previos como posteriores a la intervención, incluyendo cualquier efecto secundario o indeseable, esto es, una valoración del impacto social, demográfico y en salud de la intervención.

El enfoque antes mencionado (identificando la tecnología apropiada) es la base de la estrategia "Investigaciones en salud esenciales para la nación" (ISEN) desarrollada y coor-

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: OMS. 2003.

² Kazanjian A. Doing the right thing, not just doing things right: a framework for decisions about technology. En Gender Working Group, United Nations Commission on Science and Technology for Development. Missing links: gender equity in science and technology development. Nueva York: International Development Research Centre en asociación con Intermediate Technology Publications y UNIFEM. 1995.

dinada internacionalmente por la *Commission on Health Research for Development* de Naciones Unidas.³ Según la estrategia ISEN, las prioridades de las investigaciones en salud se deberían basar en las necesidades de salud acordadas por la comunidad, los responsables de formular políticas y por los investigadores. El informe de la comisión internacional antes mencionada, pone énfasis en que “*hay un flagrante desequilibrio entre la carga de enfermedad y la inversión*”. Una razón muy importante para este desequilibrio es que actualmente, el desarrollo, evaluación e inversión en tecnología médica está orientado por la oferta en lugar de estar orientado por las necesidades. La existencia de grandes incentivos financieros conlleva a la introducción de la mayoría de las tecnologías, y la inversión que se necesita para apoyar los grandes gastos de la investigación y desarrollo, excluye a aquellas tecnologías que carecen de grandes recursos; los programas y aparatos de alta tecnología son más solicitados que los de baja tecnología y por tanto, de bajo precio.⁴ La falta de incentivos de financiación también determina la existencia de fármacos no comercializados (“*orphan drugs*”),⁵ esto es, aquellos fármacos con eficacia terapéutica para necesidades importantes pero con un potencial de mercado pequeño, ya que las necesidades son en su mayoría prevalentes entre la comunidad pobre.⁶ Se han desarrollado varios modelos para identificar la tecnología apropiada, como “*The technology assessment iterative loop*”,⁷ o “*method for assessing needs*” elaborado por Wolfson (1992)⁸, etc.

Para la puesta en práctica de la evaluación de la tecnología médica (del inglés Health care technology assessment, HTA), en la mayoría de los países desarrollados hay agencias de evaluación de la tecnología médica. De acuerdo con los resultados del primer y exhaustivo cuestionario internacional llevado a cabo para catalogar las actividades de la HTA, en 1995 había programas oficiales en 24 países, que se habían instaurado la mayoría a finales de la década de 1980 y principios de la década de 1990. Los países europeos tienen cada uno por lo general uno o dos programas HTA nacionales o provinciales. Canadá tiene una extensa red de agencias nacionales y regionales coordinadas por un organismo cen-

³ Task Force on Health Research for Development (TFHRD). *Essential National Health Research: A strategy for action in health and human development*. Ginebra: TFHRD. 1991.

⁴ Feeny D. New health care technologies: their effect on health and the cost of health care. Capítulo 2. En Feeny D, Guyatt G, Tugwell P, *Health care technologies: effectiveness, efficiency, and public policy*. Montreal: Institute for Research on Public Policy. 1986; pp 5-24.

⁵ Wibulpolprasert S. Overview of the drug system in Thailand. In *Proceedings of National Seminar on the Analysis of the Drug System in Thailand*. Tailandia: Ministerio de Salud Pública. 13-14 de junio de 1994.

⁶ International Commission on Health Research for Development. *Health Research: Essential link to equity in development*. Nueva York: Oxford University Press. 1990.

⁷ Tugwell P, Bennett K, Feeny D, Guyatt G, Hayness RB. A framework for the evaluation of technology: the technology assessment iterative loop. En Feeny D, Guyatt G, Tugwell P, *Health care technology: effectiveness, efficiency, and public policy*. Montreal: Institute for Research on Public Policy. 1986; pp 41-56.

⁸ Wolfson MC. A template for health information. Ginebra: *World Health Statistics Quarterly* 1992; 45 (1): pp 109-113.

tral y Estados Unidos tiene 53 agencias HTA, la inmensa mayoría de ellas en el sector privado.⁹ En España hay una agencia nacional de evaluación de la tecnología médica y algunas regionales.¹⁰

Debido a nuestra experiencia profesional durante los 20 años anteriores, nos centraremos en la descripción y debate del problema en el contexto de los países en desarrollo.

Descripción del problema

La salud es importante ya que una buena salud mejora el rendimiento económico y la productividad. Los niños sanos se educan y forman mejor, lo que está ligado con la productividad y la economía. Finalmente, si las personas están sanas, el gasto en atención sanitaria será menor.

Los cambios epidemiológicos son fundamentales para la evaluación de las necesidades y la planificación de la tecnología médica. Estos cambios muestran una tendencia hacia un considerable aumento de la esperanza de vida, un rápido descenso de la mortalidad debido a enfermedades transmisibles y un aumento en la morbilidad de las enfermedades no transmisibles. A modo de ejemplo, en los países menos desarrollados, desde 1950 a 2000, la esperanza de vida ha aumentado de 40 a 65 años; el riesgo de morir antes de los 5 años de vida ha descendido de un 29% a un 10%; se ha erradicado la viruela; y en América se ha eliminado la poliomielitis y se está en el camino de eliminarla en Asia.¹¹

La transición epidemiológica es compleja (coincidencia de situaciones previas y posteriores a la transición; un resurgimiento de enfermedades que habían sido ya erradicadas, como la tuberculosis; la resistencia al control de enfermedades como la malaria y el dengue; la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y el Síndrome respiratorio agudo severo) y también está asociada con el cambio en la percepción social de las enfermedades. Enfermedades crónicas como el SIDA, tienen muchas posibilidades de estigmatizar. La educación y las tecnologías de la comunicación deben usarse para fomentar percepciones adecuadas, desarrollar conductas preventivas y promover la responsabilidad que tienen las personas en prevenir el estigma social y reducir o eliminar demandas inapropiadas y de esta forma, la solicitud de tecnología más cara será racional.¹² La tecnología apro-

⁹ Perry S, Thamer M. Health Technology assessment: decentralized and fragmented in the US compared to other countries. *Health Policy*. Diciembre 1997; 42 (3): pp 269-290.

¹⁰ Banta D. The Development of health technology assessment. *Health Policy*. Febrero de 2003; 63 (2): pp 121-132.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: OMS. 2003.

¹² Porapakkam W. Place of entry for initial episode of illness: IPSR survey of health seeking behaviour. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 1987.

piada está disponible para muchas enfermedades. Lo que se necesita es una planificación óptima para traer la tecnología que tiene que ver con las necesidades al lugar adecuado, en el momento adecuado y en una correcta cantidad.

El diseño para la distribución de tecnología debería contemplarse desde la perspectiva de todo el sistema. El sistema entero es diferente de la suma de sus partes, debido a las tensiones entre los intereses de grupos dentro del sistema y entre el sistema y su entorno. La política del gobierno puede hacer frente a grupos objetivo, regulaciones, financiación y provisión de servicios.

Grupos Objetivo

La equidad y “la salud como derecho humano” exigen que los gobiernos definan a los grupos desfavorecidos de la comunidad a los que se dirigirá la tecnología apropiada (tecnología básica y costo-efectiva). Las tecnologías deberían incluir servicios de prevención, promoción y cuidados curativos para importantes problemas de salud.

Interrelaciones

Se debe promover interacciones justas y abundantes entre proveedores y consumidores de servicios de salud para acceder a los servicios de acuerdo a las necesidades, haciendo uso de tecnología costo-efectiva. Estas interacciones normalmente son complejas debido a que los proveedores y consumidores no están solos, sino que pertenecen a grupos con intereses distintos. Es más, estas interacciones no son directas sino que están mediadas por otros actores, como los planes de seguros, etc.

Financiación y provisión de servicios de atención a la salud

La financiación debe garantizar la provisión de servicios de atención a la salud a los grupos objetivo de acuerdo a las necesidades y haciendo uso de tecnologías costo-efectivas.

Planificación estratégica de la tecnología

A nivel de programa es importante considerar una distribución eficiente que incluya una planificación óptima de instalaciones y de personal, que una la distribución de la tecnología disponible con las necesidades de la población.

La planificación estratégica de la tecnología exige capacidad de establecer prioridades entre los problemas de salud en base a las necesidades y de hacer un análisis de costo-efectividad de las intervenciones tecnológicas.

No es lo mismo costo-efectividad que costo-eficacia. El análisis de la costo-efectividad requiere información sobre la eficacia de intervenciones tecnológicas, precisión en la tecnología para el diagnóstico, capacidad de provisión y adherencia al uso de la tecnología,

conformidad con el tratamiento y cobertura de la tecnología de la población en riesgo. Además, este análisis requiere evaluación adicional de las circunstancias o situaciones locales donde la tecnología será aplicada. A modo de ejemplo, una tomografía axial computerizada, aunque sea eficaz, no será de utilidad sin la existencia de recursos humanos cualificados para su uso. Una distribución eficiente de todo el sistema de salud solo es posible cuando hay una buena coordinación de todos los proveedores de servicios de salud (sector público, privado y sociedad civil). Gran parte de la distribución ineficiente es el resultado de una pobre integración entre los sectores público y privado.¹³ El rápido crecimiento del sector privado está alejando al personal sanitario del sector público debido a que las compensaciones son mucho más altas en el sector privado. En la mayoría de los casos, el sector privado está duplicando la adquisición de nuevas y caras tecnologías (por ejemplo la tomografía axial computerizada, resonancia nuclear magnética, etc.). La privatización no facilitará el acceso universal a la atención sanitaria, pero puede liberar recursos desde aquellos que pueden pagar para financiar los servicios básicos costo-efectivos y de calidad a aquellos que no pueden pagar.

¿Hay planificación estratégica de la tecnología en países en desarrollo?, ¿hay una adecuada gestión de la tecnología en los países en desarrollo?

La mayoría de los países en desarrollo no tienen un alto nivel de industrialización e importan prácticamente todos los equipos electromédicos con algunas excepciones. En estos países existe una amplia variedad de estos equipos, algunos son elegidos y comprados por las instituciones sanitarias y otros son proporcionados por programas de ayuda bilaterales o multilaterales. El mantenimiento de los equipos más sofisticados quizás lo haga la empresa suministradora del equipo (y a alto coste), si es que existe en el país; pero para la gran mayoría de equipos, especialmente en lugares alejados de las grandes ciudades, los propietarios de equipos electromédicos dependen del servicio proporcionado por agentes locales, que es caro si es que es efectivo, generalmente lento y poco fiables. Con frecuencia hay debilidades contractuales con las empresas suministradoras de tecnología, que después de la venta no proporcionan el soporte técnico. A esto se le añade que los equipos son manejados por operarios sin experiencia y sin formación y en un ambiente “hostil” en lo que se refiere a humedad, polvo, fiabilidad de los suministros eléctricos, agua, etc. Por consiguiente, las probabilidades de mal funcionamiento y una vida corta de estos equipos son elevadas.

La consecuencia es que un gran número de equipos no está en buen estado y funcionan de manera ineficiente o no funcionan. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sólo un 50% de los equipos electromédicos en hospitales públicos de América Latina están funcionando de forma eficiente, y quizás en algunos países, el 70% están fuera de uso.

¹³ Hsiao WC. Health Care financing in Thailand. Challenges for the future. Informe presentado en el taller de liderazgo sobre financiamiento de la atención sanitaria celebrado en Tailandia. Tailandia: Gobierno de Tailandia y Banco Mundial. 12-13 de noviembre de 1993.

A esto se le añade el problema que generan con frecuencia las donaciones en los países receptores. Éstas son parte del proceso de cooperación entre países y se han visto como la transferencia de tecnología de segunda a países en desarrollo, cuando los países donantes se ven precisados a modernizar su equipamiento por razones docentes, técnicas, de servicio y/o legales.

Al ocurrir esto, es tradicionalmente el país donante el que establece las reglas del juego y el país receptor se convierte en un mero ente pasivo del proceso. Esto conlleva a que con mucha frecuencia las tecnologías donadas:

- No cumplen con las especificaciones del país.
- No son compatibles tecnológicamente.
- No son utilizables en el estado en que se reciben.
- Hay desconocimiento en el país receptor sobre la posibilidad de conseguir piezas de repuesto, manuales de instalación y operación.

En algunos casos, los países receptores se convierten en cementerios de tecnología que nunca pudo ponerse a funcionar.

En los últimos 20 años, los países en desarrollo han pedido asesoramiento y ayuda a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras agencias internacionales. La atención de las agencias gubernamentales de ayuda al desarrollo y de la OMS se ha desviado hacia la necesidad de formar al personal que mantiene y repara los equipos, pero el problema de la transferencia de tecnología se subestimó. En muchos países (Cuba, México, El Salvador, Venezuela, Colombia, Brasil, Argentina, Chile, Chipre, Kenya, Camerún, Sudáfrica, etc.), se han llevado a cabo actividades de formación, pero el impacto de estas actividades en la situación general de la gestión de equipos electromédicos ha sido relativamente pequeño. La formación de técnicos de nivel bajo a medio en centros de formación y universidades tan sólo hace frente a uno de los muchos factores de un problema que es multifactorial. Sin infraestructuras en las que técnicos e ingenieros puedan ser contratados, sin perspectivas profesionales y sin salarios adecuados e incentivos, no se puede designar para buenos empleos a personas formadas y retenerlas. Sin políticas nacionales (planificación estratégica de la tecnología, gestión adecuada de la misma), es difícil manejar la amplia gama de equipos electromédicos. La financiación para proporcionar una buena gestión para el funcionamiento de equipos (programas de mantenimiento, análisis de costes, sistemas de supervisión, apoyo logístico, repuestos, etc.) es inadecuada. Por tanto, se deben analizar todas las facetas de este problema multifactorial y encontrar soluciones factibles.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Gran parte de la ineficiencia de un sistema de salud resulta de la pobre integración de los sectores público y privado. El rápido crecimiento del sector privado está produciendo

do la fuga de personal sanitario del sector público hacia el sector privado, donde las compensaciones económicas son mucho más altas y donde se está duplicando la dotación de nuevas y caras tecnologías.

- En la mayoría de los países en desarrollo no hay una planificación estratégica de la tecnología.
- No hay gerencia adecuada de la tecnología en gran parte de los países en desarrollo.
- Hay un déficit en términos de cantidad y calidad de recursos humanos porque la formación y entrenamiento son escasos y en el caso de algunos países en desarrollo, se llevan a cabo actividades de formación en centros y universidades, pero el impacto en la situación general de la gestión de equipos electromédicos es pequeño debido a que la formación es tan sólo uno de los factores determinantes del problema.
- En la mayoría de los países en desarrollo todos los fondos disponibles se invierten en la compra de equipos electromédicos nuevos y no se reservan fondos para su mantenimiento, de forma que el tiempo de vida útil de estos equipos es reducida y el stock de equipos utilizables será bajo en comparación con los gastos.
- Las donaciones deben ser analizadas en cada caso y nunca deben convertir a los países en desarrollo en basureros de tecnología en desuso. Tampoco se debe donar y enviar equipos que de forma inmediata representen un mayor coste para el hospital, tanto en su uso como en su conservación.
- De acuerdo con la OPS, sólo el 50% de los equipos electromédicos en hospitales públicos en América Latina funcionan de forma eficiente; e incluso en algunos países hasta un 70% de los equipos electromédicos están en desuso.

Recomendaciones

- Una distribución eficiente del sistema de salud sólo es posible cuando hay una buena coordinación de los sectores público y privado (política nacional de salud).
- Establecer un comité de programación y planificación, a nivel de ministerio, compuesto por todos los grupos involucrados en satisfacer las necesidades de salud, esto es, planificadores, financiadores, economistas de la salud, personal médico, paramédico y de ingeniería, etc. Este comité debería desarrollar de forma periódica un Plan Estratégico de Tecnología.
- Cada país debería tener una política explícita en gestión de equipos electromédicos y debería garantizar su puesta en práctica por las autoridades de gestión médica. Esta política debería ser concordante con las necesidades, objetivos y recursos nacionales y regionales. Debería incluir actividades relacionadas con la identificación de las necesidades, uso de tecnología apropiada, planificación, administración de presupuesto, legislación o regulación de normas de seguridad y eficiencia, especificación, adquisi-

ción, inspección, selección y contratación, mantenimiento, reparación, política de repuestos, servicios técnicos y logísticos para apoyar los equipos y el desarrollo de recursos humanos.

- Dentro de cada ministerio de salud debería haber una organización o agencia de servicio técnico (“ingeniería hospitalaria”) para poner en práctica la política de gestión de los equipos electromédicos. Esta organización debería incluir la provisión de infraestructuras adecuadas a todos los niveles del sistema de salud.
- Con respecto a las donaciones de equipos médicos, deben cumplirse una serie de condiciones, entre las que cabe destacar: los equipos deben ser potenciados antes de su entrega; el hospital receptor debe tener la necesidad de ese equipo; se debe formar al operador y a los técnicos electromédicos; deben ser siempre de una tecnología alta/media y no muy antigua; y garantizar el repuesto al menos por 5 años. (Nota: existe un reglamento para las donaciones de equipos médicos).
- Cada país debería proporcionar fondos adecuados para el sector salud y dentro de éste, deberían destinarse fondos para nuevos equipos y su funcionamiento (mantenimiento, reparaciones, energía, etc.) conforme al Plan Estratégico de Tecnología y la política de gestión de equipos electromédicos. Cuando se destina una parte considerable de los fondos al mantenimiento, el promedio de vida útil de los equipos aumentará. Es importante que todos los países apliquen esta norma, pero especialmente importante es que los países o agencias donantes garanticen igualmente su apoyo financiero: esto aumentará de forma espectacular el suministro de equipos electromédicos en todos los países en desarrollo, sin ningún gasto adicional de recursos. Hay ya algunos ejemplos de este apoyo financiero por parte de la Cooperación Financiera Alemana (del alemán Kreditanstalt fuer Wiederaufbau) en Chile, Pakistán e Indonesia.

Principales estrategias para la gestión de recursos humanos en intervenciones en salud

Staffan Bergström

Staffan Bergström es catedrático de Obstetricia y Ginecología y jefe del departamento de Salud Internacional. Instituto Karolinska. Estocolmo.

Palabras clave: migración, recursos humanos, enfermero/a, matrona, fuga de cerebros.

Resumen

Existe una serie de estrategias desafiantes para la gestión de recursos humanos en intervenciones en salud para las próximas dos décadas. Los servicios de capacitación en escuelas y universidades de ciencias médicas con frecuencia se alejan de las necesidades de salud percibidas a nivel comunitario. Raramente hay una evaluación eficaz sobre las necesidades de capacitación que den forma a expedientes académicos orientados a las necesidades. En la actualidad, el mundo se enfrenta a una clara amenaza que empuja con fuerza y arrastra factores que, sinérgicamente, reforzarán el drenaje de personal sanitario válido y costoso desde países insuficientemente abastecidos a países prósperos. Esta fuga de cerebros en curso, se debe tanto a la existencia de nuevos horizontes como a la morbilidad y mortalidad relacionadas con el SIDA. Es necesario contrarrestar la mentalidad convencional y pasada de moda de muchos profesionales sanitarios, para que los proveedores de asistencia sanitaria de mediano nivel se centren en la provisión de cirugía que puede salvar vidas. La existencia de nuevos e interesantes resultados científicos indican que esta categoría quizás represente una de las ofertas más esperanzadoras para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015 y más allá. Para poder definir los roles profesionales de las distintas categorías del personal será obligatorio llevar a cabo capacitación sobre las necesidades analizadas como cuestión clave para el progreso hacia esos Objetivos.

Antecedentes

Se están reduciendo las distancias en la cada vez más reducida “aldea global”. La difusión de información de un continente a otro es instantánea y las conexiones de internet y la globalización de toda información, aumentan la movilidad de los trabajadores sanitarios en el mundo. Esta movilidad ha sido negativa para los países empobrecidos, donde los salarios del personal sanitario están por detrás de los salarios de otros sectores. Con la creciente privatización y comercialización del sector sanitario, profesionales sanitarios de todos los niveles tienden a escapar de áreas rurales, insuficientemente abastecidas en busca de nuevos horizontes en áreas urbanas o en el extranjero. Como veremos más adelante, este proceso particularmente está amenazando a países que están luchando de la mano de los

países donantes, para reducir el gasto del gobierno en salarios y otros gastos recurrentes de los servicios públicos. La consecuencia final de este dominio es que cada vez está creciendo más la fuga de cerebros desde áreas pobremente abastecidas a áreas sobreabastecidas.^{1,2,3} Hay una clara evidencia de campañas que se han iniciado para reclutar tanto proveedores de nivel medio como médicos de Asia y África. Los resultados devastadores de la combinación de factores “que empujan” (bajos salarios, insuficiente nivel de vida y duras condiciones profesionales) y “arrastran” (generosas ofertas de ingresos y beneficios ofrecidas por los países ricos), son demasiado claros y deben ser debatidos cuando formulamos estrategias fundamentales para la gestión de recursos humanos en intervenciones en salud, especialmente en países empobrecidos y particularmente en sus áreas rurales, pobremente abastecidas.

Recursos humanos para la asistencia sanitaria

La atención que se ha prestado al desafiante concepto de “recursos humanos para la asistencia sanitaria” ha sido insuficiente. Esto fue ampliamente demostrado en el discurso pronunciado por el Director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gro Harlem Brundtland (1999), que expuso: *“tratar cuestiones como pagos e incentivos en el sector público constituye algunos de los puntos más importantes en la agenda internacional de salud”*.⁴ Se ha calculado que aproximadamente 35 millones de personas en el mundo trabajan en el sector salud y en general, el empleo en este sector se ha estancado, particularmente en los países pobres. Es obvio que se ha prestado poca atención al impacto de las reformas en recursos humanos y gestión del sector salud.

Las reformas en el sector salud tienen una serie de elementos comunes. En primer lugar, hay una separación de las funciones de compra y provisión debido a la introducción de principios de mercado. En segundo lugar, la salud es un producto en venta donde los pacientes pueden elegir y donde se pone especial énfasis en la eficacia clínica y en los resultados en salud. En tercer lugar, en muchos países obreros, los pacientes y la población han demostrado un gran escepticismo contra las reformas del sistema sanitario. Se ha argumentado que las reformas en numerosas ocasiones no han cumplido sus promesas. El proceso de privatización ha conllevado a la pérdida de trabajo en el sector público y a empobrecer o empeorar las condiciones y el pago en el sector privado, dando lugar a un grupo de trabajo desmoralizado, inseguro, estresado y explotado.

¹ Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery?. British Medical Journal 2003; 327: pp 926-928.

² Fisher JP. Third World brain drain: Brain drain must be halted. British Medical Journal 2003; 327: p. 930.

³ Latif AS. Third World brain drain: Causes of exodus need to be examined and rectified. British Medical Journal 2003; 327: p. 930.

⁴ Brundtland GH. The World Health Report 1999: Making a difference. Mensaje del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1999.

La reacción a los efectos negativos en las reformas de los servicios sanitarios se han expresado de distintas maneras. Es de gran importancia la Carta Ljubljana de la OMS (1996) sobre Reformas de Servicios Sanitarios.⁵ Esta carta explica los elementos necesarios para alcanzar servicios sanitarios de calidad en la era de las reformas sanitarias. Enumera una serie de principios fundamentales guiados por valores como la dignidad, equidad y ética profesional. Su meta global es centrarse en el principio basado en que la asistencia sanitaria debería conllevar primero y de forma destacada a una mejor salud y calidad de vida. También expone que las reformas sanitarias deben incorporar la elección y voz de los ciudadanos en lo que respecta a los cuidados y en la forma en que los servicios son designados y gestionados. Debería también haber una atención en la calidad y una clara estrategia para continuar con las mejoras. Además, debería existir también una financiación sólida y para garantizar la solidaridad, los gobiernos deberían jugar un papel crucial en garantizar y regular una financiación equitativa de los sistemas de salud.

Gestionando recursos humanos: formación previa, distribución y mantenimiento del personal sanitario

Con frecuencia hay una problemática brecha entre las necesidades de servicios sanitarios percibidas por poblaciones rurales insuficientemente abastecidas en países de bajos ingresos, y la conciencia de la existencia de dichas necesidades entre los representantes influyentes de las universidades y escuelas de medicina de estos países. La calidad de las capacidades y destrezas de los profesionales sanitarios formados en las facultades y otras instituciones formativas está obviamente determinada por la calidad y contenido de su formación. Por este motivo el área de educación y formación es crucial para el éxito o fracaso de la dotación del personal sanitario. Es obvio que la formación previa es una importante inversión por parte de los gobiernos.

La formación curricular por tanto, debería estar diseñada para preparar a los estudiantes a enfrentarse a los problemas con los recursos con los que seguramente se van a encontrar. Sin embargo, distintos factores están debilitando el valor de la inversión que hacen los gobiernos en la formación previa para los profesionales sanitarios. Esta formación previa curricular es propuesta con frecuencia, por estándares internacionales y no por la demanda de prestación de servicios local, particularmente en lo que respecta a áreas rurales. Esta es un área compleja ya que pueden acusarse críticas por mantener una mentalidad colonialista y pasada de moda. La inversión en formación es realizada por un gobierno en nombre de su gente y por tanto, es de imperativo moral que tales inversiones deberían producir resultados que beneficien a su población, no justamente beneficiando a los que reciben la formación.

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Ljubljana Charter on Health Services Reform. Ginebra: OMS. 1996.

Un ejemplo que guarda relación con lo anteriormente expuesto es la formación preponderante en obstetricia y ginecología de la mayoría de las facultades de medicina en países de bajos ingresos. Dicha formación ha copiado la impartida en países de renta media y renta alta donde predomina una orientación clínica y hospitalaria. Poca orientación se da, si es que se da alguna, sobre obstetricia comunitaria y cuidados maternos en los cursos de obstetricia y ginecología. Cuando surgen cuestiones centrales en salud sexual y reproductiva, como estrategias para reducir la mortalidad materna a nivel comunitario, la mayoría de los estudiantes e incluso destacados profesores ignoran conceptos básicos respecto a la epidemiología obstétrica con la consiguiente falta de inspiración para animar a los estudiantes a estudiar las realidades de la obstetricia a nivel comunitario. Por el contrario, se da más énfasis en las rutinas hospitalarias, en aspectos de alta tecnología orientada hacia las necesidades de los pacientes adinerados de las áreas urbanas. Incluso siendo estas tecnologías de alto nivel importantes *per se* para las personas en necesidad de las mismas, tales tecnologías no afectarán a las dramáticas necesidades de mejorar la supervivencia materna que prevalece entre los millones de mujeres pobremente asistidas en las áreas rurales de estos países.

En los países sujetos a reformas sanitarias, es con frecuencia una realidad, la mala distribución de los recursos humanos en salud. Los profesionales sanitarios son formados en hospitales con limitadas oportunidades para tener experiencias en las comunidades debido a limitaciones financieras y de transporte, y los graduados con frecuencia prefieren permanecer trabajando en el entorno en el que han sido formados. El creciente prestigio de la formación sanitaria también convierte el empleo en hospitales más atractivo para los graduados e implica la oportunidad de trabajar junto a colegas de la profesión y ser más visibles para aquellos que se encargan de la promoción o selección para una formación superior. La consecuencia es que con frecuencia, los gobiernos encuentran cada vez más difícil atraer y retener personal a nivel de atención primaria en las áreas rurales.

La mala distribución del personal sanitario se refleja en las dificultades para mantener dicho personal en las áreas donde han sido destinados. La retención de este personal está influenciada por cuestiones relacionadas con la trayectoria profesional, niveles salariales, planes de incentivos, condiciones del servicio y otros factores similares. Con frecuencia se conoce que un requisito previo para retener a personal sanitario es un adecuado paquete de recompensa. Si los niveles de pago están en o por debajo de los niveles de subsistencia, el personal sanitario podría verse motivado al pluriempleo para ganar suficiente dinero que le permita mantenerse a él o ella y a sus familias. Las diferencias en salarios pueden jugar aquí un papel significativo ya que discrepancias pueden ser totalmente dramáticas. En Angola algunos médicos en el sector privado pueden ganar una suma de dinero por hora similar a un salario mensual del gobierno.⁶ En Camboya una matrona puede ganar 25 dólares al mes, similar a lo que podría ganar atendiendo a un solo parto o aborto de forma privada (Bergström, observaciones no publicadas).

⁶ Ferrinho P. How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning* 1998; 13: pp 332-338.

Dirigiendo la evaluación de las necesidades de capacitación o formación: una cuestión clave

Es una realidad que en muchas universidades y escuelas de ciencias médicas se le confiere poca oportunidad al hecho de cuestionarse y explorar determinadas realidades fuera de las áreas urbanas y esta tendencia implica, una pobre preparación en la primera línea de los servicios de salud públicos. A esto se le suma que los tutores en escuelas gubernamentales generalmente tienen pobres oportunidades en sus carreras y es poco probable que disfruten de oportunidades de promoción o selección para una posterior formación o asistir a conferencias en el extranjero.

Las instituciones de formación previa en salud tienen que mantenerse al corriente de los cambios en los protocolos de los servicios de salud y de cómo los graduados están actualmente actuando en el terreno. Se debería considerar como requisito previo para cualquier formación que se esté en permanente contacto con las realidades que se dan fuera de las facultades. Si se pretende mejorar la formación y que esta mejora se mantenga en el tiempo y si, las instituciones formativas han de contribuir eficazmente a la calidad de la prestación de los servicios, necesitan ser socios activos de los gestores de prestación de servicios.

La capacidad institucional para formar, implica que las instituciones formativas y los formadores tienen que desarrollar experiencia en llevar a cabo evaluaciones de las necesidades de formación, de forma que sean capaces de hacer recomendaciones sobre si un problema particular podrá ser solucionado a través de formación y puedan definir exactamente cómo esta formación tratará el problema. Esto significa también la habilidad de diseñar programas formativos, métodos y materiales pedagógicos para poder así tener una influencia directa en el problema identificado.

El flujo de los recursos humanos para la asistencia sanitaria: los factores que “empujan” y “arrastran”.

La necesidad de recursos humanos para la asistencia sanitaria refleja la demanda de ésta por parte de la población y las expectativas de las personas en la utilización de servicios sanitarios asequibles. Se pueden mencionar como factores importantes que “empujan”, las severas condiciones del personal sanitario y la frustración profesional. Un componente crucial del desempeño de la administración es el importante proceso de revisar regularmente qué ha logrado un trabajador para así proporcionarle orientación y ayudarlo a determinar cómo puede mejorar su actuación y los resultados de su trabajo. Esa supervisión tiende a ser débil, con frecuencia con carencia de recursos y raramente se apoya.

Pasando a los factores que “arrastran”, hay una tendencia obvia y manifiesta de aumentar el reclutamiento de personal sanitario cualificado desde diversos países de renta baja hacia partes del mundo acomodadas. Estas campañas sistemáticas para reclutar este per-

sonal pueden tener un impacto devastador en los recursos humanos de los países empobrecidos. En el intento de trabajar para “poner freno a la fuga de cerebros”, se ha tratado incluso de establecer una serie de requisitos para “un reclutamiento ético desde el extranjero”.⁷

Es creciente el reconocimiento de que se necesita cada vez más personal sanitario para hacer frente a la población anciana en los países ricos. Existe un fuerte indicio de que este factor de “arrastre” va ganando fuerza y poder.

Las dos fugas de cerebro predominantes: pérdidas por el SIDA y por la búsqueda de nuevos horizontes

Cuando la OMS publicó la encuesta sobre migración global de médicos quedó claro que la fuga de cerebros era un continuo problema.⁸ La pérdida de recursos humanos en países como la India, Filipinas, Sudáfrica y América Latina fue escandalosa y temporalmente, Estados Unidos y otros países ricos adoptaron normas y regulaciones que hicieron más difícil a los médicos de países de baja renta entrar en el mercado laboral de dichos países.

Los servicios sanitarios del gobierno de la mayoría de los países pobres tienen recursos muy limitados para los salarios. Esto implica que los doctores en los servicios gubernamentales ganan mucho menos de lo que ganarían en la práctica privada. Pocas veces cursos, exámenes y perspectivas de promoción tienen un impacto favorable en los individuos pertenecientes a los servicios sanitarios del gobierno.

Otra causa de fuga de profesionales sanitarios formados se debe al advenimiento de la infección por VIH y SIDA. Muchos informes indican que esta fuga de personal sanitario tiende a superar el número de profesionales reclutados y formados.

Un problema creciente, también entre el personal sanitario, es el absentismo laboral debido a funerales o severos problemas de salud entre sus familiares. Este absentismo laboral impacta de forma negativa en el trabajo de otros miembros del personal e incluso afecta al trabajo de todo el equipo en su conjunto. Un estudio provocador en Ghana señaló una pérdida de poco menos de dos semanas al año por enfermero.⁹ Un estudio similar en Zambia señaló a nivel de distrito, una media de un mes de ausencia al año por enfermero, sumando un coste total de 220.000 dólares para el distrito.¹⁰

⁷ Ibid 1.

⁸ Ibid 3.

⁹ Doulo D, Sagoe K, Ntow S, Wellington E. Ghana Case study: staff performance management in reforming health systems. Ghana: Ministerio de Salud. 1998.

¹⁰ Informe no publicado: Study of nurse absence in Ndola district. Zambia. 2000.

Los proveedores de nivel medio de la asistencia sanitaria: una categoría clave para el futuro

¿Qué opciones hay para contrarrestar la carencia de recursos humanos en áreas rurales desatendidas?. ¿Qué estrategias hay, y cuál es la evidencia científica de sus presumibles resultados?. Hay dos tendencias interesantes en América Latina que están mejorando el papel de enfermeros, matronas y otros proveedores de nivel medio. La primera tendencia es que numerosos países tienden a suprimir sus dos años de formación extendiéndolo a un título de tres años para enfermeros. Esto obviamente sigue la tendencia de los países de renta alta de promover la formación de enfermeros y matronas para lograr un nivel académico. Los países de baja renta tienden a seguir esta tendencia, que ciertamente mejora la calidad de estos proveedores de nivel medio, pero por otro lado, tiende a disminuir drásticamente la salida de estos enfermeros. Esto es especialmente llamativo en la atención primaria de salud, ya que los enfermeros y matronas cualificados tienden a ser más apreciados y a tener mejores condiciones en las sociedades urbanas. El riesgo de fuga de cerebros en busca de nuevos horizontes quizás también juegue aquí su papel.

La segunda tendencia es que los médicos son tan escasos, que la adquisición de habilidades quirúrgicas que pueden salvar vidas se ha convertido en una opción muy fructífera y costo-efectiva. Esto es especialmente importante en países en situación de guerra reciente y en países donde no hay médicos con estas habilidades en salud materna.

Ambas cuestiones o tendencias son controvertidas. El impacto negativo que supone la prolongación de la formación de los enfermeros de dos a tres años contrarresta la disponibilidad de proveedores de nivel medio en general, y en áreas rurales en particular. Incluso si representan una mayor calidad, el número aportado es completamente insuficiente. La controversia sobre delegar habilidades quirúrgicas que podrían salvar vidas a proveedores de nivel medio puede contemplarse en países como Mozambique, Tanzania, Malawi y Burkina Faso, donde a éstos se les ha delegado la tarea de desempeñar intervenciones quirúrgicas, convencionalmente en manos de médicos.

En Mozambique el programa de formación en “técnico de cirugía” se inició en 1984 y ha formado aproximadamente a 60 individuos en habilidades de cirugía mayor. Hay dos estudios que recogen los resultados postoperatorios de sus intervenciones,^{11,12} en los que se ha documentado la calidad de los cuidados ofrecidas. Resultó que en partos por cesáreas tienen una capacidad quirúrgica similar a la de los especialistas en ginecología y obstetricia. Se ha demostrado también que la calidad de los obstetras externos es sorprendente, con una mortalidad postoperatoria extremadamente baja en más de 10.000 casos examinados.

¹¹ Pereira C, Bugalho A, Bergström S, Vaz F, Cotiro M. A comparative study of cesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *The British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 103: pp 508-512.

¹² Vaz F, Bergström S, Da Luz Vaz M, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77: pp 688-690.

En conclusión, parece haber una serie de estrategias desafiantes para gestionar los recursos humanos en intervenciones en salud en las dos próximas décadas. En primer lugar, parece evidente que los fuertes factores que “empujan” y “arrastran” mutuamente reforzarán la fuga de personal sanitario valioso y caro de países desatendidos a países acomodados. En segundo lugar, se percibe una resistencia entre la clase médica de abandonar la ya obsoleta mentalidad sobre la utilización racional de los recursos humanos, que supone la formación de enfermeros y matronas en habilidades quirúrgicas que pueden salvar vidas. Hay una clara contradicción entre esta perspectiva y los objetivos demasiado optimistas inherentes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En lo que se refiere al campo de la maternidad, estos objetivos comprenden una reducción del 75% de la tasa de mortalidad materna con respecto a 1990. Esto significa que estamos hablando de casi una reducción imaginaria del 75% en 11 años desde ahora. Sin embargo, hasta la fecha no hemos visto en absoluto que la mortalidad materna se haya reducido de forma significativa y convincente de manera global. Parecería obvio para la mayoría de nosotros que una de las estrategias principales para manejar estos desafíos fuera replantearse las responsabilidades del personal sanitario y redefinir la delegación de habilidades con la consiguiente redefinición de servicios de formación previa a distintos niveles.

¿Quién habla a favor de la salud de los niños y adolescentes desde los gobiernos nacionales de todo el mundo?

Albert Ansley-Green

Albert Ansley-Green es director clínico nacional para los niños y presidente de *National Children's Taskforce* del Servicio Nacional de Salud, Londres; Catedrático de Salud Infantil, Universidad de Londres; y consultor honorario de *Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust*.

Resumen

Los niños son la fuente más preciosa del mundo. En países de occidente, el descenso de la natalidad ha generado gran preocupación sobre la vitalidad de las naciones en el futuro. En los países en desarrollo, la supervivencia y las consecuencias a largo plazo de los niños están comprometidas por la pobreza. El propósito de esta ponencia es generar cuestiones a cerca de cómo los gobiernos de los distintos países consideran la importancia que tienen los niños y la infancia y cómo definen políticas para mejorar la vida y la salud de los niños. ¿Cómo afecta a las políticas gubernamentales el diferente valor que se le da en las distintas culturas y sociedades a los niños, la infancia y la crianza de los hijos?, ¿se defiende realmente la edad temprana en contra de las presiones que suponen las prioridades de los adultos?, ¿pediatras y enfermeros deberían ser políticamente activos hablando en defensa de las necesidades de los niños y jóvenes?

En esta ponencia se ofrece una perspectiva personal de la actual situación de los niños en Inglaterra. Se pregunta por qué los niños son importantes, si éstos reciben un trato correcto o si los servicios de salud relacionados con ellos son adecuados. Esta ponencia examina cómo los niños y la infancia han sido valorados a lo largo de los siglos, centrándose en la era Victoriana hasta hoy. Revisa las oportunidades para mejorar la vida y la salud de niños y jóvenes creadas por el actual Gobierno Laborista, y enfatiza que el cambio sólo ocurrirá a través de una defensa eficaz de los niños y sus servicios a nivel local.

Introducción

En esta ponencia se plantean las siguientes cuestiones:

1. ¿Por qué son importantes los niños?
2. ¿Reciben actualmente los niños un buen trato?
3. ¿Son adecuados nuestros servicios relacionados con la salud para los niños?
4. ¿Cuál es el contexto de las iniciativas del gobierno inglés, qué factores determinan estas iniciativas, y en qué consisten?
5. ¿Cómo puede el personal dedicado a los niños, trabajando en colaboración con los padres, y los mismos niños y jóvenes, usar estos documentos de políticas para mejorar la provisión de servicios?

El ser humano nace indefenso y vulnerable y depende para su supervivencia, de los cuidados proporcionados por sus cuidadores y en especial de su madre. Nada importa más a las familias que las perspectivas de futuro de sus hijos. Es más, el personal que trabaja con los niños lo hace porque ama a los niños y se interesa enormemente por ellos, preocupado en aliviar el sufrimiento y la discapacidad y hacer frente a las desigualdades y desventajas. Tristemente, en Inglaterra ha habido hasta ahora un desequilibrio entre la atención expresada por los niños en las familias y la dedicación del personal dedicado a ellos, con una falta de preocupación para con los infantes en los sucesivos gobiernos. Esto se refleja en la invisibilidad hasta hace bien poco, de los niños como grupo prioritario en la política gubernamental.

¿Por qué son importantes los niños?

Hay argumentos que deben ponerse en orden para convencer de que los niños son realmente importantes. De este modo:

- Nada importa más a las familias que la salud, bienestar y el éxito de sus hijos.
- Los niños son el alma de la nación y son vitales para la supervivencia personal y nacional. En algunas partes del mundo los gobiernos están llegando al pánico a medida que se van dando cuenta de las implicaciones económicas que supone este sesgo en la distribución de la población. Actualmente en Japón la población por encima de 70 años es mayor que la población por debajo de 10 años.
- La pobreza es la influencia más desfavorable en la vida y la salud de los niños, incluso en occidente. El informe de Acheson (1998) en *Desigualdades en Salud en el Reino Unido*, puso de relieve las crecientes desigualdades en salud, riqueza y logros en nuestra sociedad “desarrollada”. Los efectos de la pobreza son destructivos e incluyen:
 - Dificultad en el acceso a los servicios mayoritarios.
 - Una de las mayores tasas de embarazo en adolescentes de Europa.
 - Bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad infantil y admisiones de hospitales.
 - Desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna en algunas comunidades, asociado con obesidad en la infancia tardía.
 - Un fracaso a la hora de garantizar inmunización y salud dental adecuados.
 - Un entorno físico de viviendas pobres, tabaquismo, contaminación, daño y crimen.
 - Fracaso de una adecuada protección para los niños. Un buen ejemplo de éstos es la reciente publicación de una investigación nacional (*The Laming Inquiry, 2003*) desencadenado por el asesinato de una niña negra inmigrante, Victoria Climbié, que debería provocar escándalo e indignación en la sociedad por el fracaso de dicha protección.
 - Los logros en la educación proporcionada a los niños son pobres, en los casos

en los que ha sido facilitada. La sociedad está fracasando a la hora de dar a estos niños las habilidades necesarias para ser adultos competentes y responsables.

- Finalmente, el impacto de la pobreza en la esperanza de vida es inaceptable. Un niño que nace hoy en algunas salas de pediatría de Portsmouth vivirá diez años menos que otro niño nacido en la próspera Hampshire. El Reino Unido es el cuarto país más rico del mundo, ¿se preocupa alguien de la pobreza de los niños?.

- Niños sanos se convierten en adultos sanos y muchas enfermedades de los adultos tienen sus raíces en la infancia. Barker (1998) argumenta, a partir de registros de peso al nacer y crecimiento temprano en la infancia (recogidos cuidadosamente), que enfermedades como la hipertensión arterial, infartos y otras enfermedades cardíacas tienen sus raíces en la nutrición que esas personas recibieron antes e inmediatamente después de nacer.
- La actual pandemia de obesidad que se está extendiendo en los países occidentales es el mejor ejemplo para explicar cómo los antecedentes en la infancia influyen en las enfermedades de los adultos. Los recursos sanitarios se verán pronto presionados por los efectos de la obesidad que están desarrollando actualmente niños a edad temprana.

Por consiguiente, hay razones poderosas que explican por qué los niños deberían ser el centro de acción de los gobiernos dándoles prioridad política y recursos adecuados. Tristemente ha habido hasta ahora un desequilibrio entre las preocupaciones expresadas por las familias a cerca de sus hijos y la falta de interés por los sucesivos gobiernos del Reino Unido por los niños. ¿Por qué es esto así?, ¿por qué los gobiernos recientes no han asumido compromisos por el bienestar de los niños?, ¿hay pistas o indicios que se puedan encontrar del estudio de la historia de los niños y la infancia?.

La historia de la infancia

Lloyd de Mause (1980), uno de los primeros interesados en la historia de la infancia, ha resumido su punto de vista sucintamente: *“La historia de la infancia es una pesadilla de la que sólo recientemente hemos empezado a despertar. Mientras más retrocede uno en la historia, más bajo es el cuidado de los niños y más posibilidades tenían éstos de ser asesinados, abandonados, golpeados, atemorizados y ser víctimas de abusos sexuales”*.

Este es un punto de vista crudo y deprimente de la infancia. Mientras los niños ingleses están saliendo de esta pesadilla, esta norma se mantiene aún para muchos niños en el mundo.

Se ha argumentado que nuestra actual construcción de la infancia es el resultado de la invención de la prensa en la edad media. Esto transformó a la sociedad y creó una división

social entre cultos y analfabetos. En este momento y por primera vez, la infancia aparece con el tiempo para aprender a leer y escribir y convertirse en adultos temerosos de dios.

Filósofos como John Locke propusieron que la mente de un niño era una “pizarra blanca” y que era responsabilidad de los adultos lo que en ella se escribiera. Por su parte, Jean Jacques Rousseau argumentó que el niño es un sujeto de importancia basada en su propio derecho. Este enfoque de los derechos del hombre en general fue el cimiento de la Revolución Francesa, pero Rousseau hizo hincapié específicamente en los derechos del niño y en la importancia de que los niños deberían aprender a través de la experiencia.

La importancia de los padres y de la crianza también surge en el siglo XVII. Los padres eran identificados como los responsables de que sus hijos se hicieran adultos cultos y temerosos de dios.

En mi opinión, hasta 1800, la “caldera de la infancia” se caracterizaba por una brutalidad extrema y la explotación de los niños, suavizada por el Siglo de las Luces.

Los cambios que se produjeron en la sociedad Victoriana durante el siglo XIX ejercieron un impacto catastrófico en los niños. Este fue el periodo más turbulento de la historia inglesa, en el que destacan la industrialización, la urbanización y una masiva explosión demográfica, asociadas con la aparición de riqueza y pobreza extremas.

En las grandes ciudades la mitad de los bebés morían de inmundicia, desatendidos e ignorados, esto acompañado de una dieta y agua pobres y de enfermedades como diarreas, sarampión, tosferina, difteria, viruela y tuberculosis. En niños de mayor edad, los accidentes eran (y persisten hoy día) la causa más importante de muerte y discapacidad. Se empleaban niños como “tramperos” en las minas de carbón para que mantuvieran las puertas abiertas y así permitiera al vagón de carbón pasar y de ese modo mantener el flujo de aire a través de la mina de carbón. Niños de incluso hasta 4 años de edad trabajaban 14 horas diarias en la oscuridad, en condiciones inexplicables, con frecuencia perdidos en los laberintos, golpeados, abusados, propensos a tener accidentes, discapacitados y frecuentemente condenados a una muerte temprana.

Las circunstancias sociales de los barrios de las ciudades se caracterizaban por la pobreza y el hacinamiento, llevando a los niños a la miseria y a la indigencia. Los niños quedaban huérfanos, abandonados, desatendidos con la única opción de valerse por sí mismos. Niños de la calle, bandas de merodeadores, ladrones, buscadores de desperdicios y “la prostitución”, eran la norma en las comunidades pobres, asociado esto con una pobre salud, enfermedad y hambre.

El impacto de la sociedad victoriana en la vida y salud de los niños escandalizó a intelectuales clave, de forma que se convirtieron en reformadores sociales e hicieron estallar la era de la filantropía. Esto transformó la vida de los niños situándolos fuera de las atroces circunstancias de trabajo y dándoles la educación establecida por ley.

¿Reciben actualmente un buen trato los niños en Inglaterra?

Bajo mi punto de vista, nuestra sociedad actual está experimentando turbulencias similares a las que se produjeron en la era victoriana pero por razones diferentes. Es cierto que ha tenido lugar una mejora importante en la supervivencia de los niños. La mayoría de los niños se convierten en adultos competentes y productivos para la sociedad con vidas enriquecidas. Sin embargo, hay un creciente número de niños que no se han beneficiado, incluso se han dado cambios dramáticos en la sociedad entre los que cabe citar: un aumento en las desigualdades en riqueza, salud y educación, con un incremento a lo largo de los años de la brecha existente entre los niños ricos y pobres de la sociedad; aparición de una sociedad multicultural; caída de la tasa de natalidad; el colapso de los valores de la familia tradicional y un creciente número de niños viviendo en familias monoparentales; niños que nacen en la cultura del crimen y un progresivo aumento del número de menores que cometen delitos; y explotación sexual de niños, prostitución infantil y la propagación del abuso de menores debido a la pornografía internacional.

Asociado a esto se sitúa la ambivalencia de la sociedad inglesa para con los niños y jóvenes que se hace evidente de muchas formas. A modo de ejemplo está la invisibilidad de los adolescentes en la atención sanitaria, ya que sólo existe un médico en toda Inglaterra que se haya formado a tiempo completo en las necesidades médicas de los adolescentes. ¿Por qué tenemos tantos menores que han cometido delitos y están presos?, y ¿quién se preocupa de sus necesidades emocionales, psiquiátricas, de salud y educación?.

Otro ejemplo de nuestra ambivalencia es la invisibilidad de los niños discapacitados y la ignorancia de sus necesidades. ¿Quién se preocupa de los niños que requieren una educación especial?.

Un último ejemplo sobre nuestra ambivalencia es el hecho de que hay un deseo de ignorar los efectos de la pobreza en la vida y salud de los niños, cuyas consecuencias se han descrito anteriormente.

Nuestra nación ha fracasado hasta ahora en reconocer que los niños tienen derechos humanos. Inglaterra ha sido uno de los pocos países europeos que hasta el presente año (2004) no ha tomado el valiente paso de designar un defensor parlamentario o comisario responsable de proteger los derechos de los niños.

Todo esto me lleva a proponer que las actuales dificultades que afrontan los niños y los servicios de éstos reflejan la baja posición y el poco valor que se concede a los niños y jóvenes en la sociedad contemporánea.

Para ser realmente provocativo, pregunto ¿dónde está ahora el debate intelectual, la defensa eficaz por los niños que caracterizó a la era victoriana?, ¿a quién le importan los niños?.

¿Son adecuados nuestros servicios para los niños y cuáles son los factores determinantes del cambio?

Se han extraído críticas clave de informes como el de Sir Ian Kennedy's National o el de Lord Laming sobre el asesinato de Victoria Climbié. Entre las críticas se encuentran: el cuidado de los niños siempre está dominado por las demandas de servicios centrales de los adultos; falta de conciencia de la existencia de individuos vulnerables; ignorancia de derechos que demandan protección; calidad en los cuidados inferior a la que debería ser; fragmentación y falta de *responsabilidad*; escasez de planificación eficaz; fracaso en la escucha a los pacientes y cuidadores; y déficit de *liderazgo* eficaz.

De especial importancia es la falta de responsabilidad por los servicios de los niños a cualquier nivel, desde el gobierno central hasta niveles locales y el fracaso del personal dedicado a los niños en proporcionar liderazgo a sus servicios. A pesar de la feroz acusación de la posición que ocupan los servicios para la salud y asistencia social de los niños, ¿a quién le importa todavía? ¿dónde está el escándalo intelectual sobre los efectos de la sociedad contemporánea en la problemática vida de tantos niños?.

El contexto político actual

El actual gobierno Laborista en Inglaterra está haciendo por los niños más que cualquier otro gobierno en los últimos 50 años. Actualmente, existe un equipo nacional de trabajo dirigido a las necesidades de los niños, un director clínico nacional para ellos y por primera vez se ha nombrado un Ministro para niños, jóvenes y la familia. Además, se ha publicado la primera parte de "*Getting the Right Start*", marco del servicio nacional para niños, jóvenes y servicios de maternidad. Se ha provisto al Servicio Nacional de Salud de recursos económicos para mejorar los servicios de salud mental de niños y adolescentes y servicios de cuidados intensivos neonatales.

Bajo cualquier criterio, hay un admirable y rápido progreso que incluye:

- Políticas macroeconómicas centradas en el desempleo, desigualdades y en la mejora de los ingresos de las familias a través de impuestos.
- Renovación de vecindarios tanto en áreas rurales como urbanas.
- Programas específicos por parte del gobierno que, entre otros, incluyen: inversión en educación; definición de una estrategia gubernamental transversal para niños y jóvenes por parte de la Unidad de niños y gente joven; la Fundación para niños, produciéndose una interacción más cercana con el voluntariado; "un comienzo seguro" y centrado en los primeros años de vida; una revisión transversal de las desigualdades y un Tribunal de Justicia de jóvenes centrado en los delincuentes jóvenes y en la responsabilidad de los padres en prevenir el delito.

La cuestión que deben plantearse los ministros, sin embargo, es la de por qué, aparentemente existe falta de voluntad para asumir estos cambios y compromisos para con los

niños. Aunque los niños no puedan votar, los padres y sobretodo los abuelos, se identifican con la causa de la infancia y cualquier gobierno que quiera tener resonancia en los votantes, debe representar este compromiso. ¿Por qué el gobierno no está asumiendo y mostrando sus logros hasta la fecha?.

El grupo de trabajo para los niños y el marco del servicio nacional

El equipo de trabajo para los niños se estableció en noviembre de 2000. Tiene 37 miembros procedentes de áreas de la salud, servicios sociales, educación, gestión, organizaciones voluntarias y no gubernamentales junto con una cohorte de funcionarios del gobierno de gran talento.

Está encargado de tres aspectos:

- Definir una estrategia para atraer a los niños y jóvenes y sus cuidadores como asociados en el desarrollo de servicios relacionados con la salud. Esto se está tomando muy en serio y un programa de eventos y actividades se ha puesto en marcha para asegurar que todos los productos están informados según la visión de los niños, jóvenes y sus familias.
- Proporcionar una visión futura de los servicios para los niños a través de la construcción del Marco del Servicio Nacional para los niños.
- Atraer activamente personal para hacer frente y mejorar las prácticas actuales.

El marco del servicio nacional establece estándares de cuidados (que deben ser implementados), para mejorar la calidad y reducir las inaceptables variaciones en el acceso a los servicios de salud y los resultados en salud que se derivan de éstas. Este marco del servicio nacional está compuesto por un equipo de aproximadamente 300 compañeros a lo largo de todo el país que trabajan congregados en ocho grupos expertos de trabajo: servicios de hospital; el niño enfermo; servicios de maternidad; salud mental y bienestar psicológico de niños y jóvenes; niños con circunstancias especiales; niños discapacitados; el niño y la joven persona saludable; y medicinas para los niños.

¿Qué queremos lograr a través del marco del servicio nacional?

Nosotros queremos mejorar la vida y la salud de niños y jóvenes a través del suministro apropiado, integrado, efectivo, basado en la evidencia y necesidades, al frente de servicios que al mismo tiempo son accesibles y, mejorando las experiencias y la satisfacción de los niños, jóvenes y sus cuidadores con los servicios proporcionados para ellos.

¿Cómo vamos a mejorar la prestación de los servicios a través del marco del servicio nacional?

Mediante tres principios:

- Convirtiendo al niño en el centro de los servicios.
- Considerando siempre el “niño como un todo” (el entrecruzamiento entre salud, cuidado social y educación- la vida del niño).
- Adoptando un enfoque basado en las necesidades.

Estos conceptos tan sencillos son fácilmente discutibles pero complicados de llevar a la práctica, ya que todos requieren la existencia de asociaciones, buena comunicación y salir de los actuales silos y búnkers que definen y coartan a profesionales individuales y agencias.

Nosotros ofrecemos como un instrumento práctico el concepto de “la jornada de un niño”. Alentamos a los profesionales sanitarios que en su práctica diaria, consideren las circunstancias que han podido traer a un niño a sus servicios y los distintos momentos por los que un niño pasará a lo largo de una jornada. De esta forma, se podrán identificar las necesidades y considerar las competencias necesarias para enfrentarse a éstas.

Los requisitos previos para desarrollar servicios locales integrados constituyen la “triada operacional” de *información* a cerca de los niños de la localidad (epidemiología, demografía, provisión de servicios en curso, personal laboral y gasto), *estrategia*, incluyendo la creación de asociaciones locales estratégicas, y *servicios de desarrollo integrados*, a través de redes gestionadas de cuidados supervisadas por equipos locales que abarcan las agencias clave, profesionales, organizaciones voluntarias y consumidores.

Cada niño importa- el libro verde de los niños

En el libro verde de los niños (*The children's green paper*) recientemente publicado bajo el título *Every child matters*, se proponen importantes oportunidades y se establece una ambiciosa agenda gubernamental transversal para los niños. Se proponen cinco resultados clave: estar sanos y salvos, lograr el disfrute y el placer, hacer una contribución positiva y asegurar el bienestar económico.

Estos objetivos se alcanzarán apoyando a los padres y cuidadores en intervenciones tempranas y protección eficaz, responsabilidad, integración de las actividades de las agencias clave y mediante reformas en el personal laboral.

¿Cuáles son los obstáculos para mejorar los servicios para los niños?

De las muchas visitas a lo largo de toda Inglaterra, mi conclusión es que hay una inadecuada capacidad en la mente de los colegas responsables de la salud local y otros servi-

cios para entender los servicios infantiles, las cuestiones que afectan a la vida y salud de los niños y las necesidades especiales por ser niños.

La corriente dominante no está tomando en serio a los niños, jóvenes y sus familias en los procesos locales y nacionales. En reuniones, me he visto a mí mismo preguntando en repetidas ocasiones: ¿qué pasa con los niños? o ¿qué significa esto para los niños?. Simplemente los niños no son considerados cuando se toman las grandes decisiones políticas, son un accesorio. La voz de los niños está ausente, sin nadie que defienda sus necesidades en comités clave y foros donde se crean políticas.

También existe una inadecuada capacidad para definir, organizar y gestionar una estrategia, y para entender las necesidades especiales de los niños en los procesos de contratación, inspección, auditoría y gestión de servicios.

Finalmente, todos mis colegas están considerablemente orgullosos sobre su dedicación a los pacientes y sus familias. Muchos de mis colegas han ido literalmente temprano a la tumba debido a su duro trabajo y compromiso para con los niños. Sin embargo no es suficiente por más dedicación, la *defensa* es también necesaria. Un éxito real depende de tener las mejores facilidades y recursos para nuestros servicios. Para esto, tenemos que hablar realmente de las necesidades de los niños y sus familias y esto significa, claramente entender de política.

¿Qué se tiene que hacer ahora?

Los documentos sobre este tipo de políticas no provocan cambios por sí mismos. Debe tirarse de las siguientes “palancas” simultáneamente:

- Un mayor entendimiento y rigor en la contratación de los servicios infantiles.
- Inspecciones formales de los servicios.
- Escuchar la voz de los niños, jóvenes y familias, y estar seguros de que sus necesidades están representadas realmente en los niveles más altos de las jerarquías locales.
- Clara responsabilidad en la gestión de los servicios.
- Inversión en estrategias, liderazgo y capacidad organizativa.

De todas estas, las palabras clave son liderazgo y responsabilidad.

Relevancia Internacional

Internacionalmente todos nos estamos enfrentando a los mismos problemas a la hora de garantizar la prestación de servicios seguros y eficaces, y hay una necesidad crucial por parte de todos los gobiernos de comprometerse con los niños, jóvenes y familias, desarrollando políticas eficaces y recursos para la modernización y mejora de los servicios.

Quizás esta narración puede ser usada para dar lugar a discusiones en países individuales. ¿Cuál es la historia de los niños y la infancia en los distintos países? ¿Cómo valoran las diferentes culturas la importancia de los niños, de los jóvenes y sus familias?. ¿Existe la necesidad de hacer balance de cómo los gobiernos de todo el mundo definen sus políticas para niños y jóvenes?. ¿Qué se puede aprender de la comparación internacional de políticas?. ¿Cómo se hace en la práctica el trabajo de defensa?

Conclusiones

He enumerado brevemente algunos puntos que permiten comprender mejor la historia de los niños y de la infancia, enfatizando y apoyando el comentario de Lloyd de Mause (1986) sobre la salida de los países occidentales de la “pesadilla” de la infancia. Esta pesadilla es aún la norma para la mayoría de los niños del mundo. Mi argumento es que el caos que existe actualmente en la sociedad inglesa contemporánea está generando nuevas y perniciosas influencias en los niños. Sin embargo, ¿dónde está el debate intelectual sobre estas influencias?, ¿cuál es la responsabilidad individual del personal, instituciones infantiles, hospitales y departamentos para defender eficazmente a los niños, jóvenes y familias?, ¿cómo se puede aprovechar el poder intelectual de instituciones académicas para mejorar los conocimientos sobre la vida de los niños y la salud y abrir nuevas vías para la enseñanza y capacitación multi-profesional?.

A pesar de las dificultades y escándalos en Inglaterra, el gobierno se está centrando actualmente en los niños de forma importante. El tiempo dirá si el nuevo Ministro para el niño y la familia y su dirección serán capaces de influenciar en la política del Gobierno y dirigir una adecuada asignación de recursos para los servicios infantiles y darles un justo enfoque. Es tarea nuestra traducir las finas palabras de la política en una acción real para mejorar los servicios que mejor puedan ser prestados a los niños, jóvenes y familias. No es tiempo para recrear el “movimiento por los niños “ que caracterizó a la era Victoriana.

Agradecimientos

Agradezco las contribuciones a esta ponencia a los escritos de las muchas autoridades que citan en la bibliografía. Los he recopilado y he dado mi propia interpretación. Las interpretaciones y puntos de vista son míos y no representan la opinión oficial de ningún gobierno.

Bibliografía

1. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Londres: The Stationery Office. 1998.
2. Ackroyd P. Dickens: Public Life & Private Passion. Nueva York: St. Martin's Press. 2002.
3. Ariès P. Centuries of Childhood. Peregrines Books.1986.

4. Aynsley-Green A, Barker M, Burr S, Macfarlane A, Morgan J, Sibert J, et al. Who is speaking for children and adolescents and for their health at the policy level?. *British Medical Journal* 2000; 321:pp 229-232.
5. Aynsley-Green A. Is all well with children and childhood and the health-related services provided for them in contemporary society?, Historical context and new opportunities. *Current Paediatrics* 2004;14 (2): pp 145-153.
6. Barker D.J.P. *Mothers, babies and health in later life*. Londres: Churchill Livingstone. 1998.
7. Berwick MD. Disseminating Innovations in Health Care. *The Journal of the American Medical Association* 2003; 289: pp 1967-1975.
8. Bradshaw J. *The Well-being of Children in the United Kingdom*. Londres: Save the Children. 2002.
9. Children's and young people Unit. *Learning to Listen: Core Principles for the Involvement of Children and Young People*. Londres: Department of Education and Skills. 2002.
10. Cleverley J, Phillips DC. *Visions of Childhood – Influential Models from Locke to Spock*. Nueva York: Teachers College Press. 1986.
11. Colón AR, Colón PA. *Nurturing Children: A History of Pediatrics*. Conneticut: Greenwood Publishing. 1999.
12. Critser G. *Fat Land: How Americans Became the Fattest People in the World*. Boston: Houghton Mifflin Company. 2003.
13. De Mause L. *The History of Childhood: The Evolution of Parent-Child Relationships as a Factor in History*. Londres: Souvenir Press. 1980.
14. Department for Education and skills. *Every Child Matters: Next Steps*. Londres: Department for Education and Skills. 2004.
15. Department for Education and Skills. *Together from the Start: Practical guidance for professionals working with disabled children (birth to 2) and their families*. Londres: Department for Education and Skills. 2002.
16. Department of Health. *Getting the Right Start – The National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services – Emerging Findings*. Londres: Department of Health. 2003.
17. Department of Health. *Neonatal Intensive Care Review – A Strategy for Improvement*. Londres: Department of Health. 2003.
18. Department of Health. *Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel*. Londres: Department of Health. 2003.

19. Department of Health. Paediatric and Congenital Cardiac Services Review – Londres: The Stationery Office. 2002.
20. Department of Health. Seeking Consent: Working with children. www.doh.gov.uk/consent
21. Department of Health. Tackling Health Inequalities–A Programme for Action. Londres: Department of Health. 2003.
22. Department of Health. The NHS Plan–A plan for investment, a plan for action. Londres: Department of Health, 2000.
23. Duckworth J. Fagin’s Children: Criminal Children in Victorian England. Londres: Hambledon and London. 2002.
24. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not?. Nueva York: Aldine de Gruyter. 1994.
25. Gallop A. Children of the Dark: life and death underground in Victoria’s England. Sutton Publishing. 2003.
26. Hardyment C. Dream Babies. Oxford: Oxford University Press. 1984.
27. Her Majesty’s Treasury. Children’s Green Paper: Every Child matters. Londres: The Stationery Office. 2003.
28. Hertzman C, McLean SA, Kohen DE, Dunn J, Evans J. Early Development in Vancouver: Report of the Community Asset Mapping Project. Canadá: University of British Columbia. 2002.
29. Kosky J. Mutual Friends: Charles Dickens & Great Ormond Street Children’s Hospital. Londres: George Weidenfeld and Nicholson. 1989.
30. Laming Lord H. The Victoria Climbié Inquiry. Londres: The Stationery Office. 2003.
31. Mayall B. Towards a Sociology for Childhood: Thinking from Children’s Lives. Reino Unido: Open University Press. 2002.
32. McCleary GF. The Early History of the Infant Welfare Movement. Londres: HK Lewis & Co Ltd. 1933.
33. Mitchels B, Prince A. The Children Act & Medical Practice. Bristol: Jordan & Sons. 1992.
34. National Health Service. Better Hospital Food Programme: Services for Children and Young Adults. Londres: The Stationery Office. 2003.
35. National Health Service. Improving the patient experience–Friendly healthcare environments for Children and Young People. Londres: The Stationery Office. 2003.
36. Newell P. Taking Children Seriously: A Proposal for a Children’s Rights Commissioner. Londres: Calouste Gulbenkian Foundation. 2000.

37. Rogers EM. Diffusion of Innovations. IV Edición. Nueva York: Free Press.1995
38. Orme N. Medieval Children. New Haven y Londres: Yale University Press. 2001.
35. Phaire T. The Boke of Children. Edimburgo y Londres: E & S Livingstone. 1995.
40. Postman N. The Disappearance of Childhood. Washington: Vintage Books. 1994.
41. Scraton P. Childhood in 'Crisis'?. Londres: UCL Press. 1997.
42. Stoate H, Jones B. All's Well that Starts Well. Londres: The Fabian Society. 2002.
43. Strauch B. Why are they so weird? – What's really going on in a teenager's brain?.Londres: Bloomsbury Publishing. 2004.
44. Taylor L, Taylor M. "What are Children For?". Londres: Short Books. 2003.
45. The National Youth Agency. Involving Children and Young People – An Introduction. Londres: Department for Education and Skills. 2003.
46. Walvin J. A Child's World: A Social History of English Childhood 1800-1914. Middlesex (Reino Unido): Penguin Books. 1982.
47. Williams R. Lost Icons: Reflections on Cultural Bereavement. Edimburgo: T & T Clark. 2000.
48. Winnicott DW. The Child, the Family, and the Outside World. Cambridge: Perseus Publishing.1964.

Comentario:

El niño jamás debe considerarse un adulto pequeño.

Comentario:

La cooperación internacional tendrá poco impacto sobre la salud si no cambian las condiciones de vida de las poblaciones más pobres y pueden acceder a las vacunas y otras intervenciones esenciales.

Comentario:

¿Hay alguna propuesta para crear algún organismo que centralice las donaciones de equipos médicos?.

Comentario:

Para hacer cirugía mayor, hace falta un mínimo de infraestructura, ¿cómo garantizar estas condiciones a los proveedores de nivel medio si hay médicos que no tienen las condiciones adecuadas de trabajo?.

Comentario:

Existe cinismo y complicidad por parte de los países desarrollados con respecto a la fuga de cerebros.

Comentario:

La formación de proveedores de nivel medio soluciona de forma extraordinaria el problema de la falta de médicos en estos países y además, la calidad de la atención es muy buena.

Comentario:

Las agencias de cooperación han de tener en cuenta en todo momento las circunstancias sociales y culturales del país.

Comentario:

Hay que transformar la relación donante-receptor y pasar del asistencialismo que genera dependencia, a la colaboración entre las partes implicadas.

Comentario:

Todas las intervenciones deben prestar una atención especial a aquellos segmentos de la población más vulnerables.

Capítulo III

Acceso a las intervenciones en materia de Salud

Este bloque temático se inicia con la exposición por parte de varios ponentes en lo relativo a las experiencias de distintos sistemas de salud y modalidades de cobertura sanitaria en países de baja renta. Tal es el caso de la intervención de Humberto Sergio Costa Lima, que al igual que Ministra de Salud de Sudáfrica, Manto Tshabalala-Msimang, hace un repaso histórico de la situación política y sanitaria de su país, para poder explicar el proceso que conllevó a la instauración en Brasil del “Sistema Único de Salud”. Este modelo se muestra como ejemplo de un sistema que ofrece garantía institucional de acceso integrado y universal a la salud a poblaciones excluidas y marginadas. Tshabalala-Msimang, expone los retos a los que se enfrentó el país cuando se instauró la democracia, los avances en materia sanitaria hasta la fecha, los principales desafíos con los que se encuentra el actual gobierno y los compromisos del gobierno para invertir en nuevas intervenciones.

El problema que supone el acceso a las vacunas, medicamentos esenciales y medicamentos para el tratamiento de la malaria, tuberculosis y SIDA, es tratado por varios ponentes desde distintas perspectivas y desde sus propias experiencias.

Paul Herrling nos ofrece una panorámica de la situación actual en materia de desarrollo de nuevos fármacos, reconociendo al igual que numerosos ponentes y participantes durante el desarrollo del diálogo, el grave problema que supone el acceso a medicamentos en los países en desarrollo. Expone el caso concreto del Instituto Novartis ubicado en Singapur, como contribución de Novartis Internacional al descubrimiento de nuevos tratamientos para las principales enfermedades tropicales. Tore Godal, subraya en su ponencia, la gran repercusión que tiene para la salud una intervención tan concreta como es la inmunización y la contribución de ésta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Expone como ejemplo la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización, un nuevo tipo de cooperación del sector público y privado, cuyo propósito es proporcionar apoyo financiero para que los países más pobres del mundo mejoren los servicios de vacunación e introduciendo nuevas vacunas o subutilizadas.

Richard Scheffler, revisa por un lado, la situación actual de la industria farmacéutica a escala mundial y el estado actual del acceso a medicamentos, especialmente centrado en el contexto de las necesidades sanitarias de los países en desarrollo. Por otro, considera las posibilidades que existen para la colaboración público-privada como medio para mejorar el acceso a medicamentos y vacunas e intensificar los esfuerzos de investigación dirigidos a prioridades clave de salud pública en el mundo en desarrollo.

Germán Velásquez, centra su ponencia en los derechos de propiedad intelectual, un problema conflictivo y en continuo debate a escala mundial, que supone una amenaza para el acceso a medicamentos, a millones de personas en todo el mundo. Se expone la Declaración de Doha como ejemplo de un acuerdo multilateral, que tiene como propósito

aliviar las tensiones entre los derechos de propiedad intelectual y salud pública, y que reconoce el derecho de los países a tomar medidas para promover el acceso a medicamentos por encima de la obligación de proteger los citados derechos.

Bernard Pécoul pone de relieve en su comunicación, los numerosos factores que afectan al acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo, especialmente aquellos que se consideran obstáculos prioritarios: precios excesivos, falta de fabricación de algunos medicamentos y falta de investigación y desarrollo de fármacos para el tratamiento de enfermedades comunes en estos países. Como ejemplo de iniciativa dirigida a hacer frente a este último obstáculo, describe la Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas a la que representa, donde la investigación está guiada por las necesidades médicas y no por los beneficios que se derivan de la inversión.

Este bloque temático termina con el discurso de Kerstin Leitner, que como representante de la Organización Mundial de la Salud, muestra la visión de este organismo sobre la salud y desarrollo, siempre bajo la perspectiva de la salud como derecho humano.

La gestión de poblaciones excluidas y marginadas

Humberto Sergio Costa Lima.

Humberto Sergio Costa Lima es ministro de Salud de Brasil.

Resumen

Durante la mayor parte del siglo XX, Salud y Desarrollo han sido temas que han tenido poco en común. La tendencia de médicos y economistas ha sido la de ignorarse mutuamente sin obstaculizar sus respectivas actividades profesionales. El Informe de Marc Lalonde, la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, y la primera Conferencia Mundial en Promoción de la Salud, crearon las condiciones para unir estos dos temas. El Convenio marco sobre el control del tabaco, el Consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre lactancia materna y nutrición, actividad física y otras cuestiones de la salud, son ejemplos de la convergencia en curso de salud y desarrollo, que en Brasil, es esencial para reflexionar sobre el presente y futuro del país. Debido a que la salud no se consideraba esencial para el desarrollo, la histórica exclusión social fue llevada a extremos. La necesidad de superar esta situación forzó a las autoridades a la creación y puesta en marcha en 1988 de un “Sistema Único de Salud” (SUS) que proporcionó garantía institucional de acceso integrado y universal a la salud a 60 millones de personas (40% de la población del país en aquel momento) excluidas de las relaciones formales con el estado.

Ponencia

El análisis de las agendas del Departamento Sanitario Panamericano, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS, demuestra que la preocupación por cuestiones de desarrollo es un tanto reciente. De la misma manera, los debates a cerca de cuestiones económicas y comerciales, que siempre eran incluidas como subtemas del grupo de desarrollo, nunca contemplaron los denominados temas sociales, entre los que la salud sostiene una posición importante.

Médicos y economistas tendían a ignorarse sin obstaculizar sus respectivas actividades profesionales. La malaria y la fiebre amarilla, la diabetes e hipertensión arterial parecían no tener impacto en materias como el empleo e inversiones, balanza de pagos o deuda externa.

A pesar de que no hay dudas en que la definición de salud incluida en los estatutos de la OMS hace mención a un completo bienestar físico, mental y social, de forma que pueda ser interpretado como referencia a la ausencia de privaciones, suministro de alimentos

nutritivos y agua potable, así como a hacer frente satisfactoriamente a las necesidades básicas de la población en áreas de saneamiento, empleo, transporte y comunicaciones, esta definición no es bien recibida dentro de ciertos sectores médicos, que la consideran demasiado amplia e ineficiente para definir sus actividades. Tampoco tal definición es aceptada por los economistas que defienden la postura de que mejorando los indicadores sociales, se deja una estela tras la cual se produce la expansión económica. Durante el periodo del gobierno militar en Brasil, que marcó los años 70 y más adelante, y que se llegó a conocer como la era del “milagro económico”, esta visión se agravó aún más tras la decisión de orientar la producción económica al mercado exterior. Las consecuencias de esta decisión fueron el empobrecimiento de las familias agrícolas, migración del campo a la ciudad y un crecimiento descontrolado de las ciudades más importantes.

A nivel internacional, el Informe de Marc Lalonde, la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, y la Primera Conferencia Mundial en Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986, crearon las condiciones requeridas para la convergencia de estas dos posiciones hacia un terreno común: salud sin desarrollo fue considerada imposible, mientras que desarrollo sin salud no era más que una idea abstracta de limitado interés. Más tarde, el ciclo de conferencias de las Naciones Unidas sobre temas sociales, que culminó en la Conferencia del Milenio y en la Conferencia sobre Desarrollo sostenible, estableció el eslabón esencial entre salud y desarrollo: por un lado, una amplia aceptación del concepto de promoción de la salud y por el otro, la incorporación de cuestiones relacionadas con la salud en la agenda de desarrollo.

En estos primeros años del siglo actual, el tema de salud y desarrollo ha tomado su lugar sin duda como un nuevo tema en las agendas de foros especializados en salud y de instituciones económicas y comerciales. Para los países en desarrollo, este nuevo enfoque ha tenido lugar dentro del marco de una situación epidemiológica de enfermedades creciente y compleja. A las numerosas enfermedades infecto-contagiosas tan características de los países del hemisferio sur, se ha unido una constelación de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas a los sistemas endocrino y cardiovascular encontradas en los países del hemisferio norte. Los países en desarrollo no pueden por más tiempo limitar sus actividades preventivas y asistenciales al primer grupo de enfermedades transmisibles, así como tampoco pueden ignorar la carga de enfermedad de las enfermedades crónicas o no transmisibles en el sistema nacional de salud. Las cuestiones relativas a la salud de un país siempre deben ser tomadas en cuenta en la planificación y ejecución de su política de desarrollo.

Como ejemplo de la convergencia de salud y desarrollo, es suficiente poner de relieve el debate generado por la estrategia OMS concerniente a la dieta, actividad física y salud que fue presentada al Comité Ejecutivo de la Organización en su sesión 113 en enero de 2004, y claramente tuvieron lugar posiciones opuestas en un enfrentamiento cara a cara. En aquella ocasión, las delegaciones de países desarrollados con una fuerte capacidad productiva de la industria alimentaria presentaron críticas metodológicas a la estrategia OMS, cuestionando la naturaleza científica del documento. Al mismo tiempo, delegaciones de países en desarrollo, exportadores de productos básicos para la industria alimentaria,

defendieron el argumento de que la pobreza y el hambre eran problemas mucho más serios para sus habitantes que las dietas responsables del empeoramiento del problema de la obesidad.

En el tiempo, la delegación brasileña constató su preocupación por la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo y particularmente en Brasil, dando un sonoro apoyo a la estrategia de la OMS, enfatizando que sus recomendaciones estaban en conformidad con la política nacional sobre alimentación y nutrición. Sin embargo, cuando el Ministro brasileño de Agricultura presentó una visión diferente que no estaba en consonancia con los términos de la resolución y que no consideraba la dieta como una cuestión multisectorial, el gobierno brasileño emitió un Decreto Presidencial creando una Comisión Interministerial compuesta por representantes de los 14 ministerios. Esta Comisión está encargada de la tarea de desarrollar la posición del gobierno brasileño en el tema y someterlo a la rama ejecutiva para su consideración, junto con recomendaciones de medidas específicas que deben tomarse en el interés de alcanzar convergencia en los temas de salud y desarrollo.

En el caso de las estrategias OMS, las controversias entre salud e intereses económicos no eran nuevas. El debate generado por las recomendaciones realizadas por el sector de la industria de reducir el mínimo periodo de lactancia materna previo al cambio a una alimentación artificial, se encontró con una intensa resistencia dentro de la OMS. La presentación de evidencia epidemiológica de los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el hijo, incluso durante un periodo de tiempo más prolongado, fue un factor decisivo que llevó a la OMS a rechazar la recomendación.

En la misma línea, el Convenio Marco sobre el Control de Tabaco y las negociaciones que llevaron a la adopción del texto en la LVI Asamblea de la OMS en mayo de 2003, representaron un momento decisivo para la convergencia de temas relacionados con la salud, la economía y el comercio. La necesidad de proteger a futuras generaciones de los efectos devastadores del tabaco obtuvo como resultado un compromiso sin precedentes, no para reducir el suministro, sino para restringir la demanda de un producto no sólo asociado a la pobreza sino a altas tasas de enfermedad y mortalidad.

En los dos casos anteriormente expuestos, queda claro que salud y desarrollo comparten una agenda común y que es imposible el desarrollo de un país si no se consideran los efectos de la economía, el comercio y la industria en la salud. La introducción en la agenda de Naciones Unidas de temas relacionados con la salud, como el tabaco o el VIH/SIDA, revela la creciente preocupación por parte de los políticos sobre la crisis del sistema sanitario, que posteriormente se ha visto agravada por servicios centrados en el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas.

Desde el punto de vista brasileño, el diálogo “salud y desarrollo” es esencial para reflexionar sobre el presente y futuro del país. Nuestra historia siempre ha estado marcada por la exclusión y la desigualdad. Ni siquiera el fuerte crecimiento económico que se produjo en Brasil en la segunda mitad del siglo pasado, fue suficiente para situar al país entre los paí-

ses desarrollados del mundo o para resolver el problema de la exclusión social. Al mismo tiempo y esto es aún mucho peor, todo el proceso resultó en una brutal estructura de concentración de ingresos.

El intenso proceso de urbanización e industrialización de Brasil ha contribuido de forma significativa al perfil epidemiológico de la nación. Hacia 1930, las enfermedades transmisibles explicaban el 45% de todas las muertes en las capitales del estado, mientras que los problemas circulatorios fueron responsables de tan solo el 11,8% de las muertes. En 2001, los estudios demostraron un cambio radical en este perfil, ya que las enfermedades transmisibles justificaron solo el 5,2% y los problemas circulatorios un 31,3%. Hoy día, las causas externas (accidentes y violencia) están prácticamente empatadas con el cáncer como la segunda causa de muerte, justificando cada una de ellas aproximadamente un 13% del total de muertes. Estos cambios han creado un perfil epidemiológico muy complejo, en el que algunas enfermedades transmisibles muy comunes en el país, se han visto superadas por enfermedades no transmisibles, accidentes y violencia.

Hacia finales de 1980, los esfuerzos para hacer frente a la situación de la salud en Brasil estaban como mínimo fragmentados. No había un sistema nacional de salud en el sentido estricto del término. El sistema público estaba centralizado a nivel federal y se componía de dos redes distintas: una, diseñada para proporcionar asistencia a la población incluida en el sector formal de la economía y financiada por empresarios y empleados mediante la contribución de impuestos, y la otra, orientada a la salud pública, financiada con fondos federales y dedicada al control de enfermedades endémicas, mientras que ofrecía servicios muy limitados a los grupos de población más desfavorecidos, incluyendo obviamente aquellos que no estaban cubiertos por el mercado formal del trabajo. Los estados, municipios e instituciones caritativas en cambio, proporcionaron servicios a los grupos de población pobres pero lo hicieron de forma muy fragmentada y descoordinada, la mayoría dispensando servicios de baja calidad.

Tras veinte años de dictadura, se restableció la democracia en Brasil y en 1988 se promulgó una nueva Constitución. Por primera vez los estatutos básicos de la nación se concentraron en cuestiones de naturaleza social, dando prioridad al sector salud. Esto conllevó a la creación del sistema público denominado “Sistema Único de Salud” (SUS) en 1990. Este sistema se basa en los principios de acceso universal, servicios integrales y en la búsqueda de la equidad en los servicios de salud ofrecidos, e indudablemente, ha sido la política pública que ha generado el proceso de inclusión social de mayor alcance en Brasil en los años recientes. De esta forma, se confirió la garantía constitucional de que esto era un derecho fundamental de la ciudadanía, a 60 millones de brasileños (40% de la población en aquel tiempo), que previamente no habían tenido acceso a asistencia sanitaria.

El SUS tomó la tarea de regular la promoción, protección y restablecimiento de la salud de la población, así como la de financiación y organización de los correspondientes servicios. Unificando las dos redes de asistencia antes citadas, el SUS universalizó la cobertura de la asistencia sanitaria incorporando a toda la población. Los recursos financieros necesarios para desempeñar esta tarea nunca se hicieron completamente disponibles e incluso

hoy día, la situación brasileña está marcada por gastos en salud por debajo de los estándares de países con niveles mayores o similares de desarrollo. A pesar de que estas restricciones no han obstaculizado el logro de importantes conquistas, como veremos más adelante, no se puede negar que una visión de la realidad estrecha y esencialmente orientada a la economía, basada en el entendimiento de que salud y desarrollo no tienen nada en común, todavía predomina en algunos círculos y tendrá que ser evidentemente superada.

Además de los principios citados más arriba, el SUS tiene tres directrices. En primer lugar, descentralización, con una coordinación unificada en cada uno de los niveles del gobierno (municipio, estado y nación). En segundo lugar, estructuras de asistencia jerarquizadas, con la admisión a través de servicios de atención primaria o servicios de urgencias, seguido de una serie de servicios de progresiva complejidad. En tercer lugar, un control social basado en la participación de la comunidad en la supervisión del funcionamiento del sistema y definición de las líneas políticas generales.

Uno debe además recalcar que el SUS fue creado en un tiempo en el que las ideas neoliberales de ajuste estructural de las economías, reducciones en las funciones del estado y el papel del mercado en la regulación de las relaciones sociales, estaban empujando al mundo y al continente americano a un marco de creciente globalización. No obstante, en Brasil, la presión social ha obligado a las autoridades del gobierno a seguir un camino que se mueva en dirección opuesta al neoliberalismo, poniendo énfasis en el fortalecimiento del sector público, ampliando el gasto y universalizando nuevos servicios. En este contexto, la creación y puesta en marcha del SUS representó la mayor reforma propuesta en el Estado de Brasil, poniendo un punto final a las históricas exclusiones.

En un marco en el que millones de personas son excluidas del acceso a los servicios de salud, el principio de universalidad en el contexto del SUS significa un desarrollo prioritario de la atención primaria y por consiguiente, la creación y puesta en práctica del Programa de Salud Familiar, que atrae la asistencia directamente a las comunidades. Este es un programa formado por un equipo multidisciplinar que trabaja a tiempo completo, proporcionando atención primaria de salud a la población en áreas geográficas específicas, con capacidad de resolver hasta un 90% de los problemas de salud de la comunidad. La atención primaria de salud proporcionada a través de este programa es sin embargo, una parte del SUS. Pero siendo realistas, la atención primaria de salud junto a los servicios de urgencias, es la puerta a un sistema regionalizado y coordinado que asegura el acceso de los usuarios a servicios de mediano y alto nivel de complejidad.

El principio de atención completa a la salud ha llevado al SUS a construir un sistema de salud supervisado y de prevención de enfermedades, que ha alcanzado grandes progresos en el control de importantes patologías como el sarampión, poliomielitis, dengue, malaria y enfermedad de Chagas, así como programas de gran éxito en áreas como el VIH/SIDA y la hepatitis.

También con respecto a un abordaje integral de los problemas de salud, el SUS ha desarrollado medidas de promoción de la salud mediante el fortalecimiento de áreas de orientación relacionadas con la dieta, estilos de vida y actividad física. En este contexto, se

debería dar énfasis al programa nacional contra el tabaco, reconocido como una de las políticas públicas que han generado mayor impacto social en el país.

Los principios de universalidad y abordaje integral han contribuido conjuntamente a la reducción de los problemas de salud. Sin embargo, tales diferencias todavía existen y es en el área de la asistencia sanitaria donde estos problemas se vuelven más visibles y crueles. El contrasentido entre aquellos que tienen acceso y aquellos que no, sigue siendo un serio problema.

La atención primaria de calidad está garantizada y es posible para la práctica mayoría de la población brasileña, particularmente a través del Programa de Salud Familiar.

A su vez, la asistencia de alto nivel es universalmente garantizada, proporcionando una corriente de servicios de alto coste. A modo de ejemplo, la política nacional de trasplantes de órganos y tejidos garantiza que el 92% de estos procedimientos son costeados por el sector público. De igual forma, trasplantes de riñones, cirugía cardíaca, tratamientos oncológicos y el acceso a prótesis son proporcionados gratuitamente a todos los brasileños sin distinción de clase, color, raza, sexo, creencias religiosas o estatus social. Como ejemplo de esta equidad, el acceso a medicamentos y productos de alto coste es universal y gratuito. El tratamiento para patologías como anemia, cáncer, enanismo hipofisario, enfermedad de Gaucher y otras enfermedades poco frecuentes, está garantizado y disponible de forma gratuita para todos los pacientes.

Aún persiste lo que se ha denominado “cuello de botella” en los servicios de complejidad media, como cirugía electiva, exámenes complementarios, consultas médicas especializadas. Es importante señalar que en Brasil, la atención primaria de salud y los servicios de alta complejidad están garantizados por el sector público sin competencia alguna por parte del sector privado. Pero por otro lado, los servicios de complejidad media son proporcionados tanto por el sector público como por el sector privado. La estrategia SUS trata de priorizar en los dos extremos del sistema, concentrando los recursos en aquellas áreas en las que el sector privado no opera o proporciona un servicio insuficiente. Un buen ejemplo de los problemas encontrados en los servicios de asistencia de segundo nivel es el descoordinado funcionamiento de las unidades de emergencia. Hasta hace poco tiempo, no había un servicio de emergencias nacional extra hospitalario. La consecuencia fue una gran presión en los servicios de cuidados intensivos y la congestión de los hospitales en general. Las listas de espera de los médicos se hicieron interminables, así como para exámenes complementarios y cirugía electiva. Es reconocido que estos servicios tienen peor calidad y muy baja capacidad de resolver los problemas.

También hay otras contradicciones que deben ser consideradas. Una está relacionada con el área de los medicamentos. Aproximadamente un tercio de la población brasileña no tiene acceso a medicamentos. Esta contradicción se hace más clara cuando uno compara la situación de cobertura universal para medicamentos de alto coste con la escasez de medicamentos de bajo coste, incluyendo aquellas que se utilizan en una amplia variedad de terapias.

¿Cuáles son las posibles fuentes de esta contradicción (inclusión de la atención primaria y servicios de alta complejidad, dificultades en la provisión de servicios de complejidad media y la exclusión del acceso a medicamentos de aproximadamente un tercio de la población) en el contexto de un sistema de salud que fue creado para poner un punto final a tales injusticias?. La incorporación de tecnologías constituye un ejemplo de fuente de contradicción. El progreso tecnológico se ha incorporado de forma rápida y descoordinada y se concentra en grandes centros urbanos, siguiendo lo que es considerado la lógica del mercado. Otra fuente de contradicción se encuentra en el sistema de asistencia suplementario ofrecido por el sector privado y concentrado en servicios de mediana complejidad, donde los operadores de este sistema rechazan la provisión de servicios de alto coste, transfiriendo esta responsabilidad al sector público. En este marco, el sector privado se apropia de recursos públicos que podrían ser utilizados de forma que garantizaran y ofrecieran asistencia secundaria a esa parte de la población efectivamente excluida del sistema. Otra fuente de contradicción es el limitado poder de los grupos excluidos de presionar para aguantar en el sistema, ya que no son capaces de desarrollar mecanismos eficaces de defensa de sus intereses. La situación puede llegar a hacerse incluso más compleja como resultado de las enormes presiones ejercidas por la industria farmacéutica, incluidas medidas judiciales, para forzar al SUS a comprar medicinas de alto coste para que sean distribuidas gratuitamente a la población. Finalmente, mencionar el hecho de que es imposible para el estado priorizar en un amplio espectro de servicios. Todas estas fuentes de contradicciones generan distorsiones en la financiación de las actividades esenciales que el SUS ha priorizado.

A la luz de todas estas contradicciones y problemas en el sistema y en vista de la situación global de salud en Brasil, el Presidente del Gobierno Luiz Inácio Lula da Silva ha definido cuatro objetivos estratégicos importantes:

1. Garantizar el acceso a los servicios de salud a la población, con el primer objetivo de expandir la atención primaria de salud a través del Programa de Salud Familiar, con énfasis en áreas de difícil acceso, baja densidad de población y niveles bajos de desarrollo humano.
2. Garantizar el acceso a las medicinas, con énfasis en la distribución gratuita a través de la red de salud pública, junto con la puesta en práctica del *people's pharmacy program*. Con respecto a este programa, es importante recalcar que las farmacias se instalarán en regiones con mayores niveles de pobreza y desigualdades sociales.
3. Control de enfermedades endémicas, especialmente tuberculosis, enfermedad de Hansen y malaria. Para el caso de la enfermedad de Hansen, el objetivo definido por el gobierno es eliminar la enfermedad para finales de 2005. En lo concerniente a la tuberculosis, el objetivo es alcanzar una tasa de curación del 85% de los casos diagnosticados.
4. Mejora de la calidad de los servicios, con la total reestructuración de los servicios de urgencias y emergencias, expandir el acceso a los servicios de asistencia secundarios

y reducir las listas de espera para las consultas de especialistas y cirugía electiva, todo esto asociado con la humanización de las actividades asistenciales, así como una profunda reforma de todo el sistema hospitalario del país.

El presente año se ha visto marcado por los primeros pasos en trasladar estos objetivos estratégicos en medidas concretas y de alto impacto, como el Programa Nacional de Salud Bucal. Durante años, Brasil ha sido el blanco de numerosos adjetivos, uno de ellos es el de “país de los desdentados”. Una parte significativa de la población ha perdido sus dientes como resultado de la combinación de una alimentación pobre, falta de higiene y falta de tratamiento especializado. Mucha gente joven nunca ha estado en un dentista. Este programa también es un camino para la inclusión social. Involucra un amplio despliegue de actividades, como la expansión de equipos de salud bucodental encargados de proveer servicios básicos, puesta en marcha de centros odontológicos especializados por todo el territorio nacional, distribución gratuita de material para la salud bucal, adición de flúor al suministro de agua y acceso a prótesis, con la promesa última de traer una revolución sin precedentes en el campo de la salud bucal en Brasil.

En referencia a la reestructuración y regulación de los sistemas de urgencias y emergencias, debería mencionarse la creación de Servicio Móvil de Emergencias (SAMU/192) en abril de este año. Este sistema se va a implementar en 1.700 municipios, proporcionando cobertura a 118 millones de personas y se espera que mejore de forma significativa la asistencia de emergencia, mientras que ayuda en la descongestión de la red hospitalaria y reduce tanto el número de muertes como los periodos de hospitalización.

Un programa con impacto significativo en lo que respecta a la inclusión social, es el programa de salud mental que se ha diseñado para sustituir el sistema tradicional de hospitalizaciones, con una red de unidades ambulatorias que tendrán la primera misión de recuperar la salud de los pacientes y de reinsertarlos en la sociedad.

Otra cuestión que merece atención es el fuerte progreso que se ha hecho para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las tasas de mortalidad infantil, por ejemplo, se han reducido de 47,5 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 28 por 1.000 nacidos vivos en 2002, esto supone una reducción del 41%. La mortalidad materna pasó de 114 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 75,1 por 100.000 nacidos vivos en 2002. Nuestro programa de VIH/SIDA garantiza a todas las personas infectadas el tratamiento antirretroviral y ha desarrollado una serie de medidas preventivas que tienen como objetivo reducir la propagación de la epidemia. Como se ha mencionado anteriormente, la tuberculosis y la malaria han sido objeto de programas específicos cuyo propósito era alcanzar reducciones importantes en el número de personas que sufren el impacto de estas enfermedades a la vez que mejorar la eficacia de los tratamientos.

La expansión del acceso a los servicios básicos de salud es mucho más que una simple cuestión de retórica en un país marcado por tales injusticias como Brasil. Por esta razón, uno debe insistir en que esta expansión no puede ser obstruida por razones económicas o comerciales, ni tampoco por barreras creadas en el campo de los derechos intelectuales. La cuestión del acceso a los servicios de salud y a los medicamentos debe ser consi-

derada prioritaria, por encima de todo, en los países en desarrollo, y no puede ser examinado exclusivamente en términos de aspectos administrativos y organizacionales. El alto coste de los medicamentos, con frecuencia muy por encima del precio de costo, crea un serio “cuello de botella” para los sistemas de salud pública. Más que optar por administrar los problemas de las poblaciones excluidas y marginadas, deberíamos hacer el esfuerzo de realmente incluirlos. No es una cuestión de simple administración como si no fueran más que estadísticas inertes, si no que es preferible hacer el esfuerzo consciente de incluirlos en nuestras sociedades con todos los derechos que se merecen.

Acceso a intervenciones esenciales para toda la población

Manto Tshabalala-Msimang

Manto Tshabalala-Msimang es ministra de Salud de Sudáfrica.

En esta ponencia se exponen los logros y retos en los últimos diez años en el continente africano, especialmente en Sudáfrica.

Se hace un breve repaso del contexto político reinante previo a las elecciones democráticas en el citado país. Antes de los comicios electorales, el congreso nacional africano puso en marcha un programa de reconstrucción a través de un proceso de participación masiva de todos los africanos, que se convirtió en el marco socio-económico que guió la política del nuevo gobierno, en el que se le otorgaba al problema de la salud y el desarrollo un enfoque global. El congreso nacional africano llevó a cabo un programa de política sanitaria para Sudáfrica post-apartheid.

La ponente critica que a menudo, debido al milagro de la liberación y reconciliación que se produjo en Sudáfrica, la comunidad internacional se olvida de las terribles condiciones en las que se encontraba el país cuando se instauró el gobierno democrático: un país totalmente dividido por la raza, una minoría blanca que disfrutaba de un desarrollo social y económico (y que contaba con todos los privilegios del sistema), una mayoría negra marginada y un gran atraso y subdesarrollo.

Esta ponencia, explica brevemente los retos a los que se enfrentaba el país cuando la democracia llegó al poder, entre los que se destaca el desafío que supuso vencer la fragmentación reinante ya que, había trece departamentos divididos por razas que se integraron en un único sistema nacional; proceder a la descentralización de los servicios sanitarios, así como la instauración por parte del gobierno en 1994, de un sistema gratuito para mujeres y niños, en el contexto de un país con grandes desigualdades en el acceso a los servicios de salud. En 1996 se instauró un sistema sanitario básico para todos y en 2003, se introdujeron servicios dirigidos a los discapacitados, acabando con las barreras que existían en los mismos, se procedió a la construcción y mejora de dispensarios, se aumentó el gasto en atención primaria de salud, en formación de recursos humanos y rehabilitación y construcción de hospitales. También se llevaron a cabo programas de nutrición en las escuelas, fortalecimiento de alimentos y programas de inmunización.

Con respecto al VIH/SIDA, se exponen en la ponencia una serie de acciones que se han llevado o se están llevando a la práctica, entre las que destacan:

- Plan estratégico de cinco años.
- Campañas de prevención de SIDA.
- Distribución gratuita de preservativos.
- Plan de intervenciones en enfermedades oportunistas.

- Programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
- Plan integral de tratamiento para incluir el acceso libre a los medicamentos antirretrovirales para todos aquellos que lo necesiten.
- Seguimiento y control de los pacientes.

En 1996 se desarrolló una política nacional de medicamentos, que se reconoció como ley en 1997 (ley nacional de medicamentos). Por otro lado, en 2004 se estableció una regulación de los precios de los medicamentos, hecho que condujo a las principales compañías farmacéuticas a denunciar al gobierno de Sudáfrica, que fue llevado a los tribunales.

Además de las actuaciones que se realizan en la actualidad, se recoge el compromiso del gobierno para invertir en nuevas intervenciones. A modo de ejemplo, el gobierno está apoyando la Iniciativa Sudafricana para la vacuna del VIH y el programa conjunto de Europa y países en desarrollo sobre ensayos clínicos, entre otros.

Sudáfrica es un país activo en la coordinación de la salud e interviene en iniciativas regionales como la Comunidad de desarrollo del África Austral, o la Nueva Alianza para el Desarrollo Africano (NEPAD, por sus siglas en inglés), que reconoce la relación salud-pobreza.

Se describen grandes desafíos como:

- La promoción de la salud.
- La sostenibilidad de los recursos financieros.
- El problema de los recursos humanos en el sector salud.
- El alivio de la pobreza y defensa de la equidad.
- Asociaciones público-privadas.
- La rehabilitación de infraestructuras.
- Promoción de la igualdad de género.
- Fortalecimiento del sistema de salud.
- Hacer frente a la transición epidemiológica y a la doble carga que supone la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles (o enfermedades de la pobreza y de la riqueza respectivamente).

La ponente pone especial énfasis en la importancia que tiene eliminar las barreras que obstaculizan el acceso de la población a los servicios de salud, la necesidad de promover la salud y educación, de invertir en nutrición y aliviar la pobreza, así como la importancia de las leyes como instrumentos poderosos. Además, confiere a la mujer el papel de “motor y centro del desarrollo”.

Se subraya la necesidad de un sistema de coordinación y evaluación internacional de la ayuda al desarrollo, la importancia de tener instituciones democráticas y un buen gobierno en todos los países, para gozar de sistemas de salud eficaces y equitativos.

Y finalmente se señala la obligación moral que tenemos todos para mejorar el acceso a los servicios básicos en salud para los más pobres y grupos vulnerables.

Avances farmacológicos y científicos y su impacto en las enfermedades de los países en desarrollo

Paul L. Herrling

Paul L. Herrling es jefe de Investigación Corporativa de Novartis Internacional. Basilea.

En esta ponencia se ofrece una panorámica de la situación actual en materia de desarrollo de nuevos fármacos.

En primer lugar, se hace referencia a los grandes avances que se han producido en el conocimiento biomédico y en las tecnologías, que permiten actualmente hacer frente a la gran complejidad de procesos biológicos y se señala, la importancia de considerar y entender que la salud y la enfermedad son fruto de la interacción entre genoma y medioambiente. El ponente afirma que en ocasiones será más fácil modificar los “defectos” genéticos o “factores de riesgo” que el comportamiento de las personas o el medioambiente.

Se explica brevemente la estrategia que se utiliza para descubrir medicamentos, que comienza con el conocimiento de los factores genéticos asociados con la enfermedad, la comprensión de las consecuencias funcionales de la misma, la selección de dónde debe intervenir el fármaco para tratarla y poder así, encontrar la herramienta adecuada para modificar el defecto. Todo este proceso tiene una duración aproximada de 5 a 7 años y es un proceso multidisciplinar que involucra desde docenas a cientos de especialistas.

El ponente reconoce que el acceso a medicamentos en los países en desarrollo es un problema grave y complejo, que se debe principalmente al elevado coste de los mismos, problemas en la distribución, aspectos culturales y de analfabetismo y a la falta de investigación sobre enfermedades endémicas en los países más pobres. Tradicionalmente las compañías farmacéuticas invierten sólo donde existen mercados amplios y rentables, pero las sociedades desarrolladas han evolucionado y aceptado cierta responsabilidad para con el mundo en desarrollo. Esto ha provocado que los accionistas de las compañías farmacéuticas actualmente acepten que parte de los beneficios se asignen a paliar el problema de acceso a medicamentos.

Con el objetivo de descubrir nuevos medicamentos para enfermedades prevalentes en los países en desarrollo, se creó el Instituto Novartis para enfermedades tropicales. Está ubicado en Singapur y pretende establecer una red de trabajo con institutos internacionales de medicina tropical.

La misión del instituto es descubrir nuevos tratamientos y métodos preventivos para las principales enfermedades tropicales, comenzando por el dengue y la tuberculosis; pretende que los tratamientos se puedan conseguir rápidamente y sin ánimo de lucro, en aquellos países en desarrollo donde la enfermedad sea endémica; así como reclutar los mejores científicos en el mundo y ofrecer oportunidades de formación.

Este instituto se encarga de la parte inicial del proceso de investigación, antes del ensayo en humanos, que será el momento en el cual trabajará en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, la Alianza global para la tuberculosis, la Fundación Bill y Melinda Gates, Pharma Novartis, etc.

El ponente termina su ponencia afirmando que *“tanto los países desarrollados como en desarrollo se beneficiarán de este nuevo instituto, parte esencial de la contribución global de Novartis para minimizar la carga de enfermedad de las naciones en desarrollo”*.

Cómo garantizar estrategias de vacunas sostenibles a escala mundial

Tore Godal

Tore Godal es secretario de la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI). Ginebra.

El ponente subraya en esta comunicación, los aspectos positivos de la inmunización y el reto que supone el acceso a una de las herramientas más poderosas de salud pública que han existido: las vacunas.

Se estima que cada año, 30 millones de niños carecen de acceso a vacunación. Por consiguiente, 2,7 millones de niños y jóvenes mueren cada año de una enfermedad que hubiera podido ser fácilmente evitada. Además, un mayor número todavía caerá enfermo, estará ausente en la escuela y alimentará el círculo vicioso que liga el mal estado de salud a la pobreza durante la edad adulta.

Aunque la inmunización es una intervención muy concreta, destacan las repercusiones de ésta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Especialmente en la posible contribución que puede hacer la inmunización a los ODM 1 (erradicar la pobreza extrema y el hambre), ODM 2 (lograr la enseñanza primaria universal) y ODM 4 (reducir la mortalidad infantil), ya que está demostrado que mejora el estado de salud de los niños y reduce la mortalidad infantil. Esto supone un beneficio social y económico que contribuye a erradicar la pobreza extrema y mejora los resultados en educación.

La Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI, por sus siglas en inglés) ha sido lanzada por sus asociados en el año 2000 para revitalizar el sector de la vacunación. Esta alianza, un nuevo tipo de cooperación del sector público y privado, reúne a los gobiernos de los países industrializados y en desarrollo, fabricantes de vacunas confirmados o emergentes, organizaciones no gubernamentales, institutos de investigación, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Banco Mundial.

Esta alianza disfruta de la ayuda del *Vaccine Fund*, creado por los asociados de GAVI para movilizar nuevos recursos y proporcionar durante varios años, un apoyo financiero, con objeto de que los países más pobres del mundo refuercen sus sistemas de salud mejorando los servicios de vacunación e introduciendo vacunas nuevas o subutilizadas.

Los principales objetivos de GAVI son:

1. Incrementar el acceso a todas las vacunas necesarias, reforzando los equipamientos locales de salud para garantizar servicios esenciales, en particular la vacunación.
2. Disminuir el plazo entre la introducción de una vacuna y su administración a gran escala en el mundo en desarrollo. Concentrando inicialmente los esfuerzos sobre la hepati-

tis B y *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib), así como la fiebre amarilla, vacuna anti-gua pero poco utilizada.

3. Acelerar el desarrollo y la introducción de nuevas vacunas. Dando prioridad a las vacunas contra los rotavirus, los neumococos y el meningococo tipo A, cuya puesta a punto está casi terminada.

La comunidad internacional reconoce generalmente que para reducir eficientemente la pobreza, la asistencia al desarrollo debe:

- Concentrarse en los países más pobres y en los grupos más desfavorecidos dentro de estos países.
- Actuar al mismo tiempo con las intervenciones más rentables y las tecnologías más fáciles de utilizar.
- Incrementar la predictibilidad y reducir los costes de transacción.
- Subordinar las financiaciones a los resultados.
- Incluir un fuerte componente de seguimiento y evaluación.
- Inspirarse en las prioridades definidas por el gobierno nacional y armonizarse con otras fuentes de financiación y programas para la salud.
- Promover la sostenibilidad.

Para poder pretender a un apoyo del *Vaccine Fund*, los países deben reunir una serie de condiciones, entre las que se encuentran:

- Tener una renta nacional bruta anual inferior a 1.000 dólares per cápita.
- Disponer de un comité de coordinación interagencias para la vacunación o de un mecanismo equivalente de colaboración, que garantice la coordinación nacional de la financiación y de las aportaciones técnicas.
- Haber realizado una evaluación reciente de los servicios de vacunación.
- Haber definido un plan plurianual para la vacunación que incorpore las recomendaciones de la evaluación.
- Haber pensado en una estrategia para mejorar la seguridad de las inyecciones.

La demanda de apoyo que en 2001 realizaron 53 países, había sido aceptada ya a finales de 2003, 69 de los 75 países que podían pretender a una financiación han recibido la autorización para su apoyo.

Según la estimación actual del impacto acumulado, 35,5 millones de niños han sido vacunados contra la hepatitis B, 6 millones de niños han sido vacunados contra la infección *haemophilus influenzae* b, 2,7 millones de niños han sido vacunados contra la fiebre amarilla y 8 millones más han tenido acceso a las vacunas básicas.

Los países reciben pagos que equivalen a tres años de inversión, no hay reglas globales sobre el modo de utilizar los fondos, de forma que el gobierno y sus asociados deciden asignar los fondos in situ, basándose en las necesidades locales.

Los asociados de GAVI consideran que la viabilidad financiera es una responsabilidad compartida de los países en desarrollo y de los donantes. Los países más pobres no alcanzarán una autosuficiencia financiera hasta que sus economías conozcan una mejora neta. Los esfuerzos de desarrollo deben intentar lograr este objetivo último, pero mientras tanto, la ayuda exterior es necesaria.

El *Vaccine Fund* está encargado de catalizar los nuevos esfuerzos o revitalizar los que existen ya, pero no debe financiarlos continuamente. Brinda compromisos plurianuales, siempre y cuando tras cinco años de apoyo, los países sustituyan la contribución de *Vaccine Fund* por nuevas fuentes de financiación. Por ejemplo el presupuesto del estado propiamente dicho, la disminución de la deuda, los préstamos para el desarrollo o las contribuciones de los donantes.

Los asociados de GAVI fundaron el *Vaccine Fund* en 2000 con un mandato de cinco años, y han decidido diferir la planificación a largo plazo, hasta que puedan evaluar los resultados iniciales de la nueva iniciativa. Cuatro años después de la creación de esta alianza, los donantes y los países en desarrollo han solicitado a GAVI que prolongue su trabajo, al menos hasta 2015.

Durante la planificación de los diez próximos años, la alianza apoyará la campaña a favor de un aumento de la ayuda al desarrollo, en particular para la salud. Intentará aumentar los gastos globales para la vacunación entre los asociados, los donantes y los países en desarrollo. Procurará movilizar los recursos suplementarios que apoyen el papel singular de GAVI en el desarrollo internacional.

Los campos en los que GAVI presenta un valor añadido pueden definirse del modo siguiente:

- Limitados en el tiempo: GAVI suministra fondos “catalizadores” y crea enfoques innovadores para garantizar la sostenibilidad a largo plazo.
- Concentrados al comienzo del compromiso: inversiones iniciales importantes a corto plazo que pueden, tras cierto período, disminuir los costes multiplicando así, las probabilidades de sostenibilidad a largo plazo.
- Subordinados al resultado: GAVI seguirá otorgando una importancia considerable a los resultados. Los indicadores basados en los resultados incluirán también los que se refieran a la eficiencia de las cooperaciones, la armonización, la petición mundial y la movilización política obtenida como valor añadido de la inversión.

El ponente termina su discurso citando a Nelson Mandela cuando dijo: *“La vida o la muerte de un niño depende demasiado a menudo de su país de nacimiento y de la disponibilidad de las vacunas (...) es una cuestión de justicia fundamental”*.

Vacunas y fármacos para las poblaciones más pobres del mundo: ¿existen perspectivas de cooperación pública y privada?

Richard M. Scheffler

Richard M Scheffler es catedrático de Economía de la Salud y Políticas Públicas de la Universidad de California. Berkeley.

Introducción

Las enfermedades infecciosas continúan suponiendo una gran carga para las personas del mundo en desarrollo¹. Estas enfermedades son controladas en su mayoría en los países desarrollados. Debido a que la industria farmacéutica a escala mundial, está en su mayoría fundada en países desarrollados, las enfermedades infecciosas no son el principal foco de investigación y desarrollo (I+D). Una excepción importante es la terapia para el VIH/SIDA, que es una materia de presión tanto para países desarrollados como para países en desarrollo. Pero incluso en este caso, los cócteles de medicamentos y los protocolos de gestión de enfermedad son diseñados y se les ha puesto precio para favorecer a los clientes del mundo desarrollado. Las necesidades y la capacidad de pago de los mercados ricos en el mundo desarrollado son muy distintas de la de aquellos del mundo en desarrollo. Por consiguiente, la agenda de I+D no refleja muchas de las prioridades de salud pública en los países en desarrollo. Es más, las innovaciones en medicamentos y vacunas que son de un gran beneficio potencial para los países en desarrollo tienen tales precios, que están fuera del alcance para la mayoría de las personas en estos países². Muchos encuentran esta situación profundamente inmoral y además, no es precisamente lo que más interesa a largo plazo al mundo como un todo.

Esta ponencia revisa la situación actual de la industria farmacéutica a escala mundial y su I+D, centrado en el contexto de las necesidades de asistencia sanitaria del mundo en desarrollo. Considerará los intentos de mejorar el acceso a medicamentos y vacunas de importancia fundamental e incrementar los esfuerzos de investigación dirigidos a prioridades clave de salud pública en el mundo en desarrollo. En particular, considerará las posibilidades que existen para la colaboración público-privada. Los retos y oportunidades en tales asociaciones serán brevemente discutidos a lo largo con una mirada a los factores que puedan ser la clave para el éxito.

¹ Por ejemplo, de los 10,5 millones de muertes en menores de 5 años en 2002, el 98% se produjeron en países en desarrollo. La información de la distribución geográfica de la morbilidad y mortalidad en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 está disponible en www.who.int/whr/2003/en/Anne3-en.pdf

² Tan sólo el 5% de los pacientes que requieren tratamiento antirretroviral en los países en desarrollo tienen acceso al mismo. Menos de 50.000 de los 4 millones de pacientes afectados por el VIH en África Subsahariana se están beneficiando de este tratamiento. Más información en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. www.who.int/whr/2003/en/overview_en.pdf

La Industria Farmacéutica

El mercado farmacéutico global en 2002 se ha estimado que fue de 406.000 millones de dólares. Estados Unidos (EEUU), Europa y Japón explican el 77% del mercado aunque representan el 15% de la población mundial³. En contraste, África Subsahariana que representa casi el 25% de la carga de enfermedad (medida en años de vida asociados a discapacidad, AVAD) da cuenta de sólo un 1% del gasto global.

Entre los países desarrollados, domina EEUU, que representa el 38% del gasto global. El mercado de este país es gigantesco y muy importante y no sólo porque es el más poblado de los países desarrollados, sino porque debido a la relativa ausencia de control de precios, la venta de unidades de las compañías farmacéuticas son más elevadas en este país.

Si se comparan los precios relativos de todos los medicamentos patentados en EEUU con países seleccionados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 1999, los precios de EEUU son con frecuencia el doble de elevados⁴. De este modo, el mercado de este país es de crucial importancia para la rentabilidad global de la industria, representando el 60% de los beneficios globales de la industria⁵. Por consiguiente, las necesidades del mercado de EEUU figuran de forma prominente en las prioridades de aquellos que toman las decisiones en la industria e imponen mucho en la agenda de I+D. De hecho, hasta hace poco, Europa tenía ventaja en I+D tanto en gastos como en resultados. Ahora EEUU ha venido a dominar la I+D de medicamentos. En 2001 gastó por encima de 30.000 millones de dólares en I+D en comparación con los 20.000 millones de dólares en Europa. Entre 1993-1997, Europa lanzó 81 nuevas entidades moleculares y América 48. Pero entre 1998-2002, Europa lanzó 44 nuevas entidades moleculares y EEUU 85, casi una inversión exacta⁶. En 2001, los puntos más importantes de la agenda de I+D fueron los desórdenes relacionados con el sistema nervioso central (el 26% del gasto en I+D de EEUU), cáncer, enfermedades metabólicas y endocrinas (22%) y sistema cardiovascular (18%). El gasto en investigación dirigido a desarrollar una vacuna para el SIDA representó menos del 1% del total de I+D⁷.

Este sesgo en I+D es exacerbado por la naturaleza de su proceso. Sólo uno de cada 5.000 moléculas prometedoras logran llegar a la fase de producto. De media, cada nuevo fármaco cuesta 800 millones de dólares en costes de I+D⁸. Lleva casi 12 años de media conse-

³ www.ims-global.com.insight/report/global.htm www.ims-global.com.insight/report/global.htm

⁴ Treasury Board Secretariat. Patented Medicine Review Board of Canada. Informe anual 1999. Canadá: Treasury Board Secretariat. 1999.

⁵ The Economist. The trouble with cheap drugs. The Economist. 29 de enero de 2004

⁶ Ibid 5.

⁷ Médicos sin Fronteras y Drugs for Neglected Diseases. A Survey of Private Sector Drug Research and Development. www.neglecteddiseases.org/4-1.pdf www.neglecteddiseases.org/4-1.pdf

⁸ Prusoff W. One Scientist's Story. The New York Times. 19 de marzo de 2001.

guir pasar todas las etapas de desarrollo del medicamento. La mayoría de los medicamentos no contribuyen a las ganancias, la industria depende de un puñado de lo que se ha denominado “superventas” de medicamentos.

La creciente incertidumbre sobre los beneficios de la I+D es en parte compensado por un incremento real en la duración de las patentes. La duración de las mismas ha aumentado desde aproximadamente 8 años para medicamentos descubiertos en 1980 hasta 13-15 años para descubrimientos recientes⁹. Este aumento se debe a la reducción del tiempo dedicado en el proceso de aprobación y test y a la extensión de patentes. Por otro lado, los grandes avances en medicamentos suscitan competición en forma de productos que se diferencian ligeramente incluso durante el periodo de patente, así que el monopolio puro se restringe realmente a 1-5 años.

A pesar de la arriesgada y costosa naturaleza del proceso de I+D, la industria farmacéutica es muy rentable de manera global¹⁰. Los beneficios para las firmas líderes exceden sus actuales gastos en I+D. La foto global es la de una industria saludable que está lejos de la foto con frecuencia interpretada por los defensores de la industria, de un sector en peligro que se vendría abajo por el control de precios en los países en desarrollo.

El estado actual del acceso a medicamentos

En esta sección se revisa brevemente el estado actual del acceso a medicamentos que pueden salvar vidas en los países en desarrollo. Se centra en el acceso a medicamentos para el VIH/SIDA, puesto que es de interés actual, de gran preocupación para los principales asociados e ilustra las cuestiones clave. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 6 millones de pacientes con SIDA pueden beneficiarse de la terapia antirretroviral (ARV). No obstante, sólo se estima que 300.000 pacientes con SIDA tienen acceso a dicha terapia en la actualidad¹¹, a pesar de que en los años recientes se ha producido una fuerte caída en el precio de medicamentos. A modo de ejemplo, el precio de la terapia ARV bajó un 85% en Haití durante el periodo comprendido entre mayo de 2001 y mayo de 2002¹².

Más recientemente, se han dado precios incluso más bajos. Los fabricantes de genéricos de la India han ofrecido un precio de 140 dólares para el tratamiento ARV con genéricos,

⁹ Hunt M. Prescription Drugs and Intellectual Property Protection: finding the right balance between access and innovation. Washington DC: National Institute for Health Care Management. 2000.

¹⁰ Scherer FM. Pricing, Profits and Technological Progress in the Pharmaceutical Industry. The Journal of Economic Perspectives 1993; 7 (3): pp 97-115.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: OMS. 2003.

¹² Los datos sobre precios se han extraído de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). www.paho.org/English/HCP/HCA/antiretrovirals_HP.htm

mientras que las firmas líderes de occidente han ofrecido precios de 500 dólares al año por medicamentos de marca¹³. Estos precios son una fracción pequeña del precio de mercado en los países desarrollados donde los ARV cuestan varios miles de dólares al año. Si comparamos la diferencia de precios entre Brasil y España para ARV comúnmente usados en 2002, los precios brasileños son una fracción de los precios españoles, que con frecuencia tienden a ser los más bajos de la OCDE¹⁴. Los productores de genéricos de la India están ofreciendo precios inferiores a los de Brasil. Es ya un hecho el que los medicamentos de marca y genéricos estén siendo ofrecidos en muchos países en desarrollo a precios considerablemente más bajos.

¿Por qué están descendiendo los precios a tanta velocidad?, existen varias razones. Primero, ha habido una defensa poderosa de la sociedad civil, agencias de desarrollo internacional y muchos países en desarrollo. Mientras que gran parte del objetivo de la campaña ha sido bajar los precios de medicamentos de marca y permitir el uso de genéricos más baratos, hay también un esfuerzo creciente de aumentar la I+D en vacunas y medicamentos adecuados a las necesidades de los países en desarrollo. En segundo lugar, hay un uso activo de las licencias obligatorias por muchos países en desarrollo. La Organización Mundial del Comercio permite a los países de baja renta conceder licencias para la fabricación a bajo precio de drogas patentadas si éstas son consideradas esenciales para responder a problemas que amenazan seriamente la salud pública. En tercer lugar, hay un creciente uso de las importaciones paralelas en el que países importan de las fuentes internacionales más baratas incluyendo fabricantes de genéricos. Finalmente, los países han dado pasos para reducir o eliminar impuestos de importación de medicamentos y para conseguir negociaciones que impulsen la obtención de fondos¹⁵.

Aunque debería destacarse que incluso 140 dólares al año es alrededor de la mitad de la renta per cápita en muchos países africanos. Teniendo en cuenta la verdadera magnitud de la epidemia, pagar los tratamientos de todos los pacientes con SIDA va más allá de la capacidad de estos estados: se necesita un financiamiento externo significativo para mantener tales programas. A esto debe añadirse también las inversiones y los continuos costes para mejorar y mantener las infraestructuras para la provisión de cuidados a los pacientes de SIDA. Claramente, los programas de prevención siguen siendo los menos dañinos para la economía y no deberían desaprovecharse en ninguno de los programas de control de SIDA¹⁶. La prevención debería ser una prioridad clave para donantes y gobiernos.

¹³ Se ha calculado el precio de los medicamentos a partir del informe: Clinton Plan Provide AIDS Drugs to Poor Countries. New York Times Report. 23 de octubre de 2003.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), The joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Médicos Sin Fronteras (MSF). Sources and Prices of Selected Drugs and Diagnostics for People Living with HIV/AIDS. OMS, UNICEF, UNAIDS, MSF. 2003.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Acceso a Medicamentos Esenciales. The joint United Nations programme on HIV/AIDS. Surmounting Challenges: Procurement of Antiretroviral Medicines in Low-and Middle-Income Countries: The Experience of Medicins Sans Frontieres. www.who.int/medicines/library/par/

¹⁶ Masaki E, et al. Cost-effectiveness of HIV Interventions for Resource Poor Countries: Setting Priorities for HIV/AIDS Management. repositories.cdlib.org/big/hiv_prev/

Las preocupaciones de la Industria: el caso de los derechos de la propiedad intelectual

La breve discusión expuesta muestra que hay un progreso importante en la reducción de precios de los ARV en los países en desarrollo. La presión de los grupos de defensa y la competencia por parte de los genéricos baratos parece haber “coaccionado” a las firmas farmacéuticas más importantes para bajar los precios de medicamentos de marca en países de baja renta. Sin embargo, hay una creciente preocupación de la industria por este asunto. Los derechos de la propiedad intelectual son considerados los cimientos de un sistema capitalista y claves para el crecimiento económico. Estos derechos son considerados como una recompensa a la innovación y una cuestión capital para recuperar los gastos de I+D. Sin esta protección, las firmas advierten que el incentivo para invertir en I+D está muy atenuado y serán las futuras generaciones alrededor del mundo los mayores perdedores¹⁷.

Esta industria tiene otras preocupaciones importantes. Se teme que habrá reimportación legal o ilegal de medicamentos en los mercados ricos dado los enormes diferenciales de precios. Este proceso se está extendiendo en el rápido y creciente volumen de medicamentos importados desde Canadá a EEUU. Aún más, la industria teme la presión pública en el control de los precios en mercados clave a medida que los consumidores en países desarrollados están siendo conscientes de los bajos precios en otros lugares. Hay también un temor al efecto dominó: los países en desarrollo podrían demandar precios más bajos para todos los medicamentos patentados, no sólo de fármacos para el SIDA. Finalmente las firmas temen que sin un profundo compromiso a los derechos de la propiedad intelectual, los genéricos baratos continuarán dominando este mercado potencialmente grande y lucrativo del futuro.

La primera misión de las firmas farmacéuticas es potenciar al máximo los intereses de los accionistas. Ellos se justifican diciendo que no deberían pagar por remediar el problema del acceso no equitativo a los medicamentos, un problema que es conducido fundamentalmente por la injusticia de la economía global.

Por otro lado, se puede argumentar que el derecho a vivir prevalece sobre el derecho a la propiedad. Mientras los dos derechos no son mutuamente excluyentes, pueden entrar en conflicto como en el caso de los costosos medicamentos para el VIH/SIDA y los millones de pacientes de SIDA empobrecidos en todo el mundo. Además, no es lo mismo la fabricación y venta de medicinas que la venta de coches. Parte de la misión de una firma farmacéutica es curar a la gente. También se puede cuestionar la exclusividad de las ideas: las nuevas ideas se construyen en base a conocimientos ya existentes. Con frecuencia, la I+D privada utiliza libremente aportaciones disponibles en revistas académicas y conferencias. En la práctica, continuar prolongando el tema del acceso global a los medicamentos tal vez sea una burda estrategia. Genera publicidad adversa y animadversión en los países en desarrollo que están destinados a crecer en los grandes mercados del futuro.

¹⁷ www.world.phrma.org

Hasta ahora parece que el aumento del acceso a medicamentos a precios más bajos se ha producido en buena parte a través de la coacción de las compañías farmacéuticas. No obstante, hay esfuerzos recientes en traer a las compañías a bordo en las asociaciones público-privadas.

Asociaciones público-privadas

Hay numerosas asociaciones que han surgido en años recientes. Entre las más notables están la Alianza para el Desarrollo de Microbicidas, la Alianza Clinton para VIH/SIDA, *The Global Alliance for TB Drug Development*, la Iniciativa Internacional para la vacuna contra el SIDA, la Iniciativa para la vacuna de la Malaria y la Iniciativa de Medicinas contra la Malaria¹⁸.

Principales características de las asociaciones

Las asociaciones comparten muchas características estructurales¹⁹. Por lo general están constituidas como entidades legales independientes. Esto ayuda a la transparencia y responsabilidad. Además, puede considerarse que no pertenecen a ningún partido político dado que no poseen un bagaje histórico. Tienen múltiples asociados de la academia, industria, sociedad civil, países ricos y pobres, gobiernos y agencias internacionales. La fundación y los costes administrativos de estas asociaciones son cubiertos en parte o en su totalidad por agencias públicas y filantrópicas. La industria farmacéutica proporciona valiosas contribuciones en “especie”, ofreciendo espacio en los laboratorios, la ayuda de científicos y acceso a bases de datos. Una característica clave es que la mayoría de las asociaciones reconocen la validez básica de los derechos de la propiedad intelectual con algunas salvedades. Es más, esto es crucial para conseguir la cooperación de las compañías farmacéuticas.

Las claves para asociaciones exitosas

La mayoría de las asociaciones tienen pocos años y es prematuro pronunciar un veredicto sobre la efectividad de las mismas. No obstante, incluso en este marco de tiempo tan corto muchas han empezado a dar pasos importantes. Más adelante se discuten tres ejemplos seleccionados. Ya es posible identificar factores claves para el éxito. La mayoría de las asociaciones comparten una mezcla de estos factores aunque cada una trae a la mesa proposiciones únicas para atraer asociados. En primer lugar, muchas asociaciones tienen líderes y portavoces carismáticos, a modo de ejemplo está la Fundación Clinton que es respaldada por el antiguo presidente de los EEUU, Bill Clinton, y el icono de la lucha

¹⁸ Global Forum for Health Research. Initiative on Public-Private Partnerships for Health. 2003.

¹⁹ Wheeler.C, Berkley S. Initial lessons from public-private partnerships in drug and vaccine development. Bulletin of the World Health Organisation 2001; 79 (8): pp 728-734.

contra el apartheid, Nelson Mandela. En segundo lugar, las asociaciones no solamente tienen fuertes habilidades defensoras sino que también demuestran una magnífica habilidad comercial. Un ejemplo de esta habilidad es la Iniciativa de Medicinas contra la Malaria, de gran utilidad para hacer acuerdos verosímiles con las grandes compañías farmacéuticas. En tercer lugar, las asociaciones, quizás por definición tienen que ser expertas en la gestión de relaciones, tienen que influenciar y dar cabida a las distintas agendas de los múltiples asociados. Por ejemplo, la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA tiene 25 asociados y operaciones en 22 países. En cuarto lugar, la mayoría de las asociaciones ponen de relieve un marcado interés por una sola enfermedad en sus misiones y operaciones. Esto a su vez les permite desarrollar un conocimiento en profundidad de la enfermedad, tendencias epidemiológicas, la situación actual de la I+D y el tamaño del mercado y las tendencias.

La Fundación Clinton: la influencia de un líder carismático

La Iniciativa VIH/SIDA de la Fundación Clinton se centra en apoyar la prevención y tratamiento a gran escala en países del Caribe y África. Desarrolla planes de “negocios” a nivel de país y entonces los presenta a los donantes y asociados para movilizar recursos. Ha sido muy exitoso en reducir el precio de los medicamentos, de forma que ha sido capaz de conseguir que los ARV genéricos aprobados por la OMS tengan precios tan bajos como 140 dólares por año. Estos precios tan bajos están ahora disponibles para más de 100 países. A cambio, los países tienen que garantizar los pagos y la distribución segura de los medicamentos.

La Iniciativa de Medicinas contra la Malaria: demostrando habilidad comercial

La propagación de la resistencia a antiguos medicamentos ha dificultado el control de la malaria en los países en desarrollo. Hasta hace poco, había poca I+D en nuevos medicamentos y vacunas debido a que la enfermedad había sido erradicada en el mundo desarrollado. La Iniciativa de Medicinas contra la Malaria es una asociación público-privada a escala mundial de la academia, grupos gubernamentales de investigación y firmas farmacéuticas.²⁰ Desarrolla y dirige I+D “virtual”, esto es, no es dueña de las infraestructuras físicas o contrata científicos pero tienen el usufructo de estos recursos de las compañías. Esto requiere de considerables habilidades comerciales. La Iniciativa de Medicinas contra la Malaria aspira a una nueva droga cada 5 años a un precio aproximado de 150 millones de dólares. Esto es significativamente menor que el coste medio para un nuevo medicamento, aproximadamente de 800 millones de dólares. Esta reducción de precios se debe al uso eficaz de las amables contribuciones de las compañías, animales de laboratorio y ensayos clínicos y una buena dirección y gestión.

La Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA: gestionando relaciones

²⁰ www.mmv.org

Esta iniciativa se centra en desarrollar una vacuna para prevenir el VIH/SIDA en países en desarrollo. Está involucrada en todo el espectro de operaciones para desarrollar y probar una vacuna (comprendiendo desde investigación básica de laboratorio hasta pruebas clínicas). Sus asociados abarcan desde laboratorios privados a organizaciones de base comunitaria en países en desarrollo que ayudan a reclutar voluntarios para ensayos clínicos. Es un defensor muy importante de la I+D de la vacuna para el VIH/SIDA y prometió 100 millones de dólares para finales del 2003. La Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el SIDA tiene cinco vacunas candidatas bajo ensayo²¹. La Iniciativa conservará los derechos de propiedad de cualquier futura vacuna.

¿Qué implica esto para las compañías farmacéuticas?

¿Por qué las compañías farmacéuticas están dispuestas a participar en estas asociaciones?, son varias las razones. En primer lugar, en algunos casos pueden conservar los derechos de propiedad de nuevos medicamentos o vacunas desarrolladas. Esto está sujeto a su compromiso de vender estos productos a precios muy reducidos en los países en desarrollo, pero son libres de obtener grandes beneficios en los mercados ricos. En segundo lugar, hay beneficios indirectos de la I+D, por ejemplo, de la I+D de la malaria se extraen conocimientos que son potencialmente aplicables en otros productos. En tercer lugar, las compañías ganan comprensión y acceso a nuevos mercados. En cuarto lugar, pequeñas firmas biotecnológicas pueden conseguir ser el centro de atención, con mayor visibilidad de forma que obtengan mayor financiamiento y pedidos potencialmente más grandes. Finalmente, las compañías pueden dar la imagen de un grupo de buenos ciudadanos. La cooperación es una opción mejor que la confrontación legal, la publicidad adversa y perder mercado en beneficio de los fabricantes de genéricos.

Conclusión y prioridades futuras

¿Cuáles son las conclusiones más importantes?. Parece que la brecha de recursos que ha sido percibida como el principal obstáculo al acceso a medicamentos se está reduciendo. Se debe en parte a un aumento en el flujo de recursos desde agencias bilaterales y multilaterales y donantes privados. Pero es el rápido descenso en los precios de los medicamentos el que ha ayudado realmente a reducir la brecha de recursos. Es casi imposible proporcionar medicamentos ARV a millones de pacientes con SIDA en los países en desarrollo a precios de mercado, pero se hace más verosímil a 140 dólares por año. Otra clave para el desarrollo es el surgimiento de asociaciones público-privadas. La industria se ha traído a bordo gradualmente. Hay enormes beneficios potenciales incluso si una mínima parte de los inmensos recursos de la industria (laboratorios, científicos, bases de datos) pueden ser aprovechados para buscar soluciones a las necesidades de salud de los países en desarrollo. Mientras los asociados luchan por conseguir que las compañías far-

²¹ www.iavi.org

macéuticas se alíen en la guerra contra las enfermedades en los países en desarrollo, la coordinación entre múltiples asociados será un reto clave.

La cobertura es todavía baja ya que solo una pequeña parte de los pacientes están recibiendo medicamentos. Muy pocos recursos son dedicados a I+D diseñada para hacer frente a las necesidades de los países en desarrollo que explican una gran parte de la carga global de enfermedad. La presión ejercida por ciertos grupos debería mantenerse para poder así conseguir precios más bajos. En este contexto, merece la pena apuntar otra vez que la industria recibe una fuerte financiación. Los grupos de defensa deberían también mantener presión para que aumente la financiación por parte de donantes públicos y privados. Mientras la brecha de recursos disminuye, el fortalecimiento de las infraestructuras de salud pública en los países en desarrollo se convertirá en una prioridad clave. Es de vital importancia desarrollar y poner en práctica fuertes sistemas de salud que garanticen un flujo de medicamentos seguro y sin obstáculos y potenciar al máximo la adhesión a los protocolos de tratamiento. Finalmente, en el caso del VIH/SIDA la prevención no debería descuidarse. Es todavía la intervención más costo-efectiva y por tanto, la más sostenible a la larga.

Limitaciones y retos en el acceso a fármacos en países económicamente menos desarrollados

Germán Velásquez

Germán Velásquez es coordinador de Drug Action Programme, Department of Essential Drugs and Medicines Policy de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Antecedentes

El VIH/SIDA es hoy día la mayor crisis de salud a la que se enfrenta el mundo. En las dos décadas pasadas la pandemia se ha cobrado cerca de 30 millones de vidas. Sin embargo el advenimiento de la terapia antirretroviral revolucionó el tratamiento para el VIH/SIDA y auguró la esperanza de que la muerte no era por más tiempo el resultado inevitable para las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Como dijo el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Dr. Lee Jong-wook (2003)¹: *“tristemente, ese optimismo era erróneo. La mayoría de las personas VIH positivas que viven en países desarrollados tienen acceso a tratamiento efectivo que prolonga la vida, a veces durante una década o más. Pero aquellos que viven en países en desarrollo no han cosechado los mismos beneficios. La epidemia continúa expandiéndose, destruyendo a las personas, familias y sociedades. Este año, tres millones de personas han muerto de SIDA. Ocho mil muertes cada día. Personas que podrían haberse reintegrado a una vida normal con medicación efectiva, segura y asequible (...) El trabajo de proporcionar tratamiento antirretroviral es inseparable de las grandes cuestiones de financiación de la salud y dotación de personal y otras actividades de prevención y control de enfermedades. Se debe tener gran cuidado para asegurarse que nadie es excluido del tratamiento debido al coste de los medicamentos.”*

Como apunta el Dr. Lee Jong.wook, el problema no está confinado a una sola enfermedad. Millones de personas, especialmente en el mundo en desarrollo, no tienen acceso a medicamentos que pueden salvar sus vidas. Esto plantea la difícil pregunta de por qué estos fármacos no están disponibles para aquellos que están en extrema necesidad de los mismos.

¹ Discurso en el día mundial del SIDA, 1 de diciembre de 2003, Livingstone, Zambia.

Globalización, Aspectos relacionados con los Derechos de la Propiedad Intelectual y acceso a medicamentos esenciales

La asequibilidad de los medicamentos es entre otras, una de las razones interrelacionadas en la falta de acceso a los mismos. No obstante, en el contexto del sistema internacional de comercio, el asunto de los derechos de propiedad intelectual ha sido foco central en el debate mundial sobre globalización, derechos de la propiedad intelectual y acceso a medicamentos. En efecto, existe la grave inquietud de que el sistema internacional de comercio ha provocado impactos adversos en la salud pública y en el acceso a fármacos.

El secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, en su mensaje a la Conferencia Ministerial de la *Organización Mundial del Comercio (OMC) celebrada en Cancún (septiembre de 2003)*, dijo que: *“tristemente, la realidad de hoy del sistema internacional de comercio no se ajusta a la retórica (...) Las cuestiones son con frecuencia técnicas y usualmente, no se prestan ellos mismos a una cobertura televisiva espectacular, como la guerra o el clima extremo. Pero no deja dudas: el daño es profundo y las víctimas se pueden contar en miles de millones...que incluyen al enfermo y al moribundo, cuyo sufrimiento ha sido innecesariamente prolongado por la falta de acceso a medicamentos asequibles y que salvan vidas.”*

Puede decirse que la creación de la OMC ha anunciado una nueva era en el comercio internacional. Los miembros de esta organización han acordado un conjunto de reglas con la intención de promover una liberalización del comercio sin precedentes, pero en estos acuerdos no sólo se tratan cuestiones tradicionales del comercio. Por primera vez, temas como los servicios y los derechos de la propiedad intelectual se presentaron en el ámbito de las normas internacionales del comercio.

El acuerdo de la OMC sobre los Aspectos relacionados con los Derechos de la Propiedad Intelectual (ADPIC) introdujo mínimos estándares globales para la protección y refuerzo de prácticamente todas las formas de los citados derechos, incluyendo aquellos relacionados con productos farmacéuticos. Los miembros de la OMC deben proporcionar protección de patentes por un mínimo de 20 años por cualquier invención, incluyendo productos farmacéuticos y procedimientos. De relevancia para el sector farmacéutico, el acuerdo también prevé la protección de información no revelada (incluyendo datos de prueba) y marca registrada (de importancia para la sustitución por genéricos y combatir la falsificación de medicamentos). Los acuerdos ADPIC también proporcionan medidas de salvaguarda, incluyendo limitadas excepciones a los derechos de patentes y el uso de licencias obligatorias.

Las convenciones internacionales previas a los acuerdos ADPIC no especificaban mínimos estándares para los derechos de la propiedad intelectual. Antes del acuerdo ADPIC, hasta 40 países no proporcionaban protección de patentes a los productos farmacéuticos.

Ahora es reconocido de forma generalizada, que el actual régimen de protección de patentes que está siendo “globalizado” por los acuerdos ADPIC, tiene un impacto significativo en

el sector farmacéutico. Existe aún la preocupación de que los estándares especificados en los acuerdos ADPIC no sean los apropiados para los países que luchan para enfrentarse a las necesidades de salud y desarrollo. Por consiguiente, la Comisión del Reino Unido sobre los derechos de la propiedad intelectual, en su informe de 2002 llamó la atención a los países para *“que asegurasen que sus sistemas de protección de la propiedad intelectual no se opusieran a sus políticas de salud pública y que fueran acordes con éstas y las apoyaran”*².

El mandato de la Organización Mundial de la Salud en comercio, derechos de la propiedad intelectual y salud pública

Conscientes de las preocupaciones sobre el actual sistema de protección de patentes, especialmente teniendo en cuenta el acceso de medicamentos en los países en desarrollo, los estados miembros han solicitado a la OMS que monitoree y analice las implicaciones farmacéuticas y en salud pública de los acuerdos comerciales. En varias resoluciones de Asambleas de la OMS (del inglés World Health Assembly resolutions, WHA), WHA 52.19, WHA 54.11, y WHA 55.14 entre otras, este organismo ha establecido el mandato de que los estados miembros deben desarrollar políticas farmacéuticas y medidas regulatorias dirigidas a solventar estas preocupaciones.

Además, estas políticas deben potenciar al máximo los aspectos positivos de estos acuerdos y mitigar el impacto negativo de los mismos.

Por consiguiente, la OMS ha identificado cuestiones clave que guían su monitoreo y análisis de los efectos de la globalización además de acuerdos del sector farmacéutico y salud pública, que son:

1. ¿Son los nuevos medicamentos esenciales más caros de lo que hubieran sido si no estuvieran bajo patente?.
2. ¿Ha sido lenta la introducción de los medicamentos genéricos?.
3. ¿Se han desarrollado más medicamentos nuevos para enfermedades olvidadas?.
4. ¿Está aumentando o disminuyendo la transferencia de tecnología e inversión directa extranjera en los países en desarrollo?.

La Asamblea de la OMS en su resolución WHA 56.27 instó a los estados miembros a reafirmar que los intereses de la salud pública son de primordial importancia tanto en las políticas farmacéuticas como de salud, en el contexto de poner en práctica las disposiciones de los acuerdos ADPIC. La resolución ordenó a los estados miembros a considerar, cuando fuera necesario, la adaptación de la legislación nacional para usar al completo las flexibilidades contenidas en los acuerdos ADPIC.

² Commission on Intellectual Property Rights. Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy. Londres: Commission on Intellectual Property Rights. 2002. p.39.

La formulación de leyes y políticas nacionales apropiadas es de crucial importancia porque la puesta en práctica de los acuerdos ADPIC se acomete a nivel nacional. Los acuerdos ADPIC exigen a los gobiernos de los estados miembros promulgar leyes nacionales conforme a los mínimos estándares sobre propiedad intelectual especificados en sus disposiciones.

Pero mientras los acuerdos ADPIC obligan a los miembros de la OMC a proveer patentes para medicamentos, también les permite tomar ciertas medidas (por ejemplo, licencias obligatorias, importaciones paralelas, excepciones a los derechos de patentes) que invalidan o limitan los derechos de patentes bajo ciertas condiciones. De hecho, estas medidas han sido introducidas por los países desarrollados como medio para balancear los derechos de patentes con el interés público de fomentar la competencia, protección del consumidor y en el caso de productos farmacéuticos, permitir la sustitución por genéricos y promover el acceso a medicamentos asequibles.

La promoción de medicamentos genéricos requiere legislación y regulación apropiadas, capacidad de asegurar la calidad, aceptación profesional y pública de medicamentos genéricos, e incentivos económicos tanto para los que prescriben como para los consumidores.

Todavía, los países en desarrollo están indecisos a la hora de usar las mismas medidas por una serie de razones. Los diferentes intereses socioeconómicos y políticos de los miembros de la OMC han resultado en diversas interpretaciones de ciertas disposiciones de los acuerdos ADPIC. Esta divergencia se ha demostrado claramente en el debate actual sobre acuerdos ADPIC y salud pública, centrando la atención en la forma en que la protección de los derechos de la propiedad intelectual tiene impacto en la formulación de políticas públicas. Las dos disputas recientes en las que están involucradas Sudáfrica y Brasil, son sólo dos de las manifestaciones más destacadas de los conflictos desencadenados de las distintas interpretaciones de las disposiciones de los acuerdos ADPIC.

En este sentido, no sorprende que hubiera grandes divergencias en las interpretaciones de los acuerdos ADPIC, ya que éste fue el resultado de un intenso proceso de negociaciones. Los acuerdos ADPIC reflejan el compromiso adoptado entre aquellos que por un lado, buscaban altos niveles de protección de los derechos de la propiedad intelectual y entre aquellos que por el otro, buscaban la conservación de cierto grado de flexibilidad o autonomía política en la puesta en marcha de mínimos estándares de protección requeridos. Las disposiciones de los acuerdos ADPIC incorporan cierto grado de flexibilidad en su interpretación y puesta en marcha.

La Declaración de Doha sobre los Acuerdos en relación a los Aspectos relacionados con los Derechos de la Propiedad Intelectual y salud pública

Por el interés de ciertos países en desarrollo, los miembros de la OMC iniciaron un proceso a principios de 2001 para clarificar si los acuerdos ADPIC debían impedir o no a los gobiernos tomar medidas para proteger la salud pública. El proceso culminó en la

Declaración sobre los acuerdos ADPIC y salud pública adoptada en la Conferencia Ministerial de la OMC en Doha en noviembre de 2001.

La Declaración de Doha reconoce el derecho de los países a tomar medidas para proteger la salud pública y promover el acceso a medicamentos por encima de la obligación de proteger los derechos de la propiedad intelectual. Consagra los principios de primacía de proteger la salud pública y en particular, promover el acceso de medicamentos para todos. En consecuencia, los acuerdos ADPIC pueden y deben ser interpretados e implementados de forma que apoyen el derecho de los miembros de la OMC a tomar tales medidas.

La Declaración de Doha ha sido acogida con éxito en el debate internacional sobre derechos de propiedad intelectual y salud pública. Representa una fuerte declaración política que proporciona un grado de seguridad a los países a la hora de adoptar a nivel nacional, las medidas necesarias para enfrentarse a los objetivos en salud pública.

El examen real de la Declaración de Doha descansa ahora a nivel nacional, si los gobiernos proceden o no a tomar las medidas necesarias y así, llevar a cabo las flexibilidades de los acuerdos ADPIC afirmados en la declaración. La Declaración de Doha debería ser llevada a la práctica.

Trasladando el beneficio político a una realidad práctica

La puesta en marcha de la Declaración de Doha debería involucrar tres elementos clave: (i) adaptar la legislación de patentes nacionales para poner en efecto los derechos y flexibilidades afirmadas; (ii) evaluando y determinando las opciones adecuadas a la situación nacional en lo que respecta a acceso a medicamentos; y (iii) clarificando y estableciendo procedimientos administrativos y políticas viables para la puesta en marcha.

La amplia variedad de opciones debería estar disponible en las leyes nacionales, incluyendo licencias obligatorias, uso gubernamental y disposiciones sobre importaciones paralelas. Los países en desarrollo con capacidad de manufacturación doméstica a escala viable deberían promover la producción de medicamentos seguros y de calidad. Cuando sea necesario, las licencias obligatorias deben permitir tal producción. Cuando la producción local no sea posible, se deberían emplear las opciones de importaciones paralelas y licencias obligatorias para importar equivalentes genéricos.

Para la manufacturación local de medicamentos, cuando no son posibles licencias voluntarias, existen otras opciones: (1) fabricación de medicamentos que no están bajo patentes localmente, donde no hay restricciones en la producción de medicamentos; (2) fabricación a través de uso gubernamental o público, sin propósitos comerciales, donde una agencia pública o una empresa del gobierno asume la producción de un medicamento patentado alegando que tal producción es requerida para satisfacer un propósito público (sin ánimo de lucro); y (3) fabricación bajo licencia obligatoria, donde el sector público y pri-

vado pueden producir el medicamento patentado partiendo de una base comercial. No obstante hay limitaciones a la exportación de medicamentos producidos bajo licencia obligatoria.

Para medicamentos importantes, también hay una serie de opciones. Primero, importar bajo uso gubernamental o público, sin propósitos comerciales, donde el gobierno o sus agencias pueden importar versiones genéricas de una droga patentada desde países donde el producto no está bajo patente, o donde el fabricante tiene una licencia obligatoria para producir en su país. Segundo, importar a través de licencias obligatorias, donde una licencia obligatoria puede ser emitida por el gobierno a un candidato (una compañía, agencia gubernamental, ONG, etc.) para importar versiones genéricas de productos patentados desde otros países donde los productos no están patentados, o donde se ha dado al fabricante una licencia obligatoria para producir su propia versión del producto patentado en su país. Tercero, importar a través de importaciones paralelas, donde una compañía, ONG o agencia del gobierno puede importar un medicamento patentado desde otro país donde el mismo producto patentado es vendido a un precio más bajo. El importador no necesita una licencia obligatoria para importar. La condición es que el país importador ha debido de adoptar la legislación adecuada que permita esta medida.

Para diseñar un sistema apropiado que ponga en marcha estas opciones, se debería tener en mente: (1) el sistema no debería ser demasiado legalista o caro de administrar; (2) las disposiciones para “uso gubernamental” y licencia obligatoria deberían ser fuertes ya que los acuerdos ADPIC dan a los gobiernos amplio poder para hacerlo; y (3) debería haber una guía clara para cumplir las condiciones de uso gubernamental y para el uso de licencias obligatorias, por ejemplo, para pagos de compensación a los dueños de patentes.

La experiencia de los países desarrollados ha demostrado que medidas tales como licencias obligatorias y uso gubernamental, han resultado efectivas en mitigar el monopolizado control del mercado y en introducir reducciones de precios. La mera existencia de disposiciones legales debería ser suficiente para convencer a los dueños de patentes de actuar razonablemente y balancear las posiciones de negociación de las partes implicadas.

La Declaración de Doha también concedió el derecho de no proporcionar patentes farmacéuticas a los miembros de la OMC menos desarrollados hasta 2016. Por consiguiente, como pronto, hasta 2016 estos países deberían ser informados en contra del cumplimiento o provisión de patentes de productos farmacéuticos. Los miembros de la OMC menos desarrollados deberían usar esta flexibilidad que les permita estructurar sus leyes sobre patentes y normas de protección de datos, así como proteger mejor la salud pública y promover el acceso a medicamentos asequibles.

El acceso a medicamentos para países sin capacidad de manufactura

Un problema no fue resuelto en Doha, concretamente la cuestión sobre cómo aquéllos países en desarrollo sin capacidad doméstica de manufacturar productos farmacéuticos,

podrían usar eficazmente licencias obligatorias. Esto llegó a conocerse popularmente como el problema del Párrafo 6, nombrado tras el texto que trataba esta cuestión en la Declaración de Doha. La declaración ordenaba a los miembros de la OMC a *“encontrar una solución rápida a este problema para diciembre de 2002”*.

Los acuerdos ADPIC permiten otorgar licencias obligatorias, de forma que los fabricantes de genéricos tienen permitido producir versiones genéricas de medicamentos patentados. Los países que no tienen capacidad doméstica de manufacturar productos farmacéuticos tienen un problema porque no hay fabricantes que produzcan los medicamentos localmente. Una opción para estos países es la concesión de licencias obligatorias para la importación de tales medicamentos. No obstante, la provisión de medicamentos para importar de estos países quizá sea insuficiente debido a las restricciones puestas por los acuerdos ADPIC en los países que tienen capacidad de producir y exportar las versiones genéricas. La razón es que en el artículo 31 (f), los acuerdos ADPIC exigen que la producción de medicamentos genéricos bajo una licencia obligatoria sea *“predominantemente para la provisión del mercado doméstico”*. Esta restricción significaría que la exportación de drogas bajo licencia obligatoria solo es posible si la porción “predominante” de la producción de salida ha sido suministrada al mercado doméstico. Esto incrementa la preocupación de que la porción no predominante quizás no sea suficiente para las necesidades del país o países importadores. He aquí la necesidad de una solución.

Las negociaciones fueron difíciles y la fecha límite de diciembre de 2002 se dejó pasar, pero finalmente, el 30 de agosto de 2003, los miembros de la OMC adoptaron la *“decisión de llevar a la práctica el párrafo 6 de la Declaración de Doha sobre los acuerdos ADPIC y salud pública”*, acompañado de un comunicado del presidente del consejo general de la OMC.

La decisión del 30 de agosto y su puesta en marcha

La solución acordada es una renuncia temporal del artículo 31(f) sobre limitaciones en las exportaciones, que recoge la necesidad de que los productos farmacéuticos producidos bajo licencia obligatoria deberían ser “predominantemente para el suministro del mercado local”. Esta gran renuncia significa que la porción predominante o incluso la cantidad total de producción bajo licencia obligatoria podría ser exportada a un país que deseara importar.

El objetivo de esta decisión es permitir a los países que desean importar medicamentos genéricos que importen un productor de genéricos extranjero.

No obstante, la decisión está acompañada de un conjunto de términos y condiciones que son observados con cierta preocupación, porque quizás representen demasiada carga y supongan una barrera para el uso de la decisión. Esto es una verdad de las obligaciones depositadas en los países exportadores y fabricantes de genéricos. Un fabricante de genéricos debería estar convencido de que merece la pena (y es económicamente viable) solicitar una licencia obligatoria.

Los miembros de la OMC también acordaron un comunicado acompañante del presidente del consejo general de la OMC que explica en detalle una serie de “entendimientos clave compartidos” de cómo la decisión debería interpretarse e implementarse. El comunicado confirma el entendimiento común de los miembros de que la decisión debería usarse de buena fe para proteger los propósitos de salud pública y no con el objetivo de políticas industriales o comerciales. También enfatiza la necesidad de prevenir la desviación de medicamentos de los mercados para los que iban dirigidos. También es criticado que los “entendimientos” comunes en el comunicado parece que limitan la eficacia de la decisión.

Además, queda todavía por ver si los países en desarrollo harán o no, uso de la solución, y si lo hacen, hacer del acceso de los medicamentos asequibles una realidad. Tendrá que probarse que la decisión sea utilizada y con éxito, por los países. Esto significa que los gobiernos de los países en desarrollo tendrán que emitir las licencias obligatorias necesarias para la importación de medicamentos genéricos.

Las licencias obligatorias para importar tendrán que ser complementadas por la respuesta de los fabricantes de genéricos que han de solicitar licencias obligatorias para producir y exportar. En algunos casos, donde la protección de patentes no está aún en vigor, como la India, los fabricantes de genéricos pueden producir y exportar sin la necesidad de licencias obligatorias hasta 2005. En los casos en los que estas licencias sean obligatorias, los gobiernos tendrán que emitir las para la producción y exportación por los fabricantes de genéricos.

Los gobiernos de los países desarrollados pueden probar su buena fe concediendo licencias obligatorias para exportar cuando sea requerido por sus fabricantes de genéricos. De hecho, algunos países están haciendo esfuerzos para modificar las leyes nacionales que permitan la emisión de licencias obligatorias para la producción y exportación bajo la decisión, como Canadá. Una puesta en marcha efectiva de la decisión por parte de los gobiernos de los países desarrollados será crucial.

Desde una perspectiva de salud pública, una serie de principios básicos pueden explicarse con detalle para garantizar una ejecución apropiada y efectiva de la decisión. Ciertamente, la decisión debería implementarse bajo la luz de los principios básicos consagrados en la Declaración de Doha, específicamente, aquel que promueve el acceso a medicamentos para todos. Un corolario debería ser que las personas de países sin capacidad de fabricación no deberían estar menos protegidas por las disposiciones de licencias obligatorias, o enfrentarse a mayores obstáculos en los procedimientos, en comparación con aquellos países con capacidad de fabricación. Es también obvio que la puesta en marcha de la decisión no debería crear cargas adicionales que vengan a ser lo mismo que los efectos de los acuerdos ADPIC. La viabilidad económica de la puesta en práctica será también un factor vital, para evitar que la decisión fracase en el intento de aumentar la competitividad y bajar los precios de los medicamentos.

La decisión confirma aún más que no perjudica los derechos existentes y flexibilidades disponibles bajo los acuerdos ADPIC, incluyendo la ampliación en la que los productos far-

macéuticos producidos bajo licencia obligatoria pueden ser exportados bajo la disposición presente del artículo 31 (f). Los acuerdos ADPIC actualmente permiten la exportación de la parte no predominante de la producción bajo licencia obligatoria (teóricamente hasta el 49% de la producción) sin estas condiciones adicionales. Donde sea otorgada una licencia obligatoria para poner remedio a las prácticas anti-competitivas, toda la producción de salida puede ser exportada sin ninguna de las condiciones adicionales especificadas en la decisión. Por consiguiente, podría parecer que donde los Estados Miembros tratan de exportar bajo estas circunstancias, no necesitan enfrentarse a ninguno de los términos y condiciones especificados bajo la decisión. Los miembros de la OMC deberían por tanto examinar la manera de usar estos derechos y flexibilidades como una alternativa o en conjunción con la decisión.

La decisión representa solamente un aspecto del amplio marco que la Declaración de Doha proporciona para proteger contra precios inasequibles para medicamentos muy necesitados. La Declaración de Doha ratifica el derecho de los miembros de la OMC de emplear otras medidas para facilitar la protección de la salud pública y promover el acceso a medicamentos. La puesta en marcha de estas medidas en los países en desarrollo está lejos de ser completa. Por tanto, los países deberían tomar medidas urgentes para adoptar y adaptar sus leyes nacionales de patentes y así, hacer uso pleno de las flexibilidades de los acuerdos ADPIC, como se afirma en la Declaración de Doha.

Más allá de la Organización Mundial del Comercio

Las disposiciones de los acuerdos ADPIC se han sometido a mucho escrutinio y consideración y ahora hay un entendimiento considerablemente mayor de las salvaguardas disponibles en los acuerdos ADPIC. El reto es promover el uso eficaz de tales salvaguardas para mejorar la asequibilidad y disponibilidad de los medicamentos. La OMS continúa comprometida con su apoyo a los Estados Miembros en el uso de estas salvaguardas en el contexto de la Declaración de Doha. Hay signos positivos de progreso.

No obstante, los años recientes han visto el surgimiento de acuerdos comerciales bilaterales y regionales que buscan incorporar disposiciones en derechos de la propiedad intelectual. En términos de salud pública y acceso a medicamentos, la tendencia en tales acuerdos ha sido incorporar disposiciones que incrementen la protección de los derechos de propiedad intelectual para productos farmacéuticos y reduzcan los derechos de los países de tomar medidas para proteger la salud pública, incluyendo en algunos casos, una limitación de las circunstancias en las que las licencias obligatorias pueden ser garantizadas (en contra del principio afirmado en la Declaración de Doha) y una extensión de la protección de patentes más allá de los 20 años requeridos por los acuerdos ADPIC. En este sentido, estos acuerdos han llegado a ser un vehículo para negociar estándares de protección de la propiedad intelectual que van más allá de lo requerido en los acuerdos ADPIC. Tales acuerdos son típicamente negociados entre socios comerciales de países desarrollados y en desarrollo. De este modo, aumentan la preocupación de la potencial desigualdad en las posiciones de negociación que pueden resultar en concesiones excesivas de los países en desarrollo.

Se ha apuntado que el debate en derechos de la propiedad intelectual, acuerdos ADPIC y salud pública, ha dado como resultado acuerdos de propuestas multilaterales que van de alguna forma hacia la resolución de tensiones entre los derechos de propiedad intelectual y salud pública. La Declaración de Doha es un excelente ejemplo. Por consiguiente sería prudente mantener este enfoque multilateral y trabajar hacia mayores triunfos para la salud pública.

Contrastando nuevos retos en materia de salud en los países en desarrollo

Bernard Pécoul

Bernard Pécoul es director ejecutivo de la Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas. Ginebra.

Esta ponencia se centra en el acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo y en iniciativas como la campaña de acceso a medicamentos esenciales de Médicos sin Fronteras.

El orador inicia su comunicación citando los numerosos factores que afectan al acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo, entre los que destaca:

- Investigación y desarrollo (I+D) de un agente farmacéutico apropiado.
- Fabricación.
- Control de calidad
- Distribución.
- Control de existencias.
- Información fidedigna para los profesionales sanitarios y para el público en general.
- Diagnóstico.
- Prescripción.
- Precio.
- Dispensación del medicamento.
- Cumplimiento del tratamiento.
- Farmacovigilancia.

De todos estos factores, en la ponencia se subrayan aquellos que se consideran obstáculos prioritarios para mejorar la calidad de vida de las personas, esto es, los precios exorbitantes de los medicamentos, la falta de fabricación de algunos medicamentos y la falta de I+D para nuevas y mejores alternativas para el tratamiento de enfermedades olvidadas.

Precios excesivos

Con respecto al precio de medicamentos esenciales que pueden salvar vidas, como los fármacos antirretrovirales, nuevos medicamentos para la malaria, nuevos antibióticos, nuevas vacunas y nuevos test diagnósticos y herramientas de seguimiento, se da un doble problema: los precios son prohibitivos y hay falta de financiación.

Para responder a esta problemática, se ha creado una iniciativa que pretende estimular precios equitativos de medicamentos, asegurar la producción de medicamentos esenciales y estimular la I+D de medicamentos para enfermedades olvidadas.

El ponente señala que el precio de los medicamentos se ha disparado debido a un aumento y consolidación de la competitividad, una gran presión para que las marcas ya existentes y las nuevas sean rentables, puesta en práctica a escala mundial de los derechos de propiedad intelectual, agotamiento de genéricos baratos y presión de los países ricos a los pobres para limitar el acceso a las exportaciones.

Si se quiere cambiar esta situación, se subraya la necesidad de una nueva política, que garantice una reducción espectacular del precio de los medicamentos de manera que estos sean asequibles para las personas que lo necesitan. Esta política ha de ser sostenible y no debe basarse en la caridad o en las donaciones, debe fortalecer la autonomía de los países en desarrollo y no debe limitarse a los fármacos destinados al tratamiento del VIH/SIDA.

Falta de producción de medicamentos que pueden salvar vidas

Otro problema preocupante es la falta de producción de medicamentos que pueden salvar la vida de muchas personas, tal es el caso de fármacos como el melarsoprol, pentamidina o la eflortina para el tratamiento de la enfermedad del sueño, nifurtimox para la Enfermedad de Chagas, paromomicina para la leishmaniasis, cloranfenicol para la meningitis, o la vacuna para la fiebre amarilla. Se expone como ejemplo el caso de la enfermedad del sueño, que por múltiples razones, ha sufrido un resurgimiento en un momento en el que la producción de fármacos para el tratamiento de la misma estaba en peligro. Todo este problema referente a la falta de producción de medicamentos, fue planteado por Médicos sin Fronteras en su última campaña y las firmas farmacéuticas tuvieron que hacer frente a las responsabilidades y se comprometieron a reanudar su producción para asegurar una distribución gratuita de estos medicamentos. De esta forma, se ha llegado a una solución, que aunque no es duradera, ha cambiado de forma considerable el panorama para estas poblaciones.

Ausencia de investigación y desarrollo

Desgraciadamente, la falta de I+D de medicamentos para enfermedades comunes que afectan a los países en desarrollo hace que salgan al mercado muy pocos medicamentos nuevos para éstas.

Tan sólo el 10% de la investigación sanitaria mundial está dedicada a dolencias que representan el 90% de la carga de enfermedad mundial, un desequilibrio al que se ha calificado como desequilibrio 10/90.

Haber depositado una confianza excesiva para el desarrollo de nuevos medicamentos en la industria farmacéutica multinacional, altamente competitiva y cada vez más consolidada, ha hecho que los medicamentos vitales se vean sometidos a las fuerzas de la economía de mercado. En la actualidad, es en gran medida el poder adquisitivo el que está defi-

niendo las agendas de la investigación y las prioridades, lo que implica que no se satisfagan las necesidades sanitarias de las personas más pobres.

El fallo no es exclusivamente responsabilidad del sector privado. Los gobiernos tienen la responsabilidad final de garantizar que se satisfagan las necesidades sanitarias básicas de las personas.

Enfermedades olvidadas

Cuando para una enfermedad no existe tratamiento o éste es inadecuado y si su potencial para el mercado farmacéutico no es suficiente para atraer a corto plazo las inversiones del sector privado, ésta se puede considerar una “enfermedad olvidada”. La respuesta de los gobiernos también es inadecuada. Es decir, en el caso de las enfermedades olvidadas ha habido un fallo del mercado y un fallo de la política pública. Estas enfermedades afectan sobre todo a personas en los países en desarrollo y los institutos públicos de investigación en el mundo industrializado no las consideran ni una prioridad ni una gran amenaza para sus poblaciones. Por consiguiente, las empresas farmacéuticas basadas en la investigación no continúan el desarrollo de compuestos prometedores para medicamentos que traten estas enfermedades porque la inversión necesaria no proporciona suficientes ganancias.

Las enfermedades tropicales son buenos ejemplos de enfermedades olvidadas. De un total de 1.393 nuevos medicamentos aprobados entre 1975 y 1999, sólo un 1% (es decir, 13 medicamentos) estaba indicado para una enfermedad tropical.

En 2003 se creó la Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas (DNDi, por sus siglas en inglés), bajo la iniciativa de Médicos Sin Fronteras y en asociación con otras instituciones. Se centra en estimular la I+D para enfermedades que han sido olvidadas durante demasiado tiempo por la comunidad investigadora de medicamentos.

El grupo de trabajo de medicamentos sobre enfermedades olvidadas ha comprobado que la política de producción de medicamentos del sector público no está basada en las necesidades reales. Casi siempre, la investigación básica y el consiguiente descubrimiento de compuestos y por tanto de medicamentos potenciales, han contado con financiación pública. Desgraciadamente, dado que la clase política suele satisfacer las necesidades de su propio electorado y que la riqueza está concentrada en los países más desarrollados, los fondos para investigación acaban dedicándose a las enfermedades que afectan a aquellas regiones más ricas. Aunque los gobiernos hayan invertido algo en enfermedades propias de los países en desarrollo, la proporción con respecto al gasto total de producción farmacológica es totalmente irrelevante.

Brechas en el proceso de desarrollo de un medicamento

Un análisis minucioso del proceso de elaboración de medicamentos nos indica exactamente donde radica el problema. La elaboración de un nuevo medicamento a partir de la inves-

tigación básica puede resultar una actividad compleja, larga y costosa. Para producir un medicamento eficaz, pueden ser necesarios miles de compuestos candidatos y sucesivas selecciones basadas en las propiedades bioquímicas, en la seguridad del producto, en sus resultados clínicos y en consideraciones de mercado. El gráfico que se muestra más adelante, refleja este proceso e identifica las brechas cuando la prospección del mercado es baja.

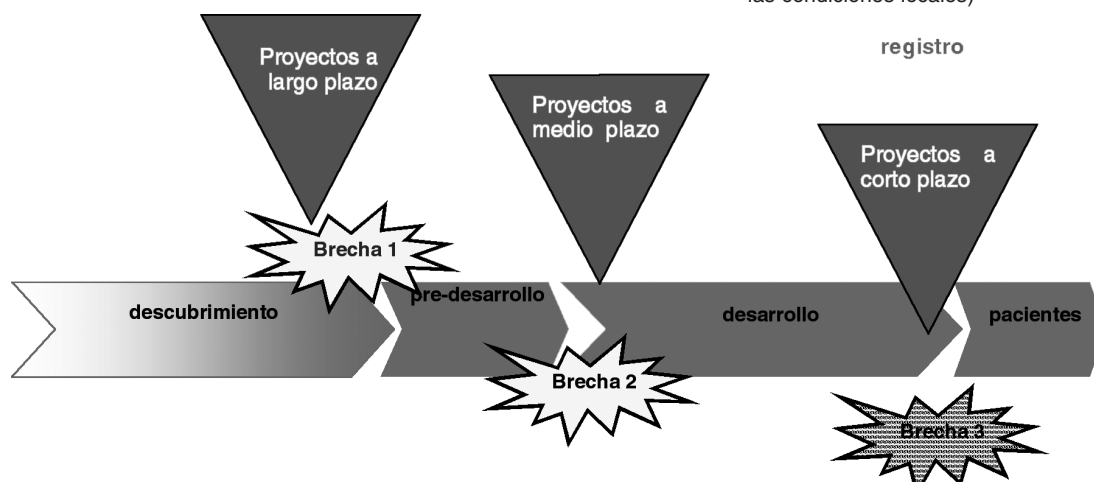
La comunidad de investigación pública, especialmente las universidades e institutos, participa sobretodo en las primeras etapas de la investigación básica y el descubrimiento de medicamentos. La experiencia, infraestructuras y capacidad de gestión necesarias para que estos descubrimientos pasen al proceso de desarrollo de medicamentos están concentradas en el sector privado. Por consiguiente, la industria privada se encarga en gran medida del desarrollo final de medicamentos, basándose en sus propias prioridades.

Es evidente que no se puede confiar en la industria farmacéutica multinacional para que desarrolle los fármacos necesarios para tratar las enfermedades que afectan a los pobres del mundo. Los gobiernos son finalmente responsables de garantizar que las necesidades sanitarias de la población se satisfagan y deben tomar medidas si el sector privado o el mercado falla. La crisis actual en la I+D de enfermedades olvidadas se debe no sólo al fallo del mercado, sino también al fallo de la política pública.

Brecha 1: la investigación básica se publica pero la investigación preclínica no se inicia

Brecha 2: medicamentos potenciales validados no pasan a la fase de desarrollo clínico por decisiones estratégicas de las empresas

Brecha 3: medicamentos nuevos o ya existentes no llegan al paciente (problemas de registro, producción insuficiente, precios elevados o falta de adaptación a las condiciones locales)



La iniciativa DNDi antes mencionada, que surgió ante la necesidad de un nuevo modelo de I+D, es una iniciativa independiente, sin ánimo de lucro, donde la investigación está guiada por las necesidades médicas y no por los beneficios que se derivan de la inversión.

Se centra muy especialmente en las enfermedades olvidadas y tiene también como finalidad garantizar el acceso equitativo al tratamiento y cubrir las brechas en el proceso de desarrollo de un medicamento.

El papel de la Organización Mundial de la Salud y el Desarrollo

Kerstin Leitner

Kerstin Leitner es subdirectora general, Desarrollo Sostenible y Entornos Saludables de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Durante estos días estamos teniendo un extraordinario debate. Hemos oído hablar sobre muchos aspectos relacionados con la salud y los servicios de salud, así como de los muchos determinantes sociales y económicos de la salud.

Creo que empezamos a dibujar el esquema de un programa de trabajo en común, que puede constituir la base para un cambio real.

Con todo lo que se ha comentado durante el diálogo, entiendo que todos estamos de acuerdo en que la salud es un derecho humano y una buena salud tiene un valor intrínseco por y para sí misma. Además, es un medio para alcanzar un fin, porque los avances en la reducción de la pobreza dependen de poblaciones saludables. Hemos de tener claro que estas dos visiones distintas de la salud no representan una opción, ambas tienen la misma importancia. Quizás adaptemos nuestros argumentos según la audiencia a la que nos dirigamos y no hay nada de equivocado en hacerlo, pero nuestro objetivo fundamental es precisamente el mismo: un acceso equitativo a las condiciones y servicios que fomentan y desembocan en una mejor salud.

La pobreza nos preocupa y creo que también estamos de acuerdo en que no se puede sostener por más tiempo una visión de la pobreza sólo en términos puramente económicos. Es el resultado de muchos factores y la falta de ingresos es sólo uno de ellos. Estoy segura de que estamos de acuerdo en que es mejor definir la pobreza en términos de privación o falta de acceso a aquellos medios mediante los cuales los seres humanos pueden desarrollar todo su potencial. Y por supuesto, la buena salud es fundamental para desarrollar todo este potencial.

Quisiera hablar un poco más de la relación entre salud, reducción de la pobreza y desarrollo. Los esfuerzos para hacer frente a las condiciones de salud que tienen un mayor impacto global tanto en la economía nacional como internacional, han sido el centro de gran parte de la atención internacional. El SIDA arrasa con la vida de las personas, debilita a las sociedades y la economía. Tenemos el deber moral de controlar la pandemia de SIDA, control que garantiza beneficios tanto a nivel humano como económico. La inversión en sistemas de vigilancia para prevenir y controlar otros posibles brotes del Síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) puede considerarse en los mismos términos. Fue interesante ver la respuesta presurosa de la comunidad internacional frente al SARS, mientras que la respuesta al SIDA fue lenta e inadecuada y sólo ahora empieza a acelerarse, ahora que nos damos cuenta de que esta epidemia está afectando a los países más desarrollados. Ya contamos con un Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la

tuberculosis y la malaria, y un mayor esfuerzo a escala mundial para que cada vez más personas tengan un acceso seguro y fiable al tratamiento antirretroviral.

Sin embargo, un aspecto relacionado con la ecuación pobreza y salud que con frecuencia se olvida, es la necesidad de hacer frente a las necesidades de salud de los pobres. No se trata tan sólo de la cuestión de identificar las denominadas “enfermedades de los pobres”. Lo que necesitamos son políticas y sistemas que garanticen que los pobres tienen acceso a los beneficios de las tecnologías sanitarias, independientemente de la enfermedad en particular que estén padeciendo.

En la práctica, nos podemos preguntar qué significa esto y cómo debe ser un sistema de salud que favorezca a los pobres. Aumentar el gasto a nivel de distrito es necesario, pero por sí solo es poco probable que sea suficiente. Con frecuencia se destinan los fondos a la construcción de hospitales y todos sabemos que el tratamiento hospitalario y sus costes asociados pueden llevar a muchas familias a la bancarrota. Es necesario invertir más dinero en áreas rurales, pero esto no garantiza que los servicios sanitarios lleguen a los pobres. Garantizar que cada sistema de salud reduzca la injusticia y llegue a las personas a las que por definición, es difícil llegar, es un reto que sólo unos pocos países, ricos o pobres, en el G-8 o G-7, han aceptado. Estemos de acuerdo en que éste es un reto común para todos nosotros.

Que compartamos la preocupación por la injusticia y nuestros esfuerzos en reducir la pobreza, sugiere otro elemento de nuestro propósito común. Creo que muchos de nosotros compartimos muchos valores y principios.

La Declaración de Alma Ata en 1978 fue, por encima de todo, una declaración de principios de política sanitaria. Aunque el contexto en el que estos principios tienen que aplicarse ha evolucionado, su primacía en salud y en desarrollo en general no ha cambiado. Estos principios incluyen el acceso universal conforme a las necesidades, políticas y sistemas que promuevan una mayor equidad, una participación significativa de las comunidades y familias en las decisiones que afectan a sus vidas y un enfoque intersectorial para mejorar los resultados en salud.

Éste último punto nos lleva a otra cuestión en la que creo que todos podemos estar de acuerdo. Un viejo dicho dice que *“la salud es extremadamente importante como para que se ocupen sólo de ella los médicos”*, y como muchos viejos dichos, señala una verdad fundamental. La salud de las personas no sólo está determinada por lo que sucede cuando enferman, sino que también está condicionada por el agua que beben, la comida que comen, por su forma de vida, de trabajo, de relacionarse con los demás, y de criar a sus hijos. Los gobiernos piensan cada vez más a cerca de invertir en salud como una forma de definir una amplia política pública, de la que invertir en servicios de salud es sólo un aspecto. Por ejemplo, en la última Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los miembros adoptaron una estrategia global sobre alimentación, actividad física y salud.

Los factores ambientales contribuyen alrededor de un cuarto de la carga global de enfer-

medad. Más de un millón de personas, en su mayoría en países en desarrollo, carecen de acceso adecuado a agua potable y 2.400 millones de personas carecen de acceso a saneamiento. La mortalidad global debido a la exposición a aire contaminado, por sí sola es responsable de 3 millones de muertes al año, y el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, al que se exponen 3.000 millones de personas en el mundo, tiene como resultado una tasa de mortalidad anual de 1,3 millones de muertes en niños menores de cinco años. Los accidentes de tráfico se llevan la vida de cientos de miles de personas cada año y decenas de millones sufren heridas no mortales. Aproximadamente 3 millones de personas están expuestas de forma considerable a pesticidas agrícolas cada año y el número de personas que sufren de los efectos a largo plazo causados por tal exposición alcanza globalmente alrededor de 700.000. El cambio climático y otros riesgos emergentes contribuyen a la degradación medioambiental y a una mala salud. Es más, los factores de riesgo se multiplican en diferentes contextos o entornos y se derivan a menudo de una presión cada vez mayor para promover el desarrollo económico. Por lo tanto, abordar las causas del problema será más eficaz que cualquier acción rehabilitadora o curativa posterior al hecho. En general, la carga es mucho más pesada en los pobres y grupos vulnerables de la población y especialmente en los niños, principales afectados. Los niños menores de 5 años soportan a nivel global, alrededor del 40% de la carga de enfermedad atribuible a factores de riesgo medioambientales. Por esta razón, la cuarta conferencia de ministros de salud y de medioambiente europeos, co-organizada por la OMS, en junio del presente año en Budapest, ha elegido como tema de discusión “ambientes saludables para los niños”.

Les voy a dar otro ejemplo de cómo la salud está determinada por factores que no están directamente relacionados con ella. Mientras muchos creen que el principal problema que tenemos en relación con la alimentación son los 600 millones de personas severamente desnutridas en todo el mundo, tenemos que mirar más allá en el futuro. El reverso de la moneda es la obesidad, que está creciendo en muchos países y como muestra el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 de la OMS, muchos países en desarrollo están haciendo frente a la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

El círculo vicioso de desnutrición y diarrea, causado por agua no potable y alimentos de dudosa calidad, conduce a una enorme carga global de enfermedad, y ni siquiera hemos empezado a describir los problemas relacionados con los productos químicos en nuestros alimentos. Un esfuerzo conjunto de los países en desarrollo y desarrollados es la mejora de la seguridad alimentaria y se le debería otorgar un papel mucho más importante en la agenda de desarrollo nacional e internacional. Los alimentos poco seguros producen efectos que no sólo repercuten en la salud de las personas, sino también en un sentido amplio, en el desarrollo económico a través del comercio alimentario, el turismo y cambios en la producción y en las políticas agrícolas.

Muchos países de baja renta están actualmente en el proceso de elaboración de estrategias de reducción de la pobreza (ERP). Estos documentos son importantes por ser una declaración de cómo los gobiernos piensan abordar todos los aspectos relacionados con la pobreza y porque, para bien o para mal, las ERP o equivalentes, se están convirtiendo en la base sobre la cual, muchos donantes deciden y alinean su ayuda financiera. Una de

nuestras funciones en la OMS es ver cómo la salud está reflejada en las ERP y me temo que la respuesta no es muy positiva. Por supuesto que hay excepciones entre las que cabe citar a Mozambique y Ruanda. Observamos que hay muchas oportunidades perdidas: no sólo de aplicar una perspectiva a favor de los pobres al gasto dentro del sector salud, sino que además, volviendo al tema que considero principal, se ha perdido la oportunidad de pensar en la salud en relación con todos los aspectos de la política nacional. Tenemos que ser más ambiciosos, más creativos y tenemos que encontrar maneras de trabajar fuera de nuestra rígida disciplina y encasillamiento institucional. Si la reducción de la pobreza es nuestro objetivo, entonces todos los que participamos en esto tenemos que unirnos y trabajar juntos.

No deberíamos olvidarnos que la pobreza no es sólo una cuestión que afecta a los países de baja renta. La pobreza existe también en lugares desarrollados del mundo y ha creado inequidad en el acceso a los servicios de salud. La pobreza se asocia con frecuencia con el desempleo prolongado y la condición de inmigrante. Todos sabemos que la brecha entre ricos y pobres se está agrandando. Por consiguiente es necesario desarrollar políticas a favor de los pobres tanto a nivel nacional como internacional para reducir las injusticias a escala mundial.

En septiembre de 2000, se produjo la reunión de jefes de estado y gobierno en la sede de Naciones Unidas en Nueva York que marcó el comienzo del nuevo milenio al adoptar la denominada Declaración del Milenio. Esta Declaración fue refrendada por 189 países y se tradujo en la elaboración de un plan que establecía objetivos y metas a alcanzar en 2015.

Los ocho objetivos en la sección de desarrollo y erradicación de la pobreza son conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La gran diferencia con sus predecesores es que en lugar de tan solo establecer los objetivos a los que aspiran alcanzar los países en desarrollo, los ODM se enmarcaron como un pacto, que reconoce la contribución que pueden hacer los países desarrollados mediante comercio justo, ayuda al desarrollo, alivio de la deuda, acceso a medicamentos esenciales y transferencia de tecnología. Sin el progreso en estas áreas, que se resumen en el objetivo 8, los países más pobres se enfrentan a una ardua lucha para lograr los objetivos 1 a 7.

Los escépticos quizás se pregunten si merece la pena contar con objetivos selectivos de esta naturaleza dado el historial de aplicación tan irregular de declaraciones internacionales previas. Aunque es cierto que los objetivos y metas por sí solos no pueden lograr cambios, y que el progreso en el seguimiento está cargado de problemas, creemos que merecen la pena por una serie de razones y espero que podamos salir de este diálogo con un acuerdo sobre esto.

Lo primero y principal es que son un medio, si se utilizan bien, para exigir a los responsables de guiar y gestionar el desarrollo que cumplan con sus compromisos, y esta responsabilidad concierne tanto a países en desarrollo como desarrollados. En segundo lugar, refuerzan el papel de la salud en el desarrollo. Con tres de ocho objetivos, ocho de 18 metas y 18 de 48 indicadores relacionados con la salud, nadie puede decir que el desarrollo sólo está relacionado con el crecimiento económico.

Algunos críticos sostienen que los ODM no incluyen aspectos clave de la agenda de salud y desarrollo. Debemos ser conscientes de esto, pero también creemos que es mejor pensar en los ODM como base para la obtención de los resultados más importantes que el desarrollo debería lograr: que cada vez mueran menos mujeres en el momento del parto; que más niños sobrevivan los primeros años de vida; que superemos finalmente la catástrofe del VIH/SIDA, asegurando que las personas tengan acceso a medicamentos que podrían salvar vidas. Los ODM representan fines deseables, pero no son una fórmula para que los medios logren los fines a alcanzar.

Seamos claros como el agua. Los países no están fracasando en el logro de los ODM porque carezcan de intervenciones eficaces. Naturalmente hay una necesidad de nuevos medicamentos, vacunas y diagnósticos y por consiguiente se necesita afrontar una importante agenda de investigación en relación con los ODM. No obstante muchos países no están retrasados porque carezcan de conocimientos acerca de cómo tratar una neumonía en un niño, prevenir diarreas, asistir a partos seguros o incluso prolongar la vida de personas que padecen el SIDA. Lo que ocurre es que las intervenciones eficaces con frecuencia no llegan a las personas que las necesitan debido a la falta de recursos.

El actual gasto en salud en la mayoría de los países de baja renta es insuficiente para el logro de los ODM relacionados con la salud. Las estimaciones globales de lo que se necesita son el doble de la ayuda de 2001, que fue de aproximadamente 50.000 millones de dólares, esto es, se necesita 100.000 millones de dólares al año para lograr los ODM, 10.000 millones de dólares al año de gasto en VIH/SIDA y que se llegue a quintuplicar el gasto de los donantes en salud.

El progreso sin embargo, no puede depender solo de la ayuda, también puede marcar una diferencia importante la reducción de las barreras arancelarias erigidas por los países ricos a las exportaciones de los países en desarrollo. El trabajo hacia una armonización y un reglamento internacional de principios, que incluya las preocupaciones de los países en desarrollo, es sumamente importante.

Aunque muy pocos cuestionarían que es necesario un incremento de fondos, existe la preocupación a cerca de la capacidad actual de los países pobres de absorber mayores ingresos procedentes de la ayuda al desarrollo. Además, continúa existiendo un debate entre ministros de finanzas, instituciones de Bretton Woods y otro tipo de instituciones, sobre el alcance que supone un aumento a gran escala de la ayuda al desarrollo en la estabilidad macroeconómica. Mientras que el incremento en los volúmenes de ayuda puede influenciar los tipos de cambio y la competitividad, esto no evitará que el VIH/SIDA y otras causas de mala salud, golpeen duramente a las economías por un largo periodo de tiempo. La política fiscal debería reflejar la urgencia de la situación en algunos países, especialmente aquellos más golpeados por el VIH/SIDA donde las altas tasas de mortalidad de los funcionarios, maestros, policía y profesionales sanitarios amenazan la estabilidad de la sociedad.

Por tanto, es esencial contar con más fondos, aunque suponga sólo una parte determinante del progreso. Éste dependerá igualmente, por un lado, de que se consigan políticas ade-

cuadas, del funcionamiento de las instituciones que tienen que poner en marcha estas políticas y de la construcción de sistemas de salud eficaces y justos. Por otro lado, estará supeditado al incremento de la demanda que provocará un aumento de la calidad y cantidad de los servicios, así como de que se garantice que haya suficiente personal para llevar a cabo todo el trabajo necesario, factor este último con frecuencia olvidado.

Estemos también de acuerdo en que no será posible mejorar los resultados en salud si no se hacen grandes mejoras en los sistemas sanitarios, que a su vez dependen de los cambios en la gestión del sector público, nuevas formas de compromiso con el sector privado, más investigación dirigida a mejorar los sistemas de salud, así como de las políticas e intervenciones que van más allá del propio sector salud.

Por último, pero no por ello menos importante, llevémonos de este diálogo que el desarrollo sostenible no es una idea nueva: la necesidad de armonía entre el entorno físico, la sociedad y la economía ha sido reconocida por muchas culturas a lo largo de la historia del ser humano. Fomentando un entorno saludable, construyendo una sociedad radiante y justa, y desarrollando una economía próspera para las generaciones actuales y futuras, exige que estos tres pilares se integren eficazmente para guiar las acciones de individuales, gobiernos y organizaciones. El reto es encontrar la mejor manera de unir estos tres pilares y desarrollar políticas que se dirijan por igual a éstos sin comprometer ningún lado. Para que esto ocurra, necesitamos comprender que la salud es una responsabilidad compartida por todos los segmentos de la población. Las personas individualmente, garantizando estilos de vida sana; los empresarios, asegurando lugares de trabajo saludables; los gobiernos, proporcionando entornos físicos y sociales favorables para la salud y manteniendo sistemas sanitarios asequibles y funcionales. Este es un gran reto, y es un reto hacia el que merece la pena trabajar y con el que todos podemos comprometernos.

Comentario:

El universalismo llevaría a una política sanitaria poco comprometida, porque entendido como igualdad de acceso, en muchos países en desarrollo, no es suficiente cuando se trata de poblaciones marginadas.

Comentario:

El neoliberalismo lo interpreto, lo defino y lo entiendo, como ese conjunto de formulaciones, teorías, propuestas y prácticas que tienden a dar prioridad al mercado en la solución de problemas, tanto individuales como sociales. En mi opinión, esa prioridad muchas veces es indebida.

Comentario:

Los fallos en la provisión de salud para las mayorías excluidas, han puesto de manifiesto los fallos del mercado en los procesos de desarrollo.

Comentario:

Tendríamos que hablar, aunque pueda ser una contradicción, de un sistema universal discriminatorio: hay que ir al encuentro de los enfermos.

Comentario:

La impresión que tengo es que lo políticamente correcto por parte de todos es decir que todo el mundo tiene derecho a la salud. En realidad esto no es así, muchas veces la población general vive negativamente el que una persona que no paga impuestos, se beneficie de ciertos servicios, incluido el acceso a servicios sanitarios y por parte de los propios profesionales, se da una escasa sensibilización para con los inmigrantes, que a veces son vistos como pacientes problemáticos con dificultades de comunicación, formación, etc.

Comentario:

Más de la mitad de las camas hospitalarias brasileñas son privadas. ¿Cómo relaciona usted ese “cáncer” de la relación entre público y privado, en un país donde la mayor parte de estas camas son privadas, pero el financiador principal es público?.

Comentario:

Nos han dicho que el Sistema Único de Salud garantiza de Brasil, el acceso a la atención primaria de salud. Sin embargo solo cubre a 60 millones de habitantes, que es menos de la mitad de la población brasileña y la mayoría de las infraestructuras no están bien dotadas. A mí me gustaría saber qué previsiones tiene el gobierno para ampliar estas coberturas a coberturas reales.

Comentario:

Las personas de clase social más aventajada utilizan los servicios sanitarios privados. Creo que esto va en detrimento de los servicios públicos, ya que para que éstos funcionen, es importante que la población los utilice por igual. De esta forma se genera demanda y la población es más exigente.

Comentario:

Tras llevar 20 años trabajando en América Latina y ver las desigualdades que allí existen, me parece difícil que se pueda llegar a una situación en la que todos acepten los mismos servicios. Seguramente, los grupos privilegiados de América Latina no utilizarán estos servicios públicos porque pueden ir a Estados Unidos a recibir tratamiento. Debe haber cambios sociales importantes para que ello se consiga.

Comentario:

La lógica del mercado en la salud es como un cáncer: devora el dinero público para pasarlo a manos privadas.

Comentario:

Me pregunto por qué los estados, no sólo los nuestros, sino todos, quieren concebir la sanidad como un pozo sin fondo de gastos y no como una riqueza del país.

Comentario:

La exclusión de ciudadanos también genera perjuicios, es algo que se vuelve en contra de la economía de mercado y de los que integran dichos mercados.

Comentario:

Me llama la atención que la problemática de la transición epidemiológica de África está pasando muy desapercibida. Considero que en esta región, las estrategias de prevención podrían facilitar las condiciones de vida para los ciudadanos.

Comentario:

Es llamativa la gran preocupación a lo largo del diálogo por la fuga de cerebros si tenemos en cuenta el altísimo porcentaje de población mundial que no tiene acceso a educación primaria básica.

Comentario:

¿Realmente son los países ricos los únicos responsables de la situación de la salud en el mundo?.

Comentario:

Con respecto a las iniciativas público-privadas, ¿cuál es la correlación de fuerzas entre los donantes y los países receptores en las supuestas ayudas?, ¿son los donantes quienes deciden qué vacunas o medicamentos se han de administrar a los niños?.

Comentario:

Debemos asegurarnos que estamos haciendo lo correcto para dejar que los países en desarrollo dirijan sus procesos, esto es, hay que ofrecerles mecanismos flexibles para evitar las intervenciones verticales. Creo que los partenariados que tienen más éxito son los que ofrecen más flexibilidad a los países receptores.

Comentario:

Me da la sensación de que se van destacando mucho los medicamentos y se están perdiendo de vista los determinantes de la salud.

Comentario:

¿Qué podemos hacer ahora para presionar a las farmacéuticas para que empiecen a ayudar a que haya acceso a medicamentos esenciales y a precios aceptables para todos aquellos que los necesitan?.

Comentario:

¿Por qué tanto interés por parte de la industria en entrar en el tema de la caridad o filantropía?. Tengo el temor de que sea una manera de justificar que la intervención privada siempre sea mejor que la pública y que es más ágil.

Comentario:

La filantropía no suele dar sostenibilidad. Los sistemas de salud necesitan medidas sostenibles.

Comentario:

Creo que tiene que haber una regulación directa de los beneficios de las industrias farmacéuticas.

Capítulo IV

Alianzas en materia de salud para corregir los desequilibrios

Este bloque se encuentra integrado por ponencias que tratan el tema de las alianzas en materia de salud bajo distintas perspectivas.

En primer lugar, las ponencias de Octavi Quintana y Alexandre Abrantes, nos ofrecen una síntesis de las políticas y prioridades en materia de salud y desarrollo de organismos internacionales como la Unión Europea y el Banco Mundial respectivamente.

En segundo lugar, se encuentran aquellas ponencias que abordan el problema de los recursos en los países en desarrollo y se exponen ejemplos de iniciativas y alianzas público-privadas que tienen como objetivo abordar el problema de la escasez de capital en materia de salud pública. La ponencia de Christoph Benn, nos presenta el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, como ejemplo de asociación que tiene como propósito atraer, dirigir y desembolsar recursos adicionales para la lucha contra estas tres enfermedades. Gilbert Bukenya aborda el problema de la necesidad de recursos centrado especialmente en la realidad del continente africano. Subraya la necesidad de encontrar mecanismos para la generación de tales recursos de forma interna y externa a los países, llama la atención sobre la importancia de coordinar la ayuda económica para el desarrollo en salud y comenta sucintamente el problema de los recursos humanos en estos países. Pedro Alonso, describe la experiencia del Centro de Investigación en salud de Manhica, Mozambique, como ejemplo de colaboración multilateral. Murilo Alves Moreira nos presenta la experiencia de The Global Business Coalition de Brasil en la movilización de recursos para mejorar el acceso a la salud desde el sector privado. Eric Buch, nos revela a la Nueva Asociación para el Desarrollo de África, adoptada por la Unión Africana, como estrategia de desarrollo que implica un compromiso solemne de los gobiernos africanos y representa un paso importante para proporcionar a las futuras generaciones africanas una perspectiva real de una vida libre de un exceso de incidencia de enfermedades, incapacidad y muertes prematuras que podrían ser evitadas.

El tercer grupo de ponencias de este capítulo, se centra en el diálogo norte-sur en el ámbito de la salud y el papel de las ONGs sanitarias. Ramón Vallescar, en su comunicación, aborda la relación entre pobreza, injusticia y salud, el problema de la disminución progresiva del compromiso político para solucionar los problemas relacionados con la salud y plantea estrategias de actuación de las ONGs. Montserrat Figuerola nos muestra un ejemplo claro del diálogo norte-sur, el Grupo Sur, cuya seña de identidad es trabajar la cooperación bajo la perspectiva de políticas de transformación social, con un alto compromiso con las organizaciones políticas y sociales que han impulsado estrategias de cambio frente a las desigualdades sociales. Alfons Sancho, como representante de la Federación Catalana de ONGs para el Desarrollo, ofrece la visión de las organizaciones que agrupa esta federación con respecto a la situación actual de las políticas sanitarias y plantea apor-

taciones que se pueden hacer con respecto a tales políticas desde el mundo de las ONGs y cuyo objetivo último es la lucha contra la pobreza y la mejora del bienestar de la población mundial. Jean Roy expone el papel y respuesta de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en las crisis humanitarias, y propone enfoques para lograr sinergias e impacto mediante la integración y asociaciones, centrado especialmente en aquellas crisis que atañen especialmente a la salud y frenan el desarrollo de las poblaciones más vulnerables en los países en desarrollo.

Políticas y Prioridades en materia de salud y desarrollo en la Unión Europea

Octavi Quintana

Octavi Quintana es director de Investigación Biomédica, Dirección General de Investigación, Comisión Europea. Bruselas.

En esta ponencia se expone en primer lugar la acción externa de la Unión Europea (UE) y se destaca su papel como uno de los principales socios comerciales de los países en desarrollo, ser uno de los mayores contribuyentes en el mundo de ayuda humanitaria y ayuda al desarrollo, y estar involucrada en investigación para el desarrollo a escala mundial. El ponente subraya que la UE también trabaja en pro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, siendo los objetivos relacionados con la salud de alta prioridad para la Unión.

Dentro de las acciones de la UE, se hace explícito el papel del Programa para la Acción, cuyo objetivo es la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza. Este programa tiene tres pilares, que son:

- Comercio. Se persigue conseguir que los productos farmacéuticos sean más asequibles para los países en desarrollo.
- Desarrollo. Un ejemplo sería el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.
- Investigación en busca de nuevas intervenciones para la lucha contra las tres enfermedades.

Dentro de este Programa para la Acción, el ponente destaca la importancia del pilar de la investigación, que cubre desde la investigación básica sobre las tres enfermedades antes mencionadas hasta aquella investigación más operativa sobre sistemas sanitarios.

Se definen los principios de la política de investigación de la UE, que son:

- Establecimiento de un marco global para todo el proceso de desarrollo (desde el descubrimiento hasta el ensayo en humanos).
- Desarrollo de la investigación en áreas endémicas.
- Desarrollo de estrategias y asociaciones sostenibles.
- Involucrar a la industria.
- No centrarse exclusivamente en el VIH/SIDA, sino aprovechar sinergias con la tuberculosis y la malaria.
- Integración de las diferentes políticas (investigación, desarrollo y comercio).

Como consecuencia de lo anterior, se espera que los investigadores de la UE se impliquen en los proyectos de investigación en los países en desarrollo e integren aspectos tan

importantes como la formación y capacitación de personal en estos países, se creen alianzas con la industria y se produzca una vinculación con una investigación de naturaleza más operativa.

En junio de 2003 se creó una asociación a largo plazo entre Europa y los países en desarrollo que tiene por objetivo la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria a través de nuevas intervenciones clínicas, que tiene por nombre *European-Developing Countries Clinical Trials Partnership* (EDCTP) Esta iniciativa es el mayor programa de ensayos clínicos que se ha dirigido a África en la historia y crea una nueva entidad legal independiente con la que debería ser más flexible aceptar los retos: la *European Economic Interest Grouping* (EEIG).

Esta asociación es por tanto un esfuerzo conjunto entre la UE, donantes y la industria para combatir las enfermedades relacionadas con la pobreza mediante una investigación y desarrollo cada vez más y mejor estructurada, que hace frente a las necesidades de la población. La iniciativa EDCTP, es un componente integral del marco global del Programa para la Acción antes mencionado que se estableció en 2001.

El ponente señala entre sus principales actividades:

Fase II/III de los ensayos clínicos en el África Subsahariana.

Capacitar a los países de África Subsahariana en investigación.

Mejorar la red de trabajo y coordinación de actividades de los países en desarrollo.

Mejorar en Europa la red de trabajo y coordinación de actividades de los programas de investigación clínica.

Se pretende que los países en desarrollo, desde el punto de vista político, científico e institucional, sientan como suyos la iniciativa EDCTP; se cree una infraestructura eficiente y una trayectoria profesional para los investigadores africanos; se vinculen las actividades de la EDCTP con los sistemas de salud locales, regionales y de la Nueva Alianza para el Desarrollo Africano (NEPAD, por sus siglas en inglés); y se establezcan nuevas asociaciones público-privadas para compartir el riesgo de la inversión junto a la industria.

Finalmente, el ponente se refiere a la cooperación internacional como una dimensión esencial de la actividad de la UE en el campo de la investigación tecnológica y el desarrollo.

Políticas y prioridades del Banco Mundial (BM) en proyectos de salud en África

Alexandre Abrantes

Alexandre Abrantes es jefe del sector salud de la Región Africana del Banco Mundial. Washington D.C.

Las mejoras en salud en África han sido más lentas que en otras regiones, y algunos países están experimentando un revés. Incluso en aquellos países en los que la salud está mejorando, las personas pobres no necesariamente se están beneficiando de estos avances. Mientras que la carga de las enfermedades no transmisibles está creciendo, tratar las enfermedades transmisibles sigue siendo una prioridad para la población pobre. El número de niños desnutridos aumenta y el crecimiento de la población y la salud reproductiva serán prioridades para al menos la siguiente década. Combatir estos problemas no será fácil porque el África Subsahariana se enfrenta a limitaciones extraordinarias para mejorar los resultados de salud de las personas pobres, que incluyen una capacidad institucional débil, la fuerte influencia de asociados externos, un entorno social, político y geográfico pobre y los efectos sin precedentes del VIH/SIDA.

Los siguientes apartados tratan sobre cuál debería ser la respuesta del Banco Mundial a esta situación y cuál es la ventaja comparativa de responder a la crisis de salud, nutrición y de población en África.

¿Por qué y cómo el Banco Mundial debería involucrarse?

El Banco Mundial no puede tratar todos los determinantes que pueden mejorar los resultados en salud y por ello debería centrarse en aquellas áreas en las que posee una ventaja comparativa con relación a otras agencias de desarrollo que trabajan en la región. Por ello, debería dirigir la transferencia de conocimientos, asesoramiento en política, análisis, juicio, monitoreo y evaluación a:

- Influcidar en políticas macroeconómicas y fiscales relacionadas con la salud, nutrición y población.
- Asegurar que las políticas en inversiones fuera del sector salud tengan un impacto positivo sobre los resultados en salud.
- Ayudar a los países clientes a desarrollar sistemas de salud eficaces.
- Asegurar que los recursos son efectivamente movilizados y empleados, de forma que se consiga el mayor impacto y se proteja a las familias de un empobrecimiento debido a enfermedad.

Mejorando salud, nutrición, y población mediante una política fiscal y económica

Hay claras oportunidades para mejorar los resultados en salud, nutrición y población entre los pobres mediante la política fiscal y económica. Aprovechar estas oportunidades a nivel nacional requerirá un diálogo continuo dentro de y entre los gobiernos competentes y sus asociados internacionales de ayuda al desarrollo. Mejorar el diálogo político y operacional a escala nacional y fortalecer los vínculos entre los sectores sociales y los ministerios centrales (finanzas, economía, planificación, gobiernos locales, hacienda) puede mejorar el funcionamiento del sector salud.

La parte del gasto público asignada a salud y la forma en que las estrategias de reducción de la pobreza tratan la salud, nutrición y población, sugieren que los que toman las decisiones no se dan cuenta de que niveles de salud y nutrición más altos y tasas de fertilidad más reducidas, pueden reducir la pobreza. El aumento del gasto en salud no mejorará los resultados de ésta, ni el alivio de la deuda reducirá la pobreza si no se ponen en práctica importantes esfuerzos, mejores políticas y una adecuada asignación de recursos para los pobres.

El sector salud se beneficiaría mucho si se trabajara más estrechamente con los ministerios centrales en políticas de descentralización, reforma del funcionariado público, el sistema tributario y el sistema financiero. Se necesitarán conocimientos específicos del sector y asesoramiento político para desarrollar marcos de políticas, documentar agendas para la reforma y monitorear la puesta en marcha de éstas, para asegurar que la política económica y fiscal, las reformas del sector público y la reforma del funcionariado público tienen impacto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Aún se asigna un porcentaje importante del gasto público en salud al hospital universitario nacional en la capital de la ciudad, que tiende a servir de forma desproporcionada a los ricos y proporciona servicios menos costo-efectivos. La reasignación de recursos desde la atención terciaria hacia la atención primaria ha sido una ambición común, pero no es nada sencillo. Los servicios de alta tecnología están protegidos políticamente y reducir su presupuesto para aumentar el de atención primaria puede producir “carencias” demasiado visibles, debido a que están ubicados en la capital.

Solo en las más insólitas circunstancias es política y socialmente viable cerrar o reducir el tamaño de hospitales de referencia y otros hospitales importantes o institutos médicos. Puede ser de utilidad la existencia de condiciones para que los gobiernos sean responsables en sus compromisos. Pero se requiere experiencia específica y conocimiento de la situación para evitar la ignorancia e ingenuidad en el diseño de tales condicionantes y garantizar que tengan significado.

Es necesario distinguir entre las estrategias de salud que reducirán la pobreza y aquellas que responderán a las necesidades de los más pobres. Estos objetivos coinciden en parte pero son diferentes. La mayoría de las estrategias de reducción de la pobreza (ERP)

fomentan el primero. Los borradores de las estrategias de reducción de la pobreza por el momento, muestran poca atención a los servicios para los más pobres, lo que implica el riesgo de que el alivio de la deuda mantenga patrones de gasto que no beneficiarían a los pobres. Así pues, mejorar los resultados en salud en África Subsahariana requerirá el desarrollo y el apoyo a políticas centradas en sectores sociales paralelas al crecimiento de los ingresos.

Se requiere un sector de salud competente para garantizar que la política fiscal y económica y las grandes reformas de los gobiernos, contribuyan a los esfuerzos para mejorar los resultados en salud. El papel del Banco Mundial en salud, nutrición y población, no puede reducirse sólo a la transferencia de recursos. El asesoramiento político, la transferencia de conocimientos y el monitoreo siguen teniendo una importancia fundamental. Las experiencias iniciales de alivio de la deuda bajo la iniciativa HIPC (del inglés High Indebted Poor Countries) muestran que las decisiones de los gobiernos no siempre responden a las conclusiones obtenidas del análisis del sector o no reflejan los compromisos establecidos para reducir la pobreza. Varios países HIPC han usado lo recaudado inicialmente del alivio de la deuda para invertir en hospitales o tratamientos de alta tecnología para los grupos de población de ingresos elevados.

Es delicado la coordinación de incrementos de recursos súbitos y grandes y que a su vez se produzca una ostensible mejora en la capacidad para gestionarlos. Los especialistas en salud pueden trabajar con los economistas del Banco Mundial en el país para garantizar que los programas se anticipen y se centren en dichos problemas. Si bien, parte de los recursos deberían usarse para contar a largo plazo con un sector público con capacidad, también es necesario a corto plazo mejorar su capacidad para administrar la afluencia de recursos. En muchos casos los especialistas en salud pueden trabajar con el ministerio de salud para derivar las responsabilidades del gobierno central a los gobiernos locales o grupos no gubernamentales, incluyendo las instituciones del sector privado y contratistas. Estas estrategias están siendo cada vez más utilizadas en el África Subsahariana.

Incluso si las estrategias y los programas de gasto aportan conocimiento y experiencia (y parecen potenciar al máximo la capacidad tanto del sector público como privado de mejorar los resultados en salud entre los pobres), la puesta en marcha tendrá que ser monitoreada estrechamente. La experiencia con programas sectoriales de salud ha demostrado la importancia de monitorear las actividades, procesos e impactos y así, garantizar transparencia y responsabilidad con relación a los objetivos establecidos. En muchos casos, el monitoreo por parte del gobierno, trabajando con los especialistas en salud del Banco Mundial y otros asociados, puede ayudar a que los obstáculos se superen fácilmente y a facilitar el diálogo con donantes externos cuando se obtienen resultados que no se planearon y que implican una revisión de las estrategias.

Las lecciones iniciales que se pueden extraer de la puesta en marcha de las estrategias de reducción de la pobreza, han puesto de relieve áreas que se beneficiarían de una mayor coordinación entre el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los macroeconomistas del Banco Mundial y entre el Banco Mundial y otras agencias especializadas en salud:

- Asignando presupuestos apropiados al sector salud.
- Entendiendo el impacto que puede tener un crecimiento económico lento, la inestabilidad política y los factores culturales en los indicadores de desarrollo humano.
- Reduciendo las disparidades en la asignación de subvenciones para asistencia sanitaria entre regiones y grupos de ingresos.
- Analizando los beneficios e incidencia del gasto público en salud.
- Haciendo frente a las limitaciones del funcionariado público y políticas salariales que frenan el avance del sector salud.
- Poniendo de relieve los efectos de impuestos, tarifas y políticas de precios en productos farmacéuticos, equipos médicos y otros insumos médicos.
- Reformando presupuestos, incluso en su dimensión de descentralización y ejecución basada en el presupuesto.

Los marcos de gasto a medio plazo (del inglés Medium Term Expenditure Framework, MTEF) pueden ayudar en el tratamiento de lo que concierne a la distribución del presupuesto entre inversión y gastos corrientes y en garantizar que los especialistas sectoriales y los macroeconomistas trabajen juntos.

No todas las inversiones se explican en el programa nacional de desarrollo. En muchos países, el sector salud recibe donaciones o proyectos de apoyo sin la supervisión de los ministerios centrales o incluso siendo conscientes de acuerdos especiales entre un donante y un distrito, hospital o comunidad local. El Banco Mundial puede asistir mejor a los países clientes para preparar MTEF basados en un proceso de planificación analítico bien hecho y estratégico en el que la salud y la habilidad financiera van de la mano.

La acción multisectorial para mejorar los resultados

Los determinantes de la salud, en gran medida, pertenecen a áreas que están fuera del sector salud. El Banco Mundial, por lo general activo en muchos sectores en un país, está considerando cómo trabajar de forma efectiva entre sectores, reconociendo las potenciales sinergias de una acción multisectorial.

Las Acciones entre múltiples sectores pueden afectar a los resultados en salud, nutrición y población

A pesar de las variaciones entre países, casi todas las agencias gubernamentales tienen responsabilidades que tienen consecuencias potenciales en salud. Ocasionalmente estas responsabilidades abarcan programas de salud en los que el Ministerio de Salud con frecuencia no se encuentra a la cabeza, como la salud escolar, la calidad del agua, la seguridad alimentaria o la seguridad en las carreteras. Para el sector salud constituye un desafío particularmente importante aquellos programas públicos (no sanitarios) que tienen un gran potencial para producir consecuencias negativas para la salud, como por ejemplo, los planes de agua hidroeléctrica e irrigación que fomentan los parásitos responsables de un gran número de enfermedades transmisibles, o los programas sin explotar que tendrían

consecuencias positivas para la salud (por ejemplo, el suministro de electricidad a las aldeas aumentaría el comportamiento saludable). Además de mejorar la salud, la cooperación multisectorial puede apoyar las mejoras en el funcionamiento del sector sanitario.

La acción multisectorial para la obtención de mejores resultados en salud, confiere mucha importancia a la cooperación entre departamentos ministeriales, entre profesionales y entre las muchas y variadas instituciones culturales. Sin embargo la cooperación es frecuentemente difícil debido a las diferencias en los valores y formación de los profesionales y porque las personas que trabajan en instituciones burocráticas tienden a ser más o menos receptivas pero tienen pocos incentivos para trabajar de forma colaborativa en el nivel horizontal. El Banco Mundial y sus asociados necesitan trabajar con los países africanos para vencer estas barreras y facilitar la introducción de incentivos para una acción multisectorial.

El análisis del impacto medioambiental proporciona una plataforma que plantea el impacto en salud de las iniciativas de desarrollo

El análisis del impacto medioambiental, requisito para todos los proyectos de inversión financiados por el Banco Mundial, también ofrece una oportunidad para considerar el impacto potencial en los resultados en salud. Algunos bancos regionales de desarrollo promueven un análisis del impacto en salud separado del análisis medioambiental. Para el Banco Mundial, los especialistas en salud necesitarían trabajar con otros especialistas sectoriales y así idear estrategias para mitigar los riesgos o explotar enteramente los beneficios potenciales.

Sistemas eficaces para intervenciones en salud, nutrición y población

¿Por qué debería el Banco Mundial centrarse en los sistemas de salud?, porque afectan a los resultados en salud. Por supuesto que cada intervención específica o paquete de intervenciones es de gran importancia para esos resultados, pero para ser eficaces necesitan ser bien ejecutados en un contexto más amplio. El informe sobre la Salud en el Mundo 2000 afirma: *“los diferentes grados de eficiencia con el que los sistemas de salud se organizan y financian y reaccionan a las necesidades de su población, explican en gran medida la amplia brecha en los índices de mortalidad entre los ricos y los pobres, en países y entre países, a lo largo del mundo”*.

El Banco Mundial contribuye al desarrollo de sistemas de salud sostenibles proporcionando su conocimiento global y experiencia para fortalecer los sistemas y la capacidad institucional. El objetivo central del Banco Mundial es el aumento de la capacidad de los países clientes de identificar y reevaluar continuamente los problemas prioritarios de salud, establecer políticas nacionales de salud, diseñar estrategias locales efectivas basadas en la experiencia y conocimiento global, movilizar recursos nacionales y la ayuda externa, poner en marcha estrategias y monitorear y evaluar su impacto.

La efectividad de las intervenciones en prevenir y tratar enfermedades, la desnutrición y mejorar la salud reproductiva, depende más que de ningún otro factor, de la posibilidad de mitigar o incluso eliminar las debilidades del sistema. El Banco Mundial tiene una ventaja comparativa para apoyar a los países clientes a la hora de identificar las estrategias que pueden fortalecer la capacidad de sus sistemas de salud. Los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en África Subsahariana hoy están relacionados con los recursos humanos, los marcos organizativos, los fármacos, las infraestructuras y equipamientos, las asociaciones público-privadas y la respuesta de las familias y de la comunidad.

Ni el Banco Mundial ni la comunidad global tienen soluciones simples para muchos de estos retos, pero los sistemas de salud africanos están tratando de identificar soluciones locales. El Banco Mundial y otros asociados pueden ayudar a garantizar que esas soluciones locales estén bien fundadas en experiencias regionales y globales, que se desarrollen sobre una base analítica fuerte, que sean monitoreadas y evaluadas estrechamente para modificar los enfoques cuando no se obtienen los resultados deseados y que se comparan los éxitos en la región.

Financiamiento sostenible de las intervenciones de salud, nutrición y población

La mayoría de los países africanos carecen de un financiamiento adecuado para la salud. No hay un consenso global o regional en cómo la asignación de recursos y las estrategias de compra pueden proteger mejor del empobrecimiento, mientras mejoran los resultados en salud. Tampoco el financiamiento disponible es asignado eficientemente, eficazmente o equitativamente. Aún así, los países en la región se están moviendo hacia enfoques sectoriales, llevando las cuentas de salud y las revisiones del gasto en el sector, asociándose con amplias redes de proveedores religiosos afiliados y forjando asociaciones con otros países para mejorar economías de escala.

El gasto en salud, nutrición y población es más bajo en África que en cualquier otro lugar del globo. La iniciativa HIPC podría incrementar significativamente el gasto público en salud de esta región. A cambio del alivio de la deuda, los países beneficiarios están obligados a adoptar políticas sólidas de gestión económica y de reducción de la pobreza, con especial énfasis en los servicios sociales básicos (salud y educación). No obstante, existen riesgos de que los recursos adicionales no logren su efecto potencial debido a la existencia de asignaciones de presupuestos y sistemas de provisión de servicios ineficientes e injustos. Otro riesgo adicional es que los ministerios de salud no sean capaces de absorber con rapidez los amplios recursos adicionales puestos a su disposición y que el ministerio de finanzas por tanto desvíe los recursos a otro lugar. El Banco Mundial tiene la responsabilidad de proponer soluciones a estos problemas, seguir la pista de las asignaciones al sector y evaluar los resultados de la financiación HIPC en los sectores sociales.

El elevado nivel de las inversiones financieras apoyado por la ayuda al desarrollo, puede generar una demanda insostenible de gastos corrientes. Esta es una de las explicaciones de la tendencia hacia el apoyo presupuestario y los fondos comunes de financiación bajo los enfoques sectoriales (del inglés Sector Wide Approach, SWAP).

El Banco Mundial tiene un papel fundamental en el apoyo a los países clientes africanos en el desarrollo de estrategias de financiamiento sostenibles y eficaces. Falta un consenso global sobre qué prácticas de financiación de la salud son mejores para los países muy pobres y con baja capacidad. Pero hay algunas lecciones aprendidas y existe el consenso sobre algunos principios básicos.

Para la mayoría de la población rural en África, la opción de tener seguro médico simplemente no existe y contribuye al empobrecimiento, ya que los hogares pobres tienen que empeñar sus bienes, endeudarse, depender de la ayuda económica de otras familias para pagar las costosas hospitalizaciones. La ausencia de seguro es la razón implícita por la que los servicios de hospitales públicos están muy subvencionados.

El Banco Mundial ha prestado poca atención a los riesgos comunes, seguro social y mecanismos estructurados de pago a terceros en salud. Sin embargo, se ha estado centrando en los pagos directos (*out of pocket*) de los usuarios, mecanismo al que se le acusa de ser un “impuesto de enfermedad” que recae sobre los pobres. Aunque el Banco Mundial ha realizado con frecuencia análisis en temas de financiación de la salud, ha prestado menos atención a los desafíos institucionales que supone la puesta en práctica de este mecanismo. Generalmente ha fracasado en el tratamiento de las dinámicas políticas y culturales que hacen hincapié en las desigualdades en la asignación de los recursos para proteger a la población pobre.

La mayoría de los países africanos tienen alguna forma de pago directo en sus establecimientos de salud. Aunque este mecanismo no es la opción preferida, puede garantizar la provisión de servicios de salud básicos en lugares donde la financiación es incierta. Si los fondos obtenidos permanecen donde han sido recaudados, también pueden generar recursos, mejorar la calidad y eficiencia y otorgar poder a las comunidades.

La evidencia de que el pago directo por parte del usuario no es la solución para un financiamiento sostenible es clara, porque solo ascienden a una pequeña fracción de los costes totales corrientes de los servicios de salud gubernamentales. Pero pueden cubrir una gran proporción de los gastos corrientes a nivel local.

Buscando eficiencia y equidad

El Banco Mundial está en una posición en la que puede informar e influenciar en las decisiones de gasto público en salud, monitorear los gastos y comparar el impacto de los distintos patrones de gasto. Muchos asociados internacionales y los países clientes esperan que el Banco Mundial contribuya desde esta perspectiva. Es importante reconocer que no

hay consenso en identificar un programa de gasto de calidad en el sector salud y el conocimiento de base sobre cómo se pueden resolver las limitaciones del sistema para mejorar los resultados es todavía débil.

No se sigue la pista de las contribuciones de los donantes y con frecuencia están “fuera de presupuesto”. Esto puede complicar el análisis de dicho presupuesto, aunque la mayoría de los donantes puede proporcionar información financiera cuando se les pide.

El gasto desproporcionado que recae en las personas que no son pobres se explica por la situación de las infraestructuras de salud (especialmente hospitales) y del personal sanitario (la mayoría en áreas urbanas), el comportamiento de las familias más pobres y menos formadas en la búsqueda de cuidados y la actitud de muchos proveedores de salud en dirigirse al grupo de mayores ingresos.

Es fácil de imaginar que las personas que no son pobres se beneficiarían más del financiamiento público universal de un paquete de intervenciones médicas costo-efectivas. Las familias más ricas con frecuencia están dispuestas a adquirir seguros médicos privados cuando la opción está disponible. Todo esto significa que se requiere mucha más consideración y una mejor base analítica para formular marcos de políticas de salud sólidas, que potenciarán al máximo la asignación eficiente y eficaz de las finanzas públicas con el objetivo de mejorar la salud de los quintiles más bajos de ingresos.

La inversión en infraestructuras sin la correspondiente asignación de personal formado, supervisión, cambios de comportamiento y fármacos (gastos corrientes), proporcionarán resultados tangibles y quizás la ilusión de que se han alcanzado logros desde una perspectiva política o comunitaria, aunque es poco probable que afecte a los resultados de salud. Este mensaje es extremadamente difícil de aceptar por parte de los gobiernos y comunidades, socavando las inversiones dirigidas por muchos donantes externos.

Es especialmente importante asegurar la financiación de gastos corrientes no relacionados con los salarios, porque sin fármacos y suministros médicos, la atención sanitaria está severamente comprometida. Una gran parte del financiamiento del Banco Mundial se ha canalizado tradicionalmente hacia la inversión de capital y no ha sido eficaz en asegurar la provisión de costes corrientes. Los cambios en este tipo de costes son importantes indicadores del funcionamiento del sector salud pero necesitan ser bien entendidos e interpretados.

El Banco Mundial tiene una ventaja comparativa y la oportunidad de apoyar la planificación racional y a largo plazo de las infraestructuras y equipamientos médicos. Las solicitudes de inversiones específicas pueden estar condicionadas por la elaboración de planes aceptables y la evaluación de las estrategias de inversión en el sector salud pueden contemplar las bases para nuevos establecimientos (la localización, población atendida, pautas de derivación y demanda, además de la posibilidad de dotación de personal médico y de enfermería, suministro de fármacos y el mantenimiento de nuevas infraestructuras clínicas y equipamiento médico). Las estrategias de fortalecimiento del sector público deberían contar con condiciones previas como la elaboración de un mapa geográfico detallado de los estableci-

mientos de salud (públicos y privados) que justifique la construcción de nuevos servicios y la firma de compromisos para la provisión de necesidades complementarias (equipamiento, electricidad, suministro de agua, personal cualificado y mantenimiento).

Implicaciones para el Banco Mundial

Entre los objetivos del personal de salud, nutrición y población del Banco Mundial en la región de África, está apoyar los esfuerzos de nuestros países clientes en el logro de mejoras sostenibles en los resultados en salud, particularmente para los pobres, y proteger a los hogares del empobrecimiento como consecuencia de la enfermedad. Para tener un impacto sostenible, la capacidad institucional y humana en el sector sanitario en África debe poder liderar esfuerzos a largo plazo.

Préstamos y transferencia de recursos

Las nuevas formas de hacer negocio incluyen cambios en la forma en que el Banco Mundial y otros transfieren recursos para contribuir a los resultados en salud de África. El enfoque del Banco Mundial para la transferencia de recursos está cambiando de proyectos libres a préstamos programáticos. Aquello que el Banco Mundial financie a nivel de país formará parte del presupuesto total del sector salud o incluso parte del programa total de gasto público.

Para los sectores de salud y educación en África Subsahariana, la norma está siendo el SWAP. Este enfoque es consistente con el marco lógico de desarrollo y el compromiso de la región de usar estrategias nacionales de reducción de la pobreza como marco para la ayuda al desarrollo.

Este enfoque puede proporcionar al Banco Mundial y a otros asociados al desarrollo, un mecanismo de ayuda a los gobiernos africanos en sus estrategias globales de desarrollo en salud, de manera que aumente la capacidad y liderazgo, reconozca la interacción entre iniciativas de desarrollo y estimulen a otros asociados al desarrollo activos en el sector salud, a trabajar de manera coordinada y complementaria. El enfoque sectorial en Etiopía, Ghana, Guinea, Lesotho, Malí, Mauritania, Senegal, Tanzania, Uganda y Zambia, a pesar de los retos inherentes a la transición a esta nueva forma de funcionamiento, conlleva un enfoque mucho más lógico (reduciendo el número de proyectos fragmentados de los donantes cada uno con su propia agenda, circunscripción y prioridades).

El uso de estos instrumentos se centrará en aquellas áreas en las que el Banco Mundial tiene una ventaja comparativa: política macroeconómica y fiscal, acción multisectorial, sistemas de salud y financiamiento de salud.

Evaluando estrategias sectoriales nacionales, implementación de planes y presupuestos

En los enfoques sectoriales, la evaluación de estrategias globales de desarrollo del sector salud substituyen la evaluación de proyectos. Los enfoques sectoriales exigen una perspectiva diferente y un rango más amplio de habilidades, no son eventos intermitentes.

El apoyo del Banco Mundial a las estrategias sectoriales debería complementar explícitamente al apoyo técnico y financiero realizado por otros asociados al desarrollo, de forma que refuerce la capacidad del país en lugar de debilitarla o destruirla. Esto sugiere que debería evitarse la puesta en marcha de proyectos aislados o unidades de gestión y la implementación de procedimientos comunes debería ser su objetivo. La promoción de la contratación de consultores locales para la preparación, análisis y tareas específicas de ejecución puede ayudar a construir la capacidad nacional, a proporcionar oportunidades que puedan disuadir a las personas calificadas a emigrar, y crear vínculos entre instituciones públicas y privadas.

Uso eficaz de los instrumentos de préstamo

La elección de instrumentos de préstamo, borradores de acuerdos legales y el desarrollo de cláusulas legales, deberían hacer más eficiente la puesta en práctica de los procedimientos. Si bien las estrategias en ejecución se revisarán o refinarán continuamente en base a la experiencia, los instrumentos de préstamo necesitan ser flexibles. Se deberían evitar pactos legales onerosos y simplificar los programas de desembolso. El Programa Adaptable de Préstamos y Créditos es un instrumento nuevo pensado para apoyar los compromisos a largo plazo con los programas sectoriales. La adaptación de préstamos, como es el caso de los Créditos de Estrategia de reducción de la Pobreza (PRSC, por sus siglas en inglés) o de los Préstamos y Créditos Adaptados al Sector, son preferidos si el gobierno receptor tiene los procedimientos, sistemas y antecedentes para convencer a sus asociados de que ya no es necesario la revisión previa de gastos individuales y convencerles de que la contabilidad y auditoría ex-post es fiable y efectiva.

La base para los PRSC debería ser la recopilación de múltiples estrategias sectoriales y programas de gastos. Esto se pone de relieve en la Estrategia de Asistencia para África del Banco Mundial 2003, que da una idea general de progresión desde proyectos (capacidad del país débil) a enfoques sectoriales (mejor capacidad) hasta el apoyo presupuestario (fuerte capacidad). Reconoce que el apoyo presupuestario no puede proporcionarse en ausencia de capacidad del país para diseñar y poner en marcha programas sectoriales. Puede ser que los desembolsos a través de los PRSC se conviertan en el principal instrumento para la transferencia de recursos al sector salud a nivel de país, pero en general estos créditos continuarían apoyando los SWAPs.

Tratando la salud, nutrición y población fuera del sector

Incluso en países donde el Banco Mundial está ausente en el sector salud, puede contribuir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud a través de su trabajo en otros sec-

tores. Se podría movilizar una acción multisectorial en salud y fortalecer la contribución del Banco Mundial en el logro de estos objetivos, incorporando evaluaciones del impacto en salud dentro del obligado proceso de evaluación medioambiental (ya realizado por los bancos de desarrollo africanos y asiáticos).

Las reformas públicas sectoriales y los programas de reformas del funcionariado público apoyadas por el Banco Mundial pueden dirigirse a marcos organizativos, capacidad institucional, asociaciones público-privadas, recursos humanos y el funcionariado público en el sector salud.

Mejorando los resultados en salud a través de las estrategias de reducción de la pobreza

El personal de salud, nutrición y población necesita aumentar su participación en las estrategias de reducción de la pobreza, revisiones del gasto público y marcos de gasto a medio plazo para asegurar que las sinergias entre las diferentes intervenciones políticas son identificadas y enteramente explotadas. Si el personal de salud, nutrición y población trabaja en el Banco Mundial y el personal del Fondo Monetario Internacional (FMI) se compromete en la reforma del sector público y gestión fiscal, el análisis, asesoramiento político y las condicionalidades en relación a los PRSCs y asignaciones HIPC tienen más posibilidades de servir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y fortalecer el acceso de los pobres a los servicios de salud.

El Banco Mundial, trabajando estrechamente con el FMI, tiene un papel único en la relación entre el sector salud y la política fiscal y macroeconómica. Ejemplos de oportunidades para una acción coordinada son los MTEF, las políticas de privatización y de contratación, los impuestos y aranceles, la gestión financiera y sistemas de información y la financiación de la asistencia sanitaria, los servicios de nutrición y la provisión de planificación familiar.

Fortaleciendo el conocimiento y la evidencia

Los sistemas de salud subsaharianos y el entorno en el que intentan operar, difieren significativamente de los sistemas de salud de países más ricos. Muchos de los trabajos estratégicos emprendidos dentro y fuera del Banco Mundial sobre organización de sistemas de salud y recursos financieros están relacionados con países de renta alta y media. Se necesita un análisis y evaluación dirigida a los países del África Subsahariana y países de renta baja para construir el conocimiento base y guiar el asesoramiento de políticas de salud del Banco en África.

Monitoreo y evaluación

El desarrollo de sistemas para un riguroso monitoreo y evaluar el impacto de estrategias que aún no se han puesto a prueba, es una clara oportunidad para construir conocimiento y evidencia y garantizar que las estrategias sean guiadas por la experiencia. Todos los proyectos de inversión (incluso los PRSCs), deberían incluir una lista de indicadores clave

con una línea de base de datos. Este es un requisito bastante simple que los clientes pueden adquirir. Es inmenso el impacto potencial que tiene conocer qué estrategias están teniendo los efectos esperados y en ayudar al gobierno a comunicarse con los depositarios.

La mayoría de los ministros de salud saben cómo evaluar el impacto de programas de inmunización, malaria, tuberculosis o programas de salud infantiles. Pero pocos gobiernos africanos han considerado medir cómo los cambios en la financiación, los acuerdos institucionales, las asociaciones público-privadas o la dotación de personal afecta a los resultados de salud. Hay una necesidad, no solo limitada a los países de África Subsahariana, de desarrollar modelos apropiados de monitoreo de las reformas de salud.

Las asociaciones a nivel de país son esenciales para complementar la contribución del Banco Mundial

Más de 250 agencias internacionales de ayuda al desarrollo están trabajando en los sectores de salud, nutrición y población en África, incluyendo ONGs, agencias bilaterales, agencias de Naciones Unidas y tres bancos de desarrollo. Mozambique tiene más de 100 “asociados al desarrollo” en su sector salud, Etiopía 85, y Senegal y Malí tienen más de 75.

El Banco Mundial y su personal confían mucho en los asociados al desarrollo en el apoyo a instrumentos como enfoques sectoriales. El reconocimiento de las ventajas comparativas de los asociados es tan importante como centrar los esfuerzos y contribuciones alrededor de la ventaja comparativa institucional del Banco Mundial.

Como mínimo, los especialistas sectoriales del Banco Mundial en África deberían hacer operativo asociaciones con oficinas regionales y nacionales del la Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de Naciones Unidas, el Programa Mundial de Alimentos y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y con agencias bilaterales que trabajan en los respectivos países.

El papel y función de cada tipo de parternariado debe considerarse prioritario, por encima de la actual contribución de la región. Todas estas asociaciones sólo pueden ser productivas si se acompañan de importantes fondos administrativos. Tanto es así, que necesitan ser considerados en el contexto de las prioridades y estrategias de la región.

La perspectiva del Fondo Global

Christoph Benn

Christoph Benn es director de relaciones exteriores del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Ginebra.

En esta ponencia se hace un recorrido histórico acerca de los orígenes del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (FGSTM) y se expone su propósito, principios, principales logros y retos.

El ponente a lo largo de su discurso se refiere a esta iniciativa como: *“Un fondo destinado a llevar esperanza a aquellos países en los que hay necesidad de acceso universal a los servicios sanitarios. Ésta fue la motivación moral para la creación de este fondo”*.

El fondo fue creado en 2002 por iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas, con el fin de dirigir y aunar esfuerzos económicos en la lucha contra estas tres enfermedades.

Sin embargo, sus orígenes se remontan hacia el año 2000. Los expertos en salud pública habían identificado diversas intervenciones sumamente eficaces para prevenir y tratar el SIDA, la tuberculosis y la malaria, que si se amplificaban podían cambiar el curso de estas tres enfermedades. Sin embargo, para conseguir esta amplificación se necesitaba un aumento sustancial de los recursos.

Los líderes de los países del G-8 reconocieron esta necesidad en su reunión de 2000 en Okinawa, al igual que hicieron los líderes africanos en una cumbre celebrada en Abuja en 2001, donde el Secretario General de las Naciones Unidas instó a crear un fondo global para canalizar recursos adicionales. El periodo extraordinario de sesiones sobre el SIDA de la Asamblea general de las Naciones Unidas en junio de 2001, concluyó con un compromiso para crear dicho fondo. Compromiso que el G-8 apoyó y ayudó a financiar en su reunión de Génova en julio de 2001. Posteriormente se estableció un grupo de trabajo de transición para desarrollar un marco de trabajo con miras a determinar cómo debería estructurarse y funcionar el fondo global de forma ininterrumpida. En enero de 2002 se creó una secretaría permanente y tan sólo tres meses después, la Junta Directiva del fondo global aprobó la primera ronda de subvenciones para 36 países.

El propósito del FGSTM es el de atraer, dirigir y desembolsar recursos adicionales a través de una nueva asociación público-privada que realizará una contribución sostenible y significativa a la reducción de contagios, enfermedades y muertes, mitigando, en consecuencia, el impacto causado por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en los países necesitados y contribuyendo a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Es el primer gran fondo público y privado a través del cual actúan empresas, organismos públicos de sanidad y ONGs. Resulta ser el mayor fondo global de estas características, de forma que tiene comprometidos 5.400 millones de dólares hasta el 2008. Sus principios son:

- Es un instrumento financiero y no una entidad ejecutora.
- Hará disponible e influenciará en la obtención de recursos financieros adicionales para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.
- Basa su trabajo en programas que reflejen la autonomía nacional y respeten los procesos de formulación y ejecución liderados por los países.
- Trata de actuar de forma equilibrada en términos de diferentes regiones, enfermedades e intervenciones.
- Persigue un enfoque integrado y equilibrado que abarque la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en la lucha contra las tres enfermedades.
- Evalúa las propuestas a través de procesos independientes de revisión, basados en los estándares científicos y técnicos más apropiados, que tengan en consideración las realidades y prioridades locales.
- Trata de establecer un proceso simplificado, rápido e innovador con mecanismos de desembolso eficientes y efectivos, minimizando los costes de transacción y funcionando de forma transparente y responsable, basada en responsabilidades claramente definidas. El fondo debe emplear mecanismos internacionales y planes de salud ya existentes.

Se subraya en la ponencia la importancia de mantener el equilibrio entre las tres prioridades claves, que son:

1. Sostenibilidad y liderazgo nacional.
2. Transparencia y responsabilidad.
3. Celeridad para promover una rápida cesión de fondos para asistir a las poblaciones a los que son destinados.

El FGSTM reconoce que es necesario un enfoque coordinado y multisectorial, impulsado desde el país y que cuente con la participación de todos los asociados. De esta forma, los distintos actores con antecedentes y experiencia, pueden participar en el desarrollo de las propuestas y decisiones sobre la asignación y utilización de los recursos financieros del fondo global. Para lograrlo, el fondo subvenciona propuestas que son coordinadas entre una amplia gama de participantes a través del mecanismo de coordinación de país que deberá controlar la ejecución de las propuestas aprobadas.

De acuerdo con el documento marco, el fondo global financia los programas dirigidos por alianzas del país que reflejan autonomía nacional y respetan los procesos de formulación y ejecución, complementan los programas nacionales y regionales existentes, se coordinan con ellos y prestan respaldo a las políticas nacionales, a las prioridades y a las alianzas. De ser factible, los mecanismos de coordinación de país se deben crear a partir de mecanismos existentes y se vincularán con ellos para hacer planificaciones a nivel nacio-

nal y ser congruentes con los planes estratégicos nacionales. Por ejemplo, se pueden crear a partir de programas nacionales para enfermedades específicas y las estrategias nacionales de salud, y trabajar de forma coordinada junto a otras iniciativas nacionales más amplias, que incluyan por ejemplo, las Estrategias de Reducción de la Pobreza (ERP) y los enfoques sectoriales (del inglés Sector Wide Approach, SWAPs).

Se destacan como funciones del mecanismo de coordinación del país las siguientes:

- Coordinar la presentación de una propuesta nacional para el financiamiento de las subvenciones.
- Elegir una o más organizaciones que deberá o deberán actuar como beneficiario principal de la subvención del FGSTM.
- Vigilar la ejecución de las actividades establecidas en los programas aprobados por el fondo global.
- Evaluar el rendimiento de estos programas y presentar un pedido de continuidad de financiamiento antes de cumplirse dos años de la aprobación inicial del financiamiento del fondo.
- Garantizar los vínculos y la coherencia entre los programas de asistencia del fondo y otros programas de asistencia para el desarrollo y la salud destinados a apoyar prioridades nacionales, tales como las ERP y los SWAPs.

El fondo global recomienda que todos los países se esfuercen por incluir los siguientes actores en sus mecanismos de coordinación de país: sector académico/educativo; gobiernos; ONGs y organizaciones de base comunitaria; personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria; sector privado; organizaciones religiosas/de base confesional; y asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo con sede en el país.

La secretaría del fondo global funciona como asesora principal del panel de revisión técnica y de la Junta cuando se confirme la creación y funcionamiento del mecanismo de coordinación del país. La secretaría compila información sobre los mecanismos de coordinación a lo largo del año y con anterioridad a que el panel de revisión técnica examine las propuestas.

A través del acuerdo de subvención con el fondo global, los beneficiarios principales deben proporcionar informes periódicos al fondo global y al mecanismo de coordinación del país.

La región a la que se destinan más recursos del fondo es África Subsahariana y el VIH/SIDA es la enfermedad que recibe casi un 60% de las subvenciones del mismo. La mitad de estas subvenciones van dirigidas al sector público como beneficiario principal y el resto a entidades no pertenecientes al sector público (sector privado, organizaciones académicas, organizaciones de base religiosa, ONGs, etc). Casi la mitad de estas subvenciones financian la adquisición de fármacos y materias primas.

Entre los principales logros, se cita la aprobación de un total de 2.100 millones de dólares en dos años para 227 programas en 122 países, 157 acuerdos sobre subvenciones se han

firmado con 85 países desde mayo de 2004 y se han desembolsado 347 millones de dólares a 81 países. Incluso algunos programas están por encima de los objetivos previstos, tal es el caso de Ghana, donde se ha formado diez veces más personal para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis del que se había previsto en un principio y Ruanda, donde el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral alcanzó su objetivo para dos años antes de finalizarse el primer año.

Finalmente, se expone en la ponencia los retos del fondo global para el futuro:

- Mientras que muchos mecanismos de coordinación de país funcionan bien, se reconoce que algunos no lo hacen, por lo tanto se señala la necesidad de garantizar que estos mecanismos sean todo lo representativos que deberían ser, e incluyan la participación activa de la sociedad civil, especialmente aquellas comunidades más afectadas por estas enfermedades. Una serie de estudios de casos sobre los mecanismos de coordinación han proporcionado recomendaciones útiles para el cambio.
- Mantener una secretaría pequeña y eficiente continúa siendo el objetivo del fondo global, no obstante, para la gestión de un número tan elevado de países y subvenciones y de un mecanismo de financiación tan grande, quizás sea necesario ampliar el personal que trabaja para el fondo.
- Este fondo es estrictamente un mecanismo de financiación, no es una agencia técnica, que depende de ONGs internacionales y de asociados bilaterales y multilaterales para proporcionar asistencia técnica a los países de las distintas áreas, incluyendo propuestas de desarrollo y puesta en práctica de programas. No obstante, en muchos países receptores la falta de asistencia técnica ha originado una serie de problemas, que van desde propuestas de baja calidad a dificultades en la ejecución.

Salud y Retos en África: el reto de los recursos

Gilbert Bukenya

Gilbert Bukenya es vicepresidente de Uganda.

Antecedentes

La mayoría de los países africanos han hecho un gran esfuerzo encaminado a la mejora de la salud de la población. Sin embargo, es una enorme tarea y por tanto requiere esfuerzos más determinantes y exhaustivos. El Diálogo “Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XIX” es por ello, importante y oportuno, especialmente para África.

En África Subsahariana, a pesar de los grandes esfuerzos que se han llevado a cabo para aumentar el gasto en servicios sociales, los indicadores sociales continúan siendo los peores a escala mundial, con altas tasas de mortalidad infantil,¹ una tasa de mortalidad en menores de cinco años también muy alta² y con una esperanza de vida al nacer de las peores del planeta, estando en 48,7 años.³ Mientras que el nivel de vida ha mejorado globalmente en los últimos 50 años, en África Subsahariana estas mejoras han sido mucho más lentas. Por ejemplo, entre 1981 y 1999, la tasa de mortalidad infantil descendió en África Subsahariana de 126 a 105 muertes por 1.000 nacidos vivos, en comparación con el descenso de 78 a 57 muertes por 1.000 nacidos vivos para el resto del mundo de manera global. La situación en algunos países está empeorando, de forma que en 1999, siete de los 48 países del África Subsahariana tenían una esperanza de vida al nacer inferior a la que tenían en 1970 y ocho países han visto un aumento en la tasa de mortalidad infantil entre 1981 y 1999. Además, la desnutrición infantil ha empeorado significativamente en la última década en África Subsahariana.

Para agravar aún más el tema, en las últimas dos décadas ha habido un resurgimiento y propagación alarmante de “viejas” enfermedades transmisibles que se pensaba que estaban controladas, como el cólera, tuberculosis, malaria, fiebre amarilla y tripanosomiasis, mientras que “nuevas epidemias”, especialmente el VIH/SIDA, amenazan los triunfos conseguidos en salud durante el siglo pasado. Además, una serie de países africanos están experimentando una “transición epidemiológica”, esto es, enfermedades cardiovasculares,

¹ La tasa de mortalidad infantil en África Subsahariana es de 107 por cada 1.000 nacidos vivos, Uganda 77, Tanzania de 104, Zambia 112, Ghana 58, Nigeria 110 (fuente: UNDP Human Development Report 2002).

² La tasa de mortalidad en menores de cinco años en África Subsahariana es de 174 por cada 1.000 nacidos vivos, Uganda 127, Kenya 120, Tanzania 165, Zambia 202, Ghana 102 y Nigeria 184.

³ La esperanza de vida de Uganda es de 44 años, Kenya 50,8 años, Tanzania 51,1 años, Zambia 41,4 años, Ghana 56,8 años y Nigeria 51,7 años.

cáncer, diabetes, otras enfermedades crónicas y traumas, están reemplazando a las enfermedades transmisibles en algunos grupos, pero coexistiendo con ellas en otros.

La necesidad de recursos

Es una evidencia que los indicadores económicos y de salud continúan mal en África Subsahariana, y el impacto negativo de una mala salud está bien documentado. Hay una determinación global de cambiar esta situación, pero esto requiere recursos.

La mala salud ha sido citada en numerosos estudios como causa y consecuencia de la pobreza. La gran carga de enfermedad en África Subsahariana socava el desarrollo económico, sobrecarga los servicios de salud, aumenta la angustia social y perpetúa la pobreza. A nivel macroeconómico se estima que el VIH/SIDA reduce el crecimiento del producto interior bruto (PIB) en África una media de 0,5-2,6% al año. Otras estimaciones sugieren que el PIB africano podría ser 100.000 millones de dólares mayor si la malaria hubiera sido eliminada hace años. En países con una alta carga de tuberculosis, la pérdida de productividad se ha estimado en un 4-7% del PIB.

A través de estudios se han establecido determinantes irrefutables para una buena salud. Un país pobre como Sri Lanka, proporciona una historia instructiva de transición en salud hecha posible a través de una intervención social y transformación cultural. Entre 1945 y 1952 se experimentaron rápidos descensos en la mortalidad y desde 1953 hasta la fecha, pasó de ser de un país con alta tasa de fecundidad y mortalidad a un país de baja fecundidad y mortalidad, convirtiéndose de esta forma en el primer país de renta baja en conseguir estos cambios. Entre los factores que determinaron el descenso de la mortalidad se incluyen la educación, nutrición y potenciación de género. Además, se extendió la cultura de la higiene, las mujeres embarazadas estaban bien atendidas, se les proporcionaba más alimentos y la lactancia materna era universal. Algunas intervenciones médicas específicas como la inmunización, también han estado implicadas en el descenso de la mortalidad en los países en desarrollo en las dos últimas décadas.

Todas estas intervenciones requieren recursos. África se ha comprometido a invertir en aquellos sectores que pueden mejorar el estado de salud de la población. Uganda por ejemplo, ha invertido en agua potable y saneamiento, educación, inmunización, control del VIH/SIDA y de la malaria, y en un gobierno participativo. Sin embargo las demandas de financiación para invertir en sectores sociales sobrepasan los recursos disponibles.

Hay también una necesidad de invertir en atención sanitaria. Para mejorar el estado de salud, es necesario invertir en tecnologías médicas, medicamentos y bienes médicos y en recursos humanos cualificados, que consumen una cantidad significativa de recursos.

Generación de recursos

Muchos países africanos gastan cada vez más recursos en salud. Entienden que un desarrollo económico continuado requiere aumentar considerablemente la inversión en capital humano, especialmente en salud y educación de sus gentes y son conscientes de que el crecimiento del gasto en el ámbito sanitario es esencial si quieren hacer frente a los objetivos de reducción de la pobreza.

La mayoría de los países de África Subsahariana gastan menos de 20 dólares por persona y año en asistencia sanitaria, una cantidad que está un 20-40% por debajo incluso de la requerida para cubrir el paquete básico de los servicios de salud defendido por el Banco Mundial. Es más, en esta era del VIH/SIDA, el coste médico anual del SIDA (excluyendo la terapia antirretroviral), se ha estimado en aproximadamente 30 dólares per cápita, sin embargo, el gasto público en salud per cápita entre los países africanos es inferior a 10 dólares.

El Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud estima que las intervenciones esenciales para reducir las muertes evitables en países de baja renta requieren un gasto de aproximadamente 30-40 dólares por persona y año, incluyendo los costos de la lucha contra la pandemia del SIDA. La mayor parte de este desembolso tendrá que provenir del gasto público, ya que de esta forma cubrirá bienes públicos y se asegura el acceso para los pobres.

El informe subraya no obstante que se han estimado límites muy bajos. No se pueden adquirir servicios médicos de calidad con 30-40 dólares por persona, al menos no el tipo de cuidados completos e integrales que se encuentran en los países de renta alta, donde el gasto es de aproximadamente 1.900 dólares al año. La estimación se refiere a un sistema de salud que como mínimo pueda atender las enfermedades transmisibles más importantes, condiciones perinatales y maternas, y la deficiencia de micronutrientes, que explicarían una proporción significativa de muertes evitables en los países de baja renta. La reducción de la mortalidad es posible que requiera una inversión considerable de recursos en los sectores sociales.

Generando recursos internos para la salud

Los países africanos deberían hacer el esfuerzo de mejorar la gestión del sector sanitario y recaudar recursos nacionales para la salud dentro de sus limitados medios. En Uganda por ejemplo, para el año fiscal 2003-2004, la participación en el presupuesto para el sector salud del gobierno de Uganda fue del 9,6%. Este es un incremento considerable en comparación con el incremento desde el 1,9% al 2,2% entre los años fiscales 1992-1993 y 1998-1999. Desde el año fiscal 1999-2000 hasta ahora (2003-2004), se ha registrado un continuo aumento desde el 6% al 9,6%. Este incremento es bueno pero aún lejos de aquel experimentado por otros países de similar progreso (Zambia 13,3%; Ghana 13%; Mozambique 12,5%). Se está aún muy lejos del 12-15% del gasto total del gobierno establecido en la Declaración de Abuja en 2001.

Es poco probable que los gobiernos africanos alcancen este 12-15% requerido, debido al bajo crecimiento económico y a las elevadas demandas. Es incluso más duro aumentar los fondos procedentes de los bolsillos de los hogares debido a los altos niveles de pobreza, y el seguro social médico, como mecanismo para incrementar los recursos en salud, no ha sido muy exitoso debido a los altos niveles de desempleo. Es por tanto inevitable que los gobiernos africanos busquen caminos para movilizar recursos externos para servicios sociales y especialmente para la salud.

Generando recursos externos para la salud

La recomendación clave de la comisión sobre macroeconomía fue que los países de renta baja y media, en asociación con los países de renta alta, ampliasen el acceso a los servicios de salud para los pobres. Esto se haría a través del compromiso de los países de renta alta de aportar recursos adicionales, y del compromiso de los países de renta baja, de asignar recursos financieros nacionales suplementarios, liderazgo, transparencia, responsabilidad y sistemas de participación comunitaria. La base para alcanzar recursos adicionales para la salud se centra en dar más relieve a cuestiones particulares, dando apoyo a los bienes de salud pública, facilitando el acceso a los servicios de salud a los sectores más pobres y vulnerables, acelerando la adopción de nuevas tecnologías y enfoques, y alentando la colaboración y asociación.

Los mecanismos para aumentar los recursos externos incluyen por un lado, subvenciones y préstamos a los países en desarrollo a través de acuerdos bilaterales y multilaterales y por otro, iniciativas como el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria,⁴ la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización,⁵ y la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo. Estos mecanismos alientan el desarrollo de asociaciones a nivel mundial y de país, la participación de la sociedad civil y el sector privado y conceden recursos adicionales para disminuir la brecha existente. Sin embargo, se asocian a estos mecanismos riesgos tales como la posible distorsión de prioridades nacionales y sectoriales, altos costos de transacción, debilitamiento de las estructuras de coordinación ya existentes y volver a la prestación de servicios verticales.

A esto se le añade que mientras la movilización de recursos externos para la salud es un medio necesario para conseguir recursos adicionales, es difícil determinar la previsibilidad y sostenibilidad de este medio de transferencia de recursos.

⁴ Uganda consiguió asegurar con éxito 35 millones de dólares para 2003-2004 y 30 millones de dólares para este mismo periodo del Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

⁵ La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización también ha ofrecido aproximadamente 60 millones de dólares para financiar vacunas pentavalentes y otros recursos para *Uganda National Expanded Programme on Immunization Policy (UNEPI)* durante un periodo de 5-7 años.

Coordinación de la ayuda económica para el desarrollo en salud

Debido a que ampliar la inversión en salud requerirá un aumento significativo de la financiación internacional, es esencial una asociación eficaz entre países donantes y receptores, basado en la confianza mutua y en el trabajo.

A nivel internacional se ha reconocido la necesidad de cambiar los actuales mecanismos de los donantes, especialmente en los últimos tres años, con la creación de un nuevo marco de Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP).⁶ Esta estrategia es uno de los nuevos enfoques acordados por los gobiernos y el Banco Mundial dirigido a abordar la pobreza. Nueve países africanos finalizaron sus ERP en 2002, en comparación con sólo cuatro que lo hicieron en 2001. Los primeros resultados de este proceso hasta la fecha son prometedores,⁷ y la Comisión sobre Macroeconomía y Salud cree que un ataque coordinado hacia la enfermedad en la línea recomendada, ayudará a asegurar el éxito de este abordaje emergente en las relaciones donante-receptor.

El enfoque sectorial en salud (del inglés Sector Wide Approach, SWAP) fue desarrollado a mediados de los años 90 como un medio de dirigir los programas respaldados por los donantes. La idea básica del SWAP consiste en que los donantes trabajan junto a las autoridades nacionales, acordando estrategias de apoyo y buscando caminos para hacer un fondo común de ayuda y llegar a estrategias diseñadas y lideradas por el país. Para Uganda, el objetivo político del SWAP en salud es proveer de un entorno que permita una coordinación eficaz entre todos los actores que intervienen en el desarrollo nacional de Uganda en salud, que incremente la eficiencia en la aplicación de los recursos, que consiga la equidad en la distribución de los recursos disponibles y un acceso efectivo de todos los ugandeses a la asistencia sanitaria básica. En este sentido, el enfoque sectorial está siendo utilizado como marco para la puesta en práctica del Plan estratégico de Uganda en el sector salud.

Recursos humanos

Corresponde a los proveedores de atención primaria el papel central de garantizar la mayoría de las intervenciones costo-efectivas en salud, categoría que incluye médicos, enfermeros y matronas en función de cómo sean definidos los trabajos. Muchos países de África Subsahariana se enfrentan al desafío de tener recursos humanos inadecuados, poco cualificados y a un injusto despliegue de trabajadores sanitarios. La mayoría del personal cualificado está mal retribuido en el sector público y carece de oportunidades para

⁶ Los donantes han pedido a los países de baja renta que formulen sus Estrategias de Reducción de la Pobreza, que constituyen la base para combatir la pobreza de forma lógica y sostenible, con el apoyo financiero de los donantes y la cancelación de la deuda.

⁷ Estos resultados están resumidos en el informe "Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What has been achieved". 2001 <http://imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>.

el desarrollo profesional y para actualizar sus conocimientos a través de actividades formativas en sus servicios. Entre otras cosas, esto ha dado lugar a la migración de la población activa cualificada en busca de mejores oportunidades.

El desafío que supone el inadecuado número, despliegue, formación y retención de trabajadores sanitarios cualificados es un factor limitador a la hora de proporcionar servicios de salud eficaces. La cuestión de los recursos humanos no ha atraído recursos externos adicionales por parte de los asociados al desarrollo. Esto en parte se debe a que requiere inversiones a medio y largo plazo y a que no se puede determinar la previsibilidad y sostenibilidad de la ayuda externa.

Conclusión

La salud es central para la reducción de la pobreza y el desarrollo económico especialmente en los países del África Subsahariana. Por tanto, el flagrante bajo financiamiento y las demandas en curso, continúan siendo un reto para invertir en salud y en servicios médicos. Es necesario abocarse a la tarea de aumentar recursos adicionales interna y externamente y asegurar su sostenibilidad. Para una utilización eficaz de la ayuda económica es clave el fortalecimiento de la capacidad del país para que éste pueda construir mecanismos y sistemas sostenibles. La existencia de recursos humanos inadecuados y tratar las desigualdades en salud son grandes retos a los que se tiene que hacer frente.

Cuestiones para el debate

- El camino más viable de generar recursos adicionales sigue siendo la movilización de recursos externos a través de subvenciones, préstamos e iniciativas globales. La previsibilidad y sostenibilidad de estas formas de financiación, la posible distorsión de las prioridades nacionales y sectoriales, el debilitamiento de los sistemas de salud y el retorno a la prestación de servicios verticales están entre las cuestiones que requieren un debate posterior.
- La complejidad de toda esta ayuda radica en que los distintos donantes imponen diferentes condiciones para acceder a la financiación, sin mencionar las delicadas y manifiestas agendas políticas. Más recientemente, otros instrumentos de la globalización han debilitado aún más la capacidad de los países en desarrollo de proporcionar asistencia sanitaria para sus poblaciones, tal es el caso del desarrollo de acuerdos bajo la OMC que suponen una amenaza para la salud y los servicios sanitarios de los países en desarrollo.
- La existencia de recursos humanos poco cualificados y la fuga de cerebros de personal sanitario continúa siendo un factor limitador para la provisión de servicios de salud eficaces. Los recursos humanos no son un área que haya atraído recursos externos adicionales por parte de los asociados al desarrollo. Debería considerarse la opción de

desarrollar acuerdos formales para exportar personal cualificado a los países desarrollados.

- Los conflictos en África y las secuelas derivadas de los mismos,⁸ han afectado profundamente a la salud de las poblaciones que viven en estas áreas. Aparte de asesinar y mutilar a millones de personas, estas guerras han destruido sociedades, devastado infraestructuras y han llegado a paralizar décadas de desarrollo, además de llevar a la ruina a los servicios públicos. En la mayoría de los casos, los servicios de salud no existen y si existen son inadecuados, situación que se agrava por la extrema pobreza en estas áreas, donde las personas son incapaces de enfrentarse a las necesidades básicas de la vida diaria.

Bibliografía

1. Economic Commission for Africa. Economic Report on Africa 2003: Accelerating the pace of development. Addis Abeba: Economic Commission for Africa, Naciones Unidas. 2003.
2. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). The State of the World's Children 1984. Ginebra: UNICEF. 1983.
3. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). The State of the World's Children 1994. Ginebra: UNICEF. 1993.
4. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). The State of the World's Children 2001. Ginebra: UNICEF. 2000.
5. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, Lopez Cerrantes M. Health Transition in Middle-income countries: New Challenges for Health Care. Health Policy and Planning 1989; 4: pp 29-39.
6. Ministerio de Salud. National Health Policy. Kampala: Ministerio de Salud de Uganda. 1999.
7. Ministerio de Finanzas, Planificación y Desarrollo Económico. Uganda's Progress in Attaining the PEAP Targets-in the context of the Millennium Development Goals. Kampala: Ministerio de Finanzas, Planificación y Desarrollo Económico. 2003.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development. Ginebra: OMS. 2002.
9. Rannan-Eliya R. Strategies for improving the health of the poor-The Sri Lankan Experience. Colombo: Institute of Policy Studies of Sri Lanka. 2001.

⁸ Están implicados en conflictos y violencia 13 de 48 países del África Subsahariana.

10. Sanders D. Primary Health Care 21: "Everybody's Business". Asamblea internacional para celebrar los 20 años de la Conferencia de Alma-Ata. Copenhague (Dinamarca): Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ginebra: OMS. 1999.
11. Simms C, Rowson M, Peattie S. The Bitterest Pill of All: the collapse of Africa's health systems. Londres: Save the Children. 2001.
12. United Nations Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN) y el International Food Policy Research Institute (IFPRI). Report on The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the life cycle. Cuarto Informe. Ginebra: ACC/SCN y Washington D.C: IFPRI. 2000.

Colaboración multilateral: la experiencia del Centro de Investigación en Salud de Manhiça

Pedro Alonso

Pedro Alonso es director del Centro de Salud Internacional y jefe de la Unidad de Epidemiología y Bioestadística del Hospital Clínic de Barcelona, y director del Centro de investigación en salud de Manhiça, Mozambique.

El ponente inicia su ponencia presentando el marco conceptual de las iniciativas que están llevando a cabo, y para ello, hace una revisión histórica de la malaria y describe algunos avances que se han producido en el siglo XX. Entre estos avances destaca: el descenso de la mortalidad en niños menores de cinco años; la erradicación de la viruela; la cercana erradicación de la poliomielitis y el sarampión; el aumento en la esperanza de vida; el continuo aumento y expansión del comercio mundial; y el acercamiento de las tecnologías de la información a las personas.

Pero a pesar de los avances que se produjeron en el siglo XX, denominado por ello en ocasiones como el “siglo prodigioso”, casi 1.200 millones de personas sobreviven con menos de un dólar al día, las enfermedades transmisibles causan un 59% de las muertes y un 64% de años de vida asociados a discapacidad entre el 20% más pobre de la población, y el 10% de la población más pobre del mundo comparte menos de un 1% del mercado global en bienes y servicios.

De nuevo, como en otras ponencias a lo largo del diálogo, el orador plantea la cuestión sobre si la pobreza es causa de enfermedad o si ésta es causa de la pobreza, y reconoce el gravísimo problema que supone la pobreza. Expresa que este problema es reconocido a nivel internacional, y que organismos internacionales como el Banco Mundial (2001), han afirmado que *“no hay mayor problema al que se enfrenta el mundo a comienzos del siglo XXI que el de la pobreza”*.

Según el ponente, hay enfermedades que por su enorme peso, justifican programas específicos dedicados a la lucha contra ellas. Tal es el caso del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Afirma que para 2010 se podrán salvar alrededor de 8 millones de vidas al año en países de baja renta mediante intervenciones esenciales contra las enfermedades infecciosas. Asimismo, asevera que las mínimas necesidades financieras para cubrir estas intervenciones esenciales son de aproximadamente 30-40 dólares por persona y año, siendo el gasto actual en los países menos desarrollados de 13 dólares por persona y año.

Por consiguiente, Alonso considera imprescindible movilizar los recursos económicos necesarios para poder aplicar estas intervenciones, un enfoque lógico e integral, utilizar las herramientas disponibles a precios asequibles, compromisos a largo plazo, e investigación y desarrollo de nuevos fármacos, vacunas y otros artículos.

Se enfatiza en el grave problema de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos, vacunas y herramientas de diagnóstico para enfermedades que afectan a los países en desarrollo.

El ponente explica las actividades del Centro de investigación en salud de Manhica, cuyo objetivo es salvaguardar la salud de los niños africanos, y cuya misión es desarrollar un centro de excelencia en el Mozambique rural, que contribuya a mejorar la salud y el desarrollo a través de la provisión de asistencia sanitaria, fortalecimiento de la capacidad científica y técnica, e investigación sobre los problemas de salud prioritarios.

Este centro es un ejemplo de colaboración multilateral público-privada, donde intervienen numerosos donantes como la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, la Fundación BBVA, Fundación la Caixa, y la Fundación Bill y Melinda Gates, entre otros.

El ponente termina su discurso afirmando: *“se requieren nuevas formas de asociación para contribuir a la gestión de los viejos y nuevos retos y oportunidades”*.

Movilizando recursos para mejorar el acceso a la salud desde el sector privado: la experiencia de The Global Business Coalition, Brasil.

Murilo Alves Moreira

Murilo Alves Moreira es presidente de The Global Business Coalition. Brasil

Introducción

La epidemia de VIH/SIDA, debido a su extensión y su impacto a nivel humano, social y económico, constituye uno de los mayores retos a todos los niveles de la sociedad, esto es, a nivel nacional, local, lugares de trabajo, familia y a nivel individual.

La epidemia de SIDA en Brasil ha pasado por tres grandes etapas:

1. Etapa de inicio: en la que se producía la transmisión del VIH principalmente entre varones homosexuales y en personas con alto nivel de escolarización.
2. Segunda etapa: creciente aumento de casos debido a la transmisión a través del uso de drogas vía parenteral, reduciéndose el rango de edad y aumentando el número de casos entre heterosexuales.
3. Etapa actual: está aumentando la tendencia de transmisión del VIH entre personas heterosexuales, principalmente mujeres, propagándose a nuevas ciudades y creciendo el porcentaje de personas infectadas con bajo nivel de escolarización y con muy pocos recursos económicos. La tendencia de la epidemia es de estabilización.

El gobierno brasileño garantiza el tratamiento a todas las personas afectadas por el VIH/SIDA, que ha supuesto una reducción del 50% en la tasa de mortalidad entre las personas con SIDA en Brasil y una reducción importante de las hospitalizaciones en los últimos cinco años. Con la introducción del acceso universal al tratamiento antirretroviral en Brasil, el promedio de supervivencia pasó de 5 meses en 1989 a 58 meses en 1996.

Gracias a las campañas de prevención, se han evitado 58.000 nuevos casos entre 1994 y 2002. El uso de preservativos se ha incrementado en un 58% en personas que tienen varias parejas y un 11% en las personas que tienen una única pareja.

El gobierno brasileño, en asociación con la sociedad, incluye en las políticas públicas orientadas a las personas afectadas por el VIH/SIDA y a los grupos más vulnerables a la epidemia, el acceso a la justicia, salud, trabajo y beneficios sociales, mediante acciones orientadas a disminuir el estigma social y discriminación, promover la inserción en la sociedad y garantizar los derechos humanos.

¿Qué es Brazilian Business Council on HIV-AIDS Prevention?

Es un grupo privado de pequeñas y medianas empresas que están trabajando en todo el país y son dirigidas por un comité ejecutivo. Este grupo, creado en 1998, es el resultado de la unión de proyectos públicos y privados, cuyo propósito era promover y fortalecer la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA en el lugar de trabajo, como parte de la meta de las empresas de “mejorar la calidad de vida de los trabajadores y sus familias”.

Tiene como objetivo que se incremente el número de empresas que lleven a cabo programas de prevención de VIH/SIDA.

Está compuesto por las siguientes empresas: ALMAP BBDO; Avon; Bradesco; Brasil Telecom; CNC-SESC/DN; Cinemas Severiano Ribeiro; CNT/SEST/SENAT; Editora Abril; Embraer; Febrafarma; Itaú; MTV; Natura; Nestlé; Philips; SBT; SESI/DN; Unibanco; Unilever; Varig; Volkswagen do Brasil; Ministerio de Salud (CN-DST/AIDS).

La presidencia del comité ejecutivo en el periodo de 1999-2000 la ejerció la compañía Nestlé y en el periodo 2001-2004, Volkswagen Brazil.

Su visión es la de ser una institución sólida que represente al sector privado en la sociedad, que conlleve a los empresarios a crear, poner en marcha y mantener políticas orientadas a la prevención del VIH/SIDA, sin tener en cuenta qué actividad realicen, el tamaño o área geográfica.

Tiene como misión contribuir al control de la epidemia, sensibilizando y movilizand o la iniciativa privada, estimulando y fortaleciendo el ejercicio de responsabilidad social de las compañías.

Los programas de prevención de VIH/SIDA suponen grandes ventajas para las compañías:

- Mayor satisfacción de los empleados.
- Retención de los buenos profesionales.
- Factor de atracción para nuevos talentos.
- Menor pérdida de las inversiones de la empresa en la formación de sus empleados, ya que cuando se pierde un empleado a causa del SIDA, hay que volver a invertir en la formación de un nuevo empleado que supla a esta persona.
- Racionalización del costo.
- Mejor ambiente de trabajo.
- Interacción entre la compañía, empleado y comunidad.
- Responsabilidad social.

Plan Estratégico 2002-2004

Se han definido una serie de estrategias cada una de ellas con acciones clave.

Estrategia 1

Permitir que *Brazilian Business Council* y sus acciones estuviesen presentes en distintos foros de debate orientados al sector privado

Acciones clave:

- Desarrollo de un manual sobre programas de prevención del VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
- Creación de una página web, incluida en el Ministerio de Salud: www.aids.gov.br/cen.
- Desarrollo de casos propios con las empresas a través de material (vídeos, prensa, etc.) que distribuimos a otras empresas.
- Compartir el espacio físico con CN-STD/AIDS en eventos relacionados.
- Inclusión del logotipo de *Brazilian Business Council* en los materiales del Ministerio de Salud orientados a la salud en el lugar de trabajo.
- Realización del segundo seminario de *Brazilian Business Council* para la prevención del VIH/SIDA en 2004.
- Publicación de un folleto institucional.
- Intercambio con otras corporaciones nacionales e internacionales y partenariados. Algunos ejemplos son proyectos con Rusia, Azerbaiyán, países del Caribe, Barbados, agencia internacional de cooperación al desarrollo de Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) y Mozambique.
- Creación de un galardón por buenas prácticas en la prevención de VIH/SIDA de las compañías, en asociación con USAID.
- Participación en eventos especiales (Brasil, Durban, Cuba, Universidad de Harvard, etc.)

Estrategia 2

Iniciar acciones globales para la prevención del VIH/SIDA

Acciones clave:

- Desarrollar dos acciones externas al año con la participación de todas las compañías que forman *Brazilian Business Council*, una el día de San Valentín y otra el día 1 de diciembre.
- Creación del día nacional de prevención de VIH/SIDA en el lugar de trabajo, el día 8 de octubre (2004).

Estrategia 3

Identificar compañías con perfil para la puesta en práctica de programas de prevención de VIH/SIDA.

Acciones clave: crear un grupo para reunirse y evaluar a las compañías mediante cuestionarios y correo electrónico.

Estrategia 4

Fortalecer y ampliar los programas de partenariado.

Acciones clave:

- Estimular al gobierno para que se constituya un consejo empresarial estatal que cree un sistema de coordinación de SIDA y enfermedades de transmisión sexual.
- Aumentar las asociaciones con organizaciones nacionales e internacionales como el Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, *The joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, etc.
- Apoyo al gobierno en la creación de una guía: *"How to assemble a Business Council"*.
- Incentivar la participación en acontecimientos locales.

Estrategia 5

Creación de un comité científico-técnico.

Acciones clave:

- Compartir experiencias de prevención entre las compañías.
- Proporcionar instrumentos que permitan la formación y actualización en materia de VIH/SIDA (incluyendo comunicados de prensa).
- Tener relaciones con la unidad de desarrollo humano e institucional del gobierno, estableciendo un flujo de comunicación que responda a las necesidades de formación de los miembros de *Brazilian Business Council*.
- Establecer asociaciones con centros de referencia de VIH/SIDA (universidades, centros de investigación, etc.).

Plan de comunicación 2004-2005 de Brazilian Business Council on HIV-AIDS Prevention

Se dirige principalmente a las compañías privadas pero beneficia a los trabajadores y a toda la sociedad. Tiene entre sus objetivos: crear un nuevo símbolo y nueva firma para *Brazilian Business Council*; desarrollar un "paquete" de servicios; digitalización del contenido de estos "paquetes" para hacerlos accesibles; desarrollar nuevas asociaciones con los medios de comunicación; entrevistas con personas de negocios que han tenido éxito con los programas de *Brazilian Business Council* y con autoridades internacionales que reconozcan el buen trabajo realizado por este grupo de empresas; creación de una agenda que muestre los resultados anuales el día 10 de octubre; y prevención de VIH/SIDA en el día nacional del trabajo.

Paquete de servicios para la prevención de VIH/SIDA en las empresas

Los contenidos se han de consolidar conforme al tamaño de la empresa, el interés que éstas presenten y el nivel cultural de los trabajadores. Se desarrollarán herramientas que faciliten el acceso de las compañías a los programas de prevención del VIH/SIDA y la formación para el monitoreo de los resultados de cada paquete de forma que permita hacer continuas mejoras.

Los manuales de programas y proyectos para la prevención de VIH/SIDA en el lugar de trabajo han de contar con información acerca de: estadíos para la puesta en marcha de un programa; planificación y planificación de políticas internas, educación y prevención y evaluación; las cuestiones más frecuentes que se plantean en el proceso de ejecución; inversión en función del tamaño de la compañía; materiales de aprendizaje; sitios en la web que informen sobre el SIDA; información técnica tanto de la enfermedad como de aspectos legales; y listas de proveedores especializados en comunicación, preservativos, materiales sobre el SIDA, etc.

Se han podido comprobar los beneficios de adoptar los paquetes de servicios, entre los que cabe citar: una mejor implementación de los programas, reducción de costes, continua actualización de los contenidos, intercambio de experiencias con grandes compañías y satisfacción de los empleados debido a la responsabilidad social.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Manual de directrices técnicas para la elaboración e implementación de programas de prevención y asistencia de enfermedades de transmisión sexual y SIDA en el lugar de trabajo. Brasilia: Ministerio de Salud. 1998.
2. Secretaría de Políticas de Salud. Metodología de planificación estratégica para el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en Brasil. Brasilia: Coordinación Nacional de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, Ministerio de Salud. 2001.
3. Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. www.globalfundatm.org
4. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2003, los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Nueva York: Ediciones Mundi-Prensa. 2003.
5. Gouveia T, Rocha S. A AIDS no contexto do desenvolvimento socioeconômico do Brasil. 2002 HYPERLINK <http://www.aids2003.net> www.aids2003.net
6. Pimenta M.C, et al. HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira. Brasilia: Organización Internacional del Trabajo. 2002.
7. Secretaría Internacional del Trabajo. Repertório de Recomendações práticas da OIT sobre HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho. Brasilia: Ministerio de Salud. 2002.

La Nueva Asociación para el Desarrollo de África

Eric Buch

Eric Buch es catédrico y asesor en materia de salud para la Nueva Asociación para el Desarrollo de África.

La Nueva Asociación para el desarrollo de África (NEPAD, por sus siglas en inglés), adoptada por la Unión Africana como estrategia de desarrollo, es *“un compromiso de los líderes africanos, basado en una visión común y en la convicción firme de que tenemos un deber urgente de erradicar la pobreza y colocar a sus países, tanto individual como colectivamente, en la senda de desarrollo y crecimiento sostenibles”*. Es un programa determinado e impulsado por África, con estrategias sectoriales y centrales. Los jefes de estado se consideran comprometidos personal y colectivamente en relación a sus estrategias y prioridades en el sentido de alcanzar las metas estipuladas.

El desarrollo humano, incluida la salud, es una de las prioridades de la NEPAD, y los pilares de la estrategia de salud fueron adoptados por los jefes de estado. La pobreza no puede ser erradicada, ni siquiera considerablemente mitigada, mientras que la alta incidencia de enfermedades, incapacidad y muerte continúen afectando al continente. La estrategia para la salud de la NEPAD reconoce la naturaleza multisectorial de las medidas necesarias para reducir la incidencia de enfermedades, y de este modo, está de acuerdo con el programa global de desarrollo de la NEPAD.

La salud es una de las víctimas de la pobreza, exclusión social, marginación y falta de desarrollo sostenible en África. Este continente se ve confrontado con una gran incidencia de enfermedades e incapacidad que podían ser evitadas, que no sólo provocan muerte o sufrimiento innecesario, sino que también minan el desarrollo económico y el tejido social. Esta incidencia de problemas de salud acontece a pesar de que existen medios y tecnología adecuados para su prevención y tratamiento, y resulta en gran parte, de la pobreza y de los débiles sistemas de salud.

La epidemia de VIH/SIDA coloca un desafío sin precedentes, mientras que la malaria, tuberculosis, enfermedades contagiosas de la infancia y enfermedades no contagiosas, se suman a esa plaga imparable. La desnutrición es la base de muchas enfermedades y está asociada a más del 50% de todas las muertes en la infancia. Las mujeres y adolescentes se enfrentan a problemas de salud únicos, y las muertes como consecuencia de los problemas relacionados con el embarazo y el parto se sitúan en niveles altísimos.

A lo largo de estos últimos años, se han fijado objetivos y metas con la intención de reducir la incidencia de enfermedades en África, tal es el caso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio asociados a la salud, la Declaración de Abuja, o las metas estipuladas en la Política de Salud para Todos en la Región Africana en el siglo XXI: Agenda 2020. No obstante, a pesar de que las causas varían de un país a otro, África no está en el buen cami-

no para alcanzar estas metas y objetivos, no porque sean inalcanzables, sino por una serie de razones:

- Los sistemas y servicios de salud son demasiado frágiles para sustentar la reducción deseada de la incidencia de enfermedades.
- Los sistemas de control de enfermedades no están en consonancia con la dimensión del problema.
- La seguridad en el embarazo y parto aún no se ha conseguido.
- Las personas no tienen los medios suficientes para mejorar su salud.
- Recursos insuficientes.
- Extensión de la pobreza, marginación y número de desplazados en el continente.

Al reconocer que África no está en buen camino para conseguir una reducción de la incidencia de enfermedades acordada por Naciones Unidas y en otros foros internacionales, es necesario hacer una elección. La estrategia de la NEPAD en el sector salud pretende tener un impacto real en la incidencia de enfermedades, incapacidad y muerte a través de:

- Aumento del papel de la gestión del gobierno en la movilización y provecho de los esfuerzos multisectoriales necesarios e implicación de los recursos del gobierno, sociedad civil, sector privado y socios regionales e internacionales en el desarrollo en salud.
- Refuerzo de los sistemas y servicios de salud para poder prestar los cuidados de salud eficaces y justos, sobre una práctica de salud pública basada en hechos, incluido la incorporación de la medicina tradicional.
- Aumentar los programas de control de enfermedades contagiosas y no contagiosas, reconociendo especialmente el desafío sin precedentes que supone el VIH/SIDA y la incidencia de tuberculosis, malaria, diarrea infantil y neumonía, desnutrición, o el resurgimiento de enfermedades como la tripanosomiasis.
- Refuerzo y aumento de los programas para reducir la incidencia de enfermedades derivadas de problemas asociados al embarazo y al parto.
- Dar a los individuos, familias y comunidades los medios de acción para mejorar su estado de salud, estén informados sobre los problemas de salud y se integren intervenciones eficaces en un área de salud en las estructuras comunitarias existentes.
- Movilización de recursos sostenibles que permitan que los sistemas de salud y los programas de control de enfermedades lleguen al nivel pretendido para alcanzar las metas de salud.

Existe un conjunto de principios y valores que, de forma justificable, pueden constituir la base para la estrategia del sector salud en África. Los items siguientes constituyen los principios y valores esenciales que la estrategia para la salud pretende estimular y espera acoger todas las acciones consecuentes con la misma.

La NEPAD, como estrategia de desarrollo, engloba los siguientes principios, que son factores esenciales para el éxito del sector salud:

- El liderazgo y control, por parte de África, en cuanto a las estrategias de desarrollo y la responsabilidad para su implementación constituyen la base del éxito.
- El estado tiene un papel central en el desempeño y una responsabilidad en el desarrollo, hecho que requiere voluntad y compromiso político por parte de los gobiernos africanos.
- Es esencial el desarrollo eficaz de asociaciones, así como la coordinación y colaboración entre comunidades, gobiernos y asociados para el desarrollo.
- La salud es simultáneamente un bien social y económico que debe ser acometida y constituir una prioridad por parte de los gobiernos.

Los valores esenciales del sector salud que constituyen la base de esta estrategia residen en el hecho de:

- La salud y el acceso a la atención sanitaria de calidad, constituye un derecho de cada ser humano.
- La salud es una cuestión que contribuye al desarrollo y obliga a una respuesta multisectorial.
- La equidad en salud es un beneficio tanto para los países como para los individuos.

La NEPAD, a través de las acciones de los jefes de estado y gobierno, y dirigidas por su secretario, promueve, proporciona, implementa y coordina dichas acciones para conseguir sus estrategias y promover los proyectos prioritarios, aunque sin embargo, no se trata de una agencia de implementación. La responsabilidad principal para la puesta en práctica corresponde a los países, mientras que la Unión Africana y las Comunidades Económicas Regionales son consideradas vehículos clave para la acción y coordinación regional.

Una implementación con éxito, depende también de la obtención de asociaciones innovadoras y eficaces, asociados al desarrollo, organizaciones de donantes y agencias y programas de Naciones Unidas.

Los gobiernos africanos deben supervisar y evaluar regularmente, a nivel regional y nacional, los avances conseguidos con respecto a las orientaciones y programas estratégicos definidos por la estrategia de salud de la NEPAD. Los países serán apoyados para la reco-

gida, análisis y separación de datos, incluido el refuerzo y creación de una competencia a nivel comunitario para la supervisión, evaluación y planificación.

A nivel regional, se deben hacer acuerdos para la realización de análisis periódicos con la intención de superar los obstáculos y acelerar las acciones bien acontecidas. Los resultados de estos análisis deben utilizarse como partida para mejorar las prácticas, el refuerzo de los asociados y para acelerar los avances e implementación de la estrategia para la salud.

En consonancia con el compromiso de evaluación por los asociados de la NEPAD, está proyectada la elaboración de informes periódicos que estarán disponibles a los jefes de estado, evaluando los avances que se estén dando para alcanzar los objetivos, metas y orientaciones estratégicas.

En síntesis, la estrategia de la NEPAD representa un compromiso solemne de los gobiernos africanos para colocar al continente africano en la senda del desarrollo humano sostenible, y liberar al pueblo africano del sufrimiento, humillación y del enorme peso económico impuesto por enfermedades y muertes innecesarias.

Desarrollo y disminución de las desigualdades para mejorar la salud

Ramón Vallescar

Ramon Vallescar es coordinador general de Africa y Asia de INTERMÓN OXFAM. Barcelona.

Introducción

En esta ponencia “Desarrollo y disminución de las desigualdades para mejorar la salud” abordaré tres ideas principales:

- la estrecha relación existente entre pobreza, injusticia y salud,
- la constatación de la disminución progresiva de la voluntad política y el compromiso para solucionar los problemas relacionados con la salud y
- en base al panorama anterior, cuáles deberían ser las estrategias de actuación de las ONGs.

La relación entre salud y pobreza

Existen muchas evidencias de la estrecha relación existente entre las variables salud, injusticia y pobreza. No es este el espacio para abordar la relación entre injusticia y pobreza, pero sí para analizar la relación entre pobreza y salud y entre injusticia y salud.

La relación que existe entre pobreza y salud es una relación en ambas direcciones:

La falta de salud, en contextos determinados, puede ser una de las causas de manifestación o agravamiento de la pobreza.

La enfermedad puede ser causa de una disminución de la capacidad para el trabajo y por lo tanto de la capacidad de producir alimentos y/o generar ingresos. Además, en familias con economías de subsistencia, la enfermedad de algunos de los miembros y los costos derivados de los tratamientos pueden ser también elementos determinantes en la generación de la pobreza. De hecho, en la mayoría de las culturas, se generan sistemas de ahorro para afrontar estos problemas potenciales.

Pero la enfermedad no es causa de pobreza en sí misma. Para que la falta de salud se traduzca en pobreza, se tiene que dar un entorno de vulnerabilidad. De la misma forma que los daños que provoca un huracán en Estados Unidos no tienen nada que ver con los que provocan en República Dominicana o Haití, si yo o alguna persona de mi familia se pone enfermo, no corro un riesgo importante de caer en una situación de pobreza. La enfermedad puede ser causa de pobreza en entornos en los que las posibilidades de curación sean reducidas, las familias no tengan mecanismos para afrontar los gastos derivados de la enfermedad y la sociedad no tenga mecanismos de apoyo social.

La relación entre salud y pobreza se ha hecho mucho más evidente con la expansión de la pandemia de la infección por el VIH. En amplias zonas de Africa, el SIDA está causando el dolor de la muerte y la enfermedad, la disminución de la capacidad de trabajo y por lo tanto de los ingresos, la necesidad de aumentar el cuidado de las personas enfermas (con una sobrecarga importante especialmente para las mujeres), el aumento de los gastos en medicinas y cuidados, la pérdida del conocimiento tradicional sobre cultura y trabajo, la pérdida de personas en las organizaciones de todo tipo, etc.

Pero, no sólo la falta de salud puede ser causa de pobreza, sino que la pobreza es una de las causas principales de la falta de salud.

En mi experiencia, e imagino que en la experiencia de la mayoría de las personas que han viajado por América Latina y Africa, el factor más importante que afecta a la salud de la gente que he identificado, es la insatisfacción crónica de sus necesidades básicas.

El informe sobre el Estado de la Salud en el Mundo de 1995 decía: *“la causa principal de muerte, de enfermedad y sufrimiento en el mundo está al final del todo en la clasificación internacional de enfermedades. Tiene el código Z59.5 y se llama pobreza extrema”*. La pobreza es el motivo principal por el cual los niños no están vacunados, por el que no se dota a las comunidades de agua potable y saneamiento básico, por el que la gente no tiene acceso a los tratamientos, por el que las mujeres mueren durante el parto. Es la causa que está detrás de la reducción en la esperanza de vida, las discapacidades y el hambre. La pobreza contribuye de forma determinante al desarrollo de enfermedades mentales, estrés, suicidio, desintegración familiar, al alcoholismo y otras adicciones. Cada año, en los países en desarrollo, más de 12 millones de niños menores de 5 años mueren, la mayoría por causas que podrían prevenirse con apenas unos céntimos de euro por niño. En parte se mueren por la indiferencia del mundo, pero la mayoría se muere porque son pobres.

La relación entre injusticia y salud también la podemos ver a dos niveles:

Por un lado, existe una evidente injusticia en lo que respecta al derecho de acceso a los servicios básicos en general y a la salud en particular. Todos somos conscientes de que cientos de millones de personas tienen denegado el acceso a esos servicios básicos.

Es por ello que en el 20% más pobre de la población mundial se produce el 65% de los fallecimientos por enfermedades transmisibles, mortalidad materna y perinatal y por deficiencias alimentarias.

Esta injusticia también la vemos reflejada en el hecho de que solo un 10% de la investigación mundial para la salud está dedicado al 90% de los problemas de salud existentes

Por otro lado, una relación que quizás no es tan evidente, es la que existe entre la equidad en la distribución de la riqueza en el seno de una sociedad y los índices sanitarios.

En general, cuando una sociedad aumenta su prosperidad, mejora su estado de salud. Pero éste no es el único factor, de modo que a mayor igualdad en la distribución de los ingresos de una sociedad, mayor es su esperanza de vida. En otras palabras, no es únicamente la prosperidad de una sociedad la que determina el estado de salud, sino su estructura social, siendo aquellas sociedades con menos desigualdades las que tienen mejores estándares de salud.

La desigualdad tiene un impacto mayor en la salud que la situación económica general de cada país. Las desigualdades en el nivel socioeconómico de una población impactan sobre su perfil sanitario: el grado de salud de una población está determinado por su nivel socioeconómico, que es un reflejo de los recursos disponibles para la inversión social. Los países en donde es menor la brecha entre ricos y pobres, los indicadores de salud son mejores.

La disminución progresiva de los compromisos

A pesar de que en nuestro imaginario el desarrollo avanza, a pesar de los avances tecnológicos, a pesar de que vivimos en un tiempo privilegiado en el que existen los recursos suficientes para que las personas de este planeta podamos llevar una vida digna, a pesar de todo ello confundimos los problemas y damos soluciones cada vez más parciales, cada vez más restringidas.

Nuestros países y sus respectivos gobiernos se están volviendo profundamente insolidarios. En sus discursos y sobre todo en sus presupuestos, dan prioridad a la seguridad, sin aceptar que la mayor amenaza con la que se despierta a diario la gran mayoría de la población mundial es la falta de alimentos o de servicios básicos, sin ser conscientes que las amenazas a las que estamos sometidos nosotros tienen su origen en la injusticia y la pobreza.

En 1978, la Organización Mundial de la Salud adoptó en Alma-Ata la meta de la salud para todos. Una meta que todavía es necesaria y posible de conseguir. En el año 2000, la comunidad internacional decidió disminuir las expectativas y los objetivos del milenio se convirtieron en las nuevas metas.

Pero aún con el recorte de expectativas, los objetivos del milenio están muy lejos de conseguirse. Por cada país en el que, con una velocidad suficiente para satisfacer las metas propuestas, se ha disminuido la tasa de mortalidad en los recién nacidos y la de niños menores de cinco años, hay diez que se han quedado atrás y uno que ha retrocedido, generalmente por consecuencia del HIV/SIDA.

La falta de compromisos no solo se da en los gobiernos del norte. Los gobiernos del sur deberían también estar lejos de cumplir compromisos, como el de dedicar el 20% de su presupuesto a los servicios sociales básicos o en general, de tener presupuestos con una orientación más social.

Estrategias

En el trabajo para conseguir el derecho de una salud para todos, a nivel global, las ONGs, los gobiernos y los organismos multilaterales equivocamos la estrategia si no ponemos en el centro de nuestro esfuerzo la búsqueda de una sociedad global en la que la redistribución de la riqueza sea una prioridad.

Por ello y en un contexto de recursos limitados, las ONGs deberíamos centrar nuestro trabajo en tres ámbitos:

Ámbito local

En este ámbito, las ONGs deberíamos apoyar todos aquellos temas que tienen un impacto directo sobre la salud y que dependen poco del apoyo externo para mantenerse:

- el acceso al agua potable y saneamiento ambiental,
- el acceso de la vivienda cuyo impacto en la salud ha sido demostrado, producción y acceso a alimentos,
- educación (está probado que la educación de las adolescentes influye en la salud de sus hijos) y
- en general, la mejora de las condiciones que permitan a las personas salir de su situación de pobreza.

En cualquier tipo de apoyo que estemos realizando, tenemos que tener presente cómo la infección por el VIH está transformando el contexto de trabajo y cambiando el perfil y las condiciones de la población con la que trabajamos. En algunas zonas, el número de personas altamente vulnerables (enfermos, viudas/os, huérfanos/as, etc.) está creciendo de forma alarmante. Este tipo de personas no suelen ser los destinatarios usuales de los proyectos de cooperación y de las metodologías habituales de trabajo. Es por ello que debemos repensar muchas de las estrategias que actualmente utilizamos.

Ámbito nacional

En este ámbito, nuestro papel debería ser el de apoyar a la sociedad civil en la construcción de estados más justos y más distributivos. En África, gobiernos como los de Angola, Guinea o el Chad, tienen recursos crecientes entre otras cosas, por la exportación del petróleo. Las ONGs debemos exigir transparencia a las petroleras en la difusión de los recursos que ingresan a los gobiernos, y la sociedad civil de esos países, ha de exigir a sus gobiernos que una parte sustancial de esos recursos se oriente a los planes de reducción de la pobreza en general y a la inversión en salud en particular.

Ámbito global

En el ámbito global debemos trabajar por una globalización diferente. Debemos denunciar, por ejemplo, las contradicciones de las instituciones multilaterales que mientras por un lado, obligan a los estados a disminuir su inversión en servicios básicos a través de los pro-

gramas de ajuste estructural, le ofrecen programas de cooperación sanitaria en los que técnicos con sueldos escandalosos que se pagan a través de un incremento de la deuda de esos países, hacen recomendaciones que no se pueden seguir, aumentando la deuda de dichos países y así un círculo vicioso.

Todo el trabajo que podamos hacer para impedir las subvenciones a la exportación, la condonación de la deuda, el control sobre los ingresos de las industrias extractivas, la prevención de conflictos y el acceso universal a los medicamentos esenciales, tendrá un impacto mucho mayor sobre la pobreza y por lo tanto sobre el estado de salud de la población, que el que podamos hacer a través de nuestros proyectos.

Es especialmente importante que las ONGs y la cooperación en general no sirva de excusa o de mecanismo para limpiar conciencias, para decir ya estamos haciendo lo que tenemos que hacer. Es importante que las ONGs no nos vendamos como la solución a los graves problemas

Conclusiones

Si el problema principal para alcanzar la salud para todos es la pobreza, el principal problema para la erradicación de la pobreza es la hipocresía y la falta de voluntad política.

Los diálogos son importantes, pero hay cosas que no estarán más claras por más que las hablemos y las volvamos a hablar. Parecería que en cada cumbre mundial lo que se hace es disminuir los compromisos anteriores.

Es posible que haya llegado la hora de menos diálogo y más compromiso con los acuerdos alcanzados en diálogos anteriores.

Nuevas estrategias de trabajo en los países del sur

Montserrat Figuerola

Montserrat Figuerola es representante del Grupo Sur y presidenta de ACSUR-Las Segovias. Gerona.

Agradecimiento a todos los organizadores de este diálogo por habernos permitido compartir con todos ustedes algunas reflexiones en relación al abordaje del trabajo en salud internacional o mejor dicho, del trabajo de cooperación en salud que llevamos a cabo organizaciones que trabajamos los derechos sociales básicos, entre ellos el de la salud, como un elemento indispensable del grado de desarrollo de las sociedades. La salud de una población, entendida como el nivel de bienestar que permite llevar una vida social y económicamente productiva, es un resultado del grado de desarrollo, al mismo tiempo que un indicador de los problemas y pobre armonía del nivel de desarrollo.

Las ONGs constituimos un amplio abanico de organizaciones de la sociedad civil, altamente heterogéneo en cuanto a nuestras estrategias y finalidades. Desde los años 80, podemos afirmar que somos portavoces organizados de la participación social en el debate sobre desarrollo, especialmente todas aquellas que nos constituimos como instrumentos con voluntad de acción política de un internacionalismo que pueda aportar oportunidades horizontales para la democracia y para un desarrollo de carácter solidario a nivel global.

Teniendo en cuenta la gran pluralidad de las ONGs, me parece importante hacer una breve pincelada de identificación de la plataforma Grupo Sur, para poder entender aspectos claves de sus intervenciones en el desarrollo en los países donde trabajamos y en nuestro entorno. La plataforma se construyó el año 1989, a partir del acuerdo de un grupo de organizaciones, el núcleo inicial de las cuales fueron: ACSUR (primera coordinadora de la plataforma), OXFAM Bélgica, Terre des hommes France y MOLIVS de Italia. Para todas las organizaciones incorporadas al Grupo Sur, la seña de identidad ha sido trabajar la cooperación bajo la perspectiva de políticas de transformación social, con un alto compromiso con las organizaciones políticas y sociales que han impulsado estrategias de cambio frente a las desigualdades sociales. El objetivo es la construcción de un partenariado ciudadano del Norte y del Sur para trabajar el ámbito de la cooperación desde la perspectiva solidaria, que entiende el desarrollo como un derecho social ya reconocido por Naciones Unidas. El ámbito geográfico donde el Grupo Sur desarrolla su actividad de cooperación y de construcción de su red de partenariado es fundamentalmente América Latina, habiendo centrado esfuerzos especiales en Centroamérica, Colombia, Área Andina y Cuba.

El Grupo Sur no tiene una especialización en la actuación en cooperación sanitaria, sino que trabaja la salud desde una perspectiva de desarrollo social más global, incorporando el derecho a la salud como uno de los derechos económicos y sociales fundamentales. Dentro de las organizaciones del Grupo Sur, la organización española ACSUR, constituyó ya en el año 1986 su grupo de trabajo en cooperación en salud y actualmente tiene reco-

nocida como línea estratégica de actividad: salud, género, desarrollo local, derecho a la salud y derecho a la vivienda. El ámbito geográfico de trabajo en América Latina da un carácter específico a la red de trabajo civil e institucional de la plataforma. En este sentido, quería aportar a la mesa las reflexiones compartidas por todos los miembros del Grupo Sur a partir de experiencias concretas que han ido determinando nuestros posicionamientos y recomendaciones en materia de desarrollo y cooperación.

En el año 1989, las organizaciones que constituimos este grupo, teníamos experiencia en el trabajo en Centroamérica, nos habíamos implicado colectivamente en la construcción de un partenariado local comprometido con los procesos de cambio social en la región. El “laboratorio” de nuevas experiencias de desarrollo alternativo y sostenible que se dibujaba como “empoderamiento” de los grupos de base, se sustentaba en el poder político representado en la zona por el gobierno revolucionario sandinista y las expectativas alimentadas en el cuadro lógico de la guerra fría de cambios revolucionarios en la región. Es reconocido que los procesos de paz en la zona no hicieron emerger las experiencias locales. El cambio ahogó el sistema de producción agrícola local y ha originado un sistema económico de transacción comercial, donde ya habían redireccionado intereses los grandes latifundistas locales. El resultado social fue el gran crecimiento de las diferencias, la migración forzosa de los habitantes de estos países, altos niveles de exclusión social y un tejido social muy débil, pero altamente propositivo.

También el año 1989, con la caída del Muro, las organizaciones del Grupo Sur iniciamos un proceso de acompañamiento y trabajo conjunto con las organizaciones sociales cubanas, con el objetivo común de abrir la cooperación civil con Cuba, país que entró en una crisis económica sin precedentes al perder sus principales aliados económicos y políticos de los países del bloque del este. El conocimiento de la realidad cubana y su realidad social y organizativa nos ponía en contacto con el “mejor sistema de salud y economía productiva en bancarrota”. Para empezar, queremos expresar que el modelo sanitario cubano no es precisamente lo que entendemos como modelo de desarrollo de una salud para todos, sostenible, y que garantice la autonomía de las personas y sus colectividades. Pero es cierto, que aporta evidencias indiscutibles de haber obtenido los mejores indicadores de salud de la población, (situado entre los primeros del mundo): mortalidad materno-infantil, reducción de la tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles, alargamiento de la esperanza de vida, etc.

Es conocido y ampliamente aceptado, que el logro de estos indicadores se correlaciona estrechamente con la disminución de las diferencias sociales, el acceso a alimentos, la universalización de los servicios de prevención y tratamiento, y el patrón de adaptación social de los habitantes de una comunidad. Por el contrario, no hay ninguna evidencia de que el crecimiento económico por sí mismo, sin corrección de las diferencias sociales, genere mejoras en los “estándares” de salud de las poblaciones. Lamentablemente, el crecimiento de la vulnerabilidad social de amplias regiones del mundo ha sido bien alimentada por la máxima de “primero la economía y después el gasto social”, o lo que viene a ser una variante de lo mismo: los servicios sanitarios son provistos para la cooperación internacional con carácter de ayuda, sin que formen parte de políticas públicas integradas.

Por otra parte, también es conocido que la aportación del sistema sanitario a la salud global de una comunidad es muy limitada, incluso cuando hay el acceso es universal. La experiencia clásica de disminución de la mortalidad por sarampión en la Europa industrial del siglo XIX, antes de las vacunas, está estrechamente relacionada con las conquistas sociales de vivienda y acceso a la alimentación. También van en el mismo sentido todos los estudios relacionados con la salud de comunidades primitivas no “sanitarizadas”, pero con acceso a fuentes alimenticias y con patrones adaptativos culturales en su entorno. Quisiera hacer referencia a los estudios del grupo de científicos de los yacimientos prehistóricos de Atapuerca. Uno de ellos, Eudald Carbonell, en su libro *“Aún no somos humanos”*, aporta múltiples evidencias sobre el impacto de las aportaciones tecnológicas en los grupos humanos, sólo en el momento de su universalización. Mientras son patrimonio de grupo e instrumento de diferenciación, no cambia ningún indicador de progreso social y es aplicable tanto a grandes saltos tecnológicos como puede ser el uso del fuego, como a la pequeña instrumentalización y por supuesto, a lo que representa hoy en día el salto de las tecnologías de la comunicación.

Siguiendo con la misma reflexión de la diferencia social y la “brecha”, es muy interesante el análisis de las consecuencias de la desigualdad en los países ricos, considerados motores del desarrollo económico. Los indicadores de salud de amplias capas de sus poblaciones permiten hablar de bandas de exclusión social. Pero yendo más allá, los estudios observacionales muestran que el problema de salud no queda circunscrito al sector de exclusión social, sino que atenta al futuro del conjunto de la sociedad, en la medida que impacta fundamentalmente en las generaciones jóvenes. En Europa, Estados Unidos, Australia y otros países, las investigaciones sociales e indicadores de salud advierten una extensión de la vulnerabilidad social de jóvenes y adolescentes con adicciones y suicidios (Fiona Stanley), un incremento del embarazo adolescente, problemas de salud mental y de adaptación de los sectores trabajadores procedentes de la inmigración, etc. Estamos claramente delante de un paradigma de desarrollo: *“garantizar futuro es afrontar la exclusión en nuestras sociedades y por extensión afrontarla en la sociedad mundial”*. Los retos se sitúan en una ciudadanía universal que se comprometa con los derechos sociales, esto es, garantice las condiciones básicas contempladas en el derecho al desarrollo como son la alimentación, vivienda digna, acceso a agua e higiene ambiental, y asegure la libertad, equidad y acceso universal a los servicios de tratamiento y promoción de la salud.

Los referentes comunes de Salud y Desarrollo nos han sido marcados por las propias Naciones Unidas. Los Objetivos Desarrollo del Milenio son muy concretos en salud: reducción en dos tercios la mortalidad infantil, reducción de un 75% de la tasa de mortalidad materna, detener el avance del SIDA, malaria y tuberculosis y garantizar el acceso a los medicamentos en colaboración con las empresas farmacéuticas. Tan importantes como éstos, desde el punto de vista de la salud, citamos también el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género.

Estas reflexiones compartidas desde las organizaciones del Grupo Sur, así como la voluntad de intervención integradora nos llevan a las siguientes consideraciones:

- Las intervenciones de ayuda en cooperación, no aportan valores agregados a no ser que se sostengan en políticas sociales de cambio o en políticas públicas que se responsabilicen de su mantenimiento. En este sentido, y a pesar de las grandes dificultades, nos gustaría señalar el enorme esfuerzo de Brasil por la campaña *Fome 0*, implementada desde el propio gobierno como esfuerzo de política pública de nación.
- Las intervenciones sobre los principales factores de impacto en la salud tienen su referencia en el ámbito local y en la capacidad de decisión y participación de las colectividades. En este sentido el control de las aguas, la higiene ambiental y la vivienda, han de tener como principales promotores de desarrollo y accesibilidad las políticas democráticas de los poderes locales.
- Las intervenciones de soporte internacional favorecidas por la investigación y las políticas de investigación y desarrollo que benefician a los países pobres, han de tener soporte en las redes locales de universidades, profesionales y recursos locales. En cualquier caso es necesario el control social local sobre el intercambio y el endeudamiento, generadores de alta dependencia.
- Las intervenciones sobre los sistemas de salud locales y los procesos de descentralización han de contar con garantías de idoneidad local. Mediante las redes ciudadanas de seguimiento de derechos económicos y sociales, el Grupo Sur es enormemente crítico con la detracción de recursos y endeudamiento después de costosísimos procesos de consultoría internacional.
- Se han de utilizar sinergias positivas entre políticas públicas e intervenciones sociales privadas y de cooperación internacional, para conseguir los objetivos del milenio en materia de salud. Se debe fortalecer la capacidad de priorizar y establecer indicadores de seguimiento y evaluación común entre varias organizaciones y financiadores públicos y privados, señalando las nuevas líneas de cooperación de la Agencia Española de Cooperación Internacional y de la Agencia Catalana de Cooperación y la posibilidad de influir en las políticas de la Unión Europea.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, desarrollamos unas líneas de intervención prioritaria:

¿Qué se trabaja?

- Salud/subdesarrollo/indicadores de desigualdad

¿Con qué sectores y contrapartes?

- Priorización de las intervenciones para la creación de una red social y un partenariado para la intervención social, y una política a favor de alternativas de equidad social. Nuevos retos en la construcción de referencias políticas, capaces de superar la errática conducción de las experiencias compartidas a partir de los que nos agrupamos bajo el paraguas “otro mundo es posible”.

- Priorización de las intervenciones en grupos marcados por la desigualdad y que tengan el máximo impacto posible en la capacidad de generar a nivel social cambios educativos, en valores, actitudes, etc. En este sentido, adquiere una gran importancia la intervención en y con las mujeres, niños, jóvenes, salud laboral, etc. Todo esto sin olvidar un nuevo paradigma de la vulnerabilidad en las sociedades latinoamericanas y asiáticas (no así en África): el progresivo envejecimiento de una población que no tiene ninguna red de soporte social y que tiene desestructurada las redes familiares como consecuencia de la inmigración masiva y el trabajo temporal entre otros.
- Priorización de las intervenciones “con” o “a través de” poderes locales que fortalezcan el tejido y liderazgo social materias relacionadas con la salud, que deberán ser gestionados localmente.
- Priorización de la red de interés público entre las organizaciones locales y los propios sistemas sanitarios locales.

¿Cómo establecer capacidad de impacto de las intervenciones?

El principal factor de impacto sobre la salud de una población es la reducción de las diferencias sociales y universalización del acceso a los bienes y derechos básicos. Las estrategias políticas que avanzan en esta dirección, están enfrentadas con la cooperación y transferencia de ayuda que perpetúa la brecha y la dependencia. Por tanto, es importante que los indicadores de impacto en desarrollo de la salud de las poblaciones, se instauren también en el seguimiento de las desigualdades en nuestras sociedades para garantizar un partenariado efectivo para las políticas de cambio.

Desde esta perspectiva consideramos de máximo interés, además de los indicadores ya universalmente aceptados en materia de desarrollo y salud (reducción de mortalidad infantil por diarreas, reducción de mortalidad materna, etc.), la incorporación de indicadores que permitan correlacionar políticas de una forma global, que permitan medir las intervenciones sobre desigualdad en todos los lugares. Así y a modo de ejemplo:

- Políticas de igualdad de género, prevención de la pobreza de las mujeres y sus hijos, siendo el indicador propuesto el embarazo adolescente.
- Políticas de accesibilidad al agua potable, para ello se propone el indicador precio por día de un litro de agua.
- Políticas de igualdad a través de la protección a la capacidad de trabajo de las personas, para esto, se propone el indicador: consultas de salud mental (aplicable a migrantes, maquilas, trabajo temporal, etc.)

A modo de conclusión sólo querría aportar, que mientras pensamos que la mejora de las condiciones de vida y salud de los países menos desarrollados o de las capas de exclusión social de nuestro entorno, depende de las transferencias de los países más ricos, se perpetuará la dependencia y lo que es peor, el incremento de las diferencias. Sólo con políticas comunes orientadas a garantizar la equidad social se puede pensar en gestión de desarrollo.

Mejorando las estrategias de los proyectos en materia de salud en los países en desarrollo. Prioridades y evaluaciones.

Alfons Sancho

Alfons Sancho representa a Más en red, Federación Catalana de ONGs para el Desarrollo. Barcelona.

Desearía complementar y reforzar lo que han dicho mis compañeros de mesa en sus intervenciones anteriores, en referencia a las estrategias de salud, intentando exponer la posición de las organizaciones a las que represento, agrupadas en +EnRED, sobre la situación actual de las políticas sanitarias. Asimismo, destacando algunas prioridades y planteando las aportaciones que podemos realizar desde el mundo de las ONGs para contribuir en el análisis crítico y evaluación de los sistemas de salud y ver cómo estos influyen en la lucha contra la pobreza y la mejora del bienestar de la población mundial.

Actualmente ha habido una mejora sensible en algunos indicadores de salud y cabe destacar la existencia de elementos positivos, como el hecho que la salud sea un eje prioritario en algunas cumbres internacionales, como la de Johannesburgo en 2002, donde se empezó a hablar, por primera vez en documentos oficiales, de la relación entre salud y medio ambiente y su correspondencia con la prosperidad de las personas y el planeta. Si bien esto es cierto, nos preocupan las políticas de algunos organismos internacionales que actualmente no favorecen ni el incremento ni el mantenimiento del gasto social en general, así como tampoco el gasto en salud en particular. El porcentaje dedicado a salud en los países pobres está por debajo del 5% de los presupuestos del gobierno, ello se traduce en que el presupuesto en muchos países, como por ejemplo Malí, es inferior a 10 dólares por persona y año. En cambio en cualquier país industrializado estos presupuestos están por encima de los 600 dólares por persona y año. Delante de estas cifras es sorprendente que nos quedemos tan tranquilos cuando se nos dice que tenemos que contener ese gasto social en los países empobrecidos.

Igualmente nos preocupa el enfoque fragmentario que se da a las políticas sanitarias y defendemos que se ha de tener una visión global de la salud y de cómo esa política se integra en las políticas de desarrollo. No se pueden abordar los problemas de salud aisladamente sin pensar en el desarrollo en general. Normalmente, no sólo tratamos los problemas de salud por separado, sino que las políticas sanitarias que actualmente se proponen son totalmente fraccionadas, ya que no abordan los problemas de la comunidad o del individuo de forma global sino que se dan respuestas parciales. Aunque esta atención parcial procure solucionar aspectos tan importantes como las enfermedades infecciosas, la creación de maternidades o control del niño sano, entre otras, se está olvidando de la atención integral y de la importancia de la interrelación entre entorno, comunidad y persona.

Nosotros continuamos defendiendo las políticas de integración y desarrollo como políticas públicas que deben llegar a todos y todas. En cambio, en las metas del milenio para la erra-

dicación de la pobreza, fruto del consenso internacional, sólo se habla de reducir a la mitad el número de pobres o hambrientos antes de 2015 y las propuestas se corresponden con acciones básicas de lucha contra la pobreza, sin embargo no se habla de desarrollo. Lo poco que se dedica del tan reivindicado 0,7% (un 0,22% a nivel mundial) no ha conseguido cubrir las necesidades básicas sanitarias y además, todos los estudios resaltan que la distribución de recursos en el sector salud es inadecuada. En muchas ocasiones los fondos se dedican a aquellos niveles altamente especializados a los que no puede acceder la mayoría de la población y al que sin embargo accede el sector más privilegiado. Para completar esta visión crítica es preocupante que una gran parte de las aportaciones de fondos de solidaridad sea totalmente voluntaria. Es impensable que la sanidad en Cataluña, España o en Europa, se diseñe como una política pública pero que se financie con aportaciones voluntarias y no mediante los impuestos.

Este modelo inviable es el que se propone a nivel internacional, ya que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Banco Mundial, realizan unas propuestas generales pero las aportaciones de los gobiernos donantes son voluntarias, condicionadas e insuficientes. Lo más sorprendente es que nos quedamos tan tranquilos ante estas propuestas que nunca aceptaríamos si las aplicasen en nuestro país. Tenemos que recuperar la idea del 0,7% como impuesto internacional de redistribución de la riqueza que se preocupe de atender a una serie de bienes comunes globales (salud, educación, medioambiente y seguridad, entre otros) y fomentar entre la población la idea de que si queremos ser solidarios, lo más importante no es aportar dinero a las ONGs, sino pagar nuestros impuestos.

Finalmente, mencionar que aunque existe un diagnóstico sobre los problemas del sistema sanitario de los países empobrecidos (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial, OMS, etc.), desde hace muchos años se reproducen los mismos errores. Existen soluciones que no se ponen en práctica por falta de voluntad política. No necesitamos más diagnósticos, sino una apuesta más decidida por el desarrollo de las políticas de bienestar a nivel internacional. Hace algunos años se hablaba de salud para todos para el año 2000 y se vinculaba la salud al desarrollo global. Ahora nos conformamos con que al a menos se pueda atenuar la pobreza y en algunos casos, simplemente actuar en situaciones de emergencia y catástrofe. Hay que recuperar el discurso de que el objetivo es el desarrollo humano, que éste sea sostenible y que el bienestar de los pueblos no sólo significa poder disponer de un dólar al día por persona.

En este contexto, ¿cuáles son las prioridades que defendemos como actuación de nuestra red de ONGs?. En primer lugar consideramos que el acceso a los servicios de salud es un derecho humano universal y no el resultado de un análisis económico en el campo sanitario. Nos están repitiendo constantemente una serie de posicionamientos, que van penetrando en el ideario colectivo y que finalmente acabamos asumiendo. Actuamos delante de la problemática del SIDA, creando un fondo internacional, por su costo-beneficio, o fomentamos programas de salud materna por lo mismo, etc. Esto no debería ser así. Ya veremos cómo priorizamos la intervención en unos sectores u otros, pero hemos de partir de la premisa que la salud es un derecho de toda la humanidad.

En segundo lugar, hemos de impulsar el concepto de la salud como bien público global. En la década de los 90, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, al igual que la Unión Europea, ha rescatado este concepto y por tanto, lo debemos hacer nuestro. Si defendemos, como lo hacemos, el estado de bienestar y creemos que esta es una importante aportación de Europa en el ámbito internacional, no podemos aceptar que el estado de bienestar sea un fracaso. Todo lo contrario, hemos de trabajar para que la salud sea reconocida como un bien público global y que como tal, sea financiada internacionalmente. Una comarca como el Baix Penédes o Extremadura, no podría ser sostenible financieramente con las prestaciones sanitarias actuales, sino es por vía de los impuestos y una redistribución de los mismos desde una perspectiva equitativa. Este planteamiento que está asumido a nivel de todos los países europeos, se debe difundir a nivel internacional y por tanto impulsar esta idea de la salud entendida como una necesidad y un derecho de la humanidad (bien público) y a la que se debe dar una respuesta no solo local sino internacional.

Igualmente hemos de recuperar el papel del estado como garante y responsable de la salud de la ciudadanía. En esta línea es importante destacar la participación de las personas, ya que no sólo es un derecho, sino también un deber de los ciudadanos, el tener cuidado de su salud, individual y colectivamente. Pero el estado ha de ser el garante de estos derechos y de los servicios de salud correspondientes. El estado no es un ente aislado, sino que es, o debería ser, el representante de la ciudadanía y por lo tanto, es el responsable de la salud de los ciudadanos y ciudadanas. En ese sentido, en todos los procesos de descentralización que se están dando en muchos países del mundo, no se ha de confundir el acercar los servicios de salud a la población, que es algo muy importante, con la desresponsabilización del estado en un sector tan básico como es el sanitario, proceso por otra parte, que también se está produciendo en otros sectores como el educativo.

También nos gustaría subrayar que consideramos que los principios que se emanaron de la Conferencia de Alma Ata (1978) continúan estando vigentes. Para muchos, el principio de la atención primaria está muerto, si bien es cierto que no se consiguió el objetivo de salud para todos en el año 2000 y que su aplicabilidad en algunos momentos no ha sido posible por falta de financiación y de voluntad política, eso no significa que los principios no continúen siendo válidos. La participación de la comunidad, el acceso a los servicios, la intersectorialidad y el respeto a las culturas, son aportaciones importantes que aún son vigentes y nos indican una línea de actuación. Uno de los elementos básicos de la Atención Primaria de Salud es la participación de la ciudadanía en estas políticas, participación entendida como empoderamiento.

En cambio, 25 años después, se continúa dando a la participación un papel fundamental ya que es un elemento básico de la privatización del sistema sanitario. La población participa pagando, es decir, además de ser pobres, tienen el privilegio de pagar y así consolidar un sistema democrático y participativo. Ante estas circunstancias es necesario volver a los orígenes y recuperar el sentido de ciertas propuestas ya que ciertas políticas neoliberales se han apropiado de las palabras pero no de los principios.

Creemos que las políticas sanitarias deben ser integradas dentro de las políticas de desarrollo del país y que el papel que podemos hacer las ONGs en muchas ocasiones, es contribuir a hacer efectivas las políticas de la OMS. Estas políticas se tienen por muy buenas, pero la realidad es que después, a nivel local no se aplican. Es un gran contributo ser capaces de bajar desde el ámbito internacional o estatal al ámbito local y conseguir que ciertas políticas generales puedan aplicarse a contextos específicos, que tienen que velar por la integración del saber tradicional. Uno de los grandes fracasos actuales ha sido no integrar suficientemente la perspectiva tradicional en las estrategias y políticas de salud. Hemos de ser capaces de reconocer que en ocasiones, las ONGs somos copartícipes de cierto imperialismo cultural. El saber científico y técnico occidental es imprescindible, pero el mundo tradicional también tiene sus valores y sus aportaciones. Tenemos que conjugar y complementar los dos discursos. Este sería uno de los elementos que también tendríamos que aportar, desde el nivel local, las ONGs sanitarias de desarrollo: una mejora cualitativa de la atención, integrando mejor nuestra cultura técnico-científica al saber tradicional. La equidad y la eficiencia son importantes, pero no son posibles si no hay calidad y sobre todo calidez. En esos discursos donde hablamos de las efectividades de las vacunas y otros elementos científicos, al final olvidamos que la calidez es tan importante como la técnica.

En lo que respecta a las aportaciones científico-técnicas, como organizaciones de solidaridad especializadas, tenemos que fomentar la realización de estas aportaciones mediante la formación en servicio, a través de la realidad de cada día. Cada vez hay más formación teórica, habiendo miles de cursos financiados por las ONGs, instituciones nacionales y organismos internacionales. En muchos casos, estas formaciones se hacen en lugares cerrados, lejos de la realidad y de difícil aplicación, cuando sería fundamental que se integrasen más en la práctica diaria.

Finalmente hay que implicarse y realizar una acción política decidida. Muchas veces se comenta que las ONGs no tienen que hacer política, pero lo que no tenemos que hacer es política partidista. Es oportuno, y ello significa hacer política, involucrarnos en mejorar el acceso a los fármacos, trabajar para que la investigación también aborde los problemas de los pobres, denunciar las inequidades del sistema, etc.

En la misma línea muchas veces nos preocupamos de lo que pasa en otros países y nos olvidamos de aquello que ocurre con respecto a los colectivos de inmigrantes en nuestro país. Hemos de colaborar con lo que se ha denominado salud migracional o atención a la diversidad, y es importante poder aportar e intercambiar las experiencias adquiridas en otros entornos.

En todas nuestras actuaciones deberíamos realizar un análisis en profundidad de los procesos desarrollados y de los resultados alcanzados y no solo limitarnos a comprobar si se cumplieron los objetivos del proyecto, ya que podría darse aquella máxima de *"la operación fue un éxito, pero lástima que murió el paciente"*. En muchos casos, no solo no hemos avanzado, sino que la población está más empobrecida. Por ello es fundamental la difusión de las buenas prácticas y actuaciones exitosas. Se han conseguido muy buenas experien-

cias a lo largo de muchos años de cooperación y estas prácticas a veces se han analizado pero no se han difundido lo suficiente. Por consiguiente, hay que dedicar tiempo y recursos a este tipo de análisis y evaluación de las intervenciones cotidianas. Estos análisis deben implicar, como nos piden muchos compañeros de América Latina, la influencia del sector salud en la mejora del bienestar, de cómo la riqueza petrolera no sólo no beneficia a las comunidades donde se extrae sino que empeora su salud, de cómo se realizan las inversiones en salud desde la comunidad internacional y tantas otras posibilidades.

A modo de conclusión, resaltar que es tan importante prestar asistencia a nivel local como realizar una acción política donde se expliquen las causas de lo que está sucediendo: no debemos ser entidades sólo prestadoras de servicios a bajo costo, sino apoyar al tejido asociativo del sur en su camino hacia su propio desarrollo, prestándole apoyo político y asistencia técnica. Nosotros no somos quiénes para decidir el desarrollo de nadie, pero podemos y debemos contribuir al movimiento de otros países en la búsqueda de su camino, al mismo tiempo que participamos, con nuestras denuncias y presiones, a establecer unas relaciones internacionales más justas y solidarias.

Para acabar, me gustaría subrayar que otro mundo no sólo es posible, sino que es necesario.

Intervenciones en crisis humanitarias y su impacto en la salud de la población

Jean A. Roy

Jean A. Roy es asesor en Salud Pública de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Ginebra.

Resumen

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha demostrado su capacidad de responder rápida y eficazmente a los desastres y emergencias mundiales. En los años recientes, la Federación Internacional de la Cruz Roja y otras ONG asociadas, han necesitado cada vez más girar su atención a los problemas derivados de enfermedades infecciosas graves durante las emergencias y largo tiempo tras el paso de la fase de emergencia de un desastre. En consecuencia, la Federación Internacional ha ido respondiendo mediante el lanzamiento de llamamientos no urgentes para tratar los “asesinos silentes” de cada día como el VIH/SIDA, tuberculosis, sarampión y malaria. Las respuestas a esta “crisis” humanitaria de cada día requieren abordajes de apoyo a largo plazo innovadores. Algunos de estos abordajes incluyen asociaciones a escala mundial y nacional, integración de múltiples intervenciones para lograr impacto al más bajo coste y ampliando en gran medida los recursos, haciendo un fondo común con el objetivo de poder llegar así a un mayor número de personas vulnerables.

Palabras clave: crisis humanitaria, enfermedades infecciosas, VIH/SIDA, integración, asociaciones.

La Federación Internacional de Sociedades la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

La Federación Internacional de la Cruz Roja tiene buenas posibilidades de asistir a víctimas de desastres a través de su red mundial de sociedades nacionales. Casi cualquier país del mundo tiene una Cruz Roja o una sociedad de la Media Luna Roja, cada una con su sucursal y voluntarios cualificados a nivel comunitario. La cooperación entre estas sociedades proporciona capacidad adicional, solidaridad, recursos financieros y humanos. Es cada vez más frecuente que estas mismas sociedades nacionales respondan también a los desastres silentes de todos los días motivados por enfermedades infecciosas.

El sistema de respuesta a las emergencias más graves está basado en el derecho de las sociedades nacionales a solicitar apoyo en una crisis y en el de la secretaría de la Federación Internacional de la Cruz Roja de ofrecer apoyo. El papel de la secretaría es el

de coordinar, lanzar un llamamiento internacional para aumentar los fondos para las operaciones de socorro y entonces movilizar personal y bienes de ayuda. Los esfuerzos de 2002-2003 ascendieron a 270 millones de francos suizos para financiar 72 programas de ayuda humanitaria. Como es lógico, con el incremento de las necesidades y la disminución de recursos en muchos países propensos al desastre, la federación encuentra que sus sociedades nacionales están comprometidas más allá de las respuestas iniciales, en largos periodos de trabajo de rehabilitación y reconstrucción. Este trabajo juega un importante papel en disminuir la vulnerabilidad de las personas y en fortalecer sus capacidades. No obstante, la Federación Internacional está lanzando cada vez más llamamientos, no solo por los desastres sino por los problemas a largo plazo como consecuencia de enfermedades como la polio, el sarampión, malaria, tuberculosis y VIH/SIDA. Éstas son de hecho, las “crisis humanitarias” de nuestros tiempos.

¿Qué son estas “crisis humanitarias”?

El término de “crisis humanitaria” tiene significados muy distintos para diferentes personas e instituciones. Las emergencias complejas de las que hemos sido testigos en las dos últimas décadas del siglo XX, han suscitado nuestra atención hacia una serie de desastres naturales sin precedentes como inundaciones devastadoras, huracanes, sequías y terremotos por sólo mencionar a algunos. También hemos presenciado los desastres provocados por el hombre como los movimientos devastadores de población resultado de genocidios y conflictos. Se ha convertido en casi normal identificar “crisis humanitaria” con estos eventos. No obstante, a medida que el siglo XXI nos amanece, la epidemia de VIH/SIDA ha persistido demasiado tiempo como una “crisis silente”, pero no solo esta enfermedad, sino también otras enfermedades como la malaria y la tuberculosis están amenazando seriamente nuestro planeta. Estas son de hecho las “crisis humanitarias” que son bien reconocidas y afrontadas por la Federación Internacional. Estas crisis requieren la misma respuesta enérgica y resolutiva que han suscitado los desastres naturales y aquellos provocados por el hombre. El crecimiento catastrófico e ininterrumpido de nuestra epidemia mundial de VIH/SIDA, cuyas dimensiones sólo se pueden comparar con la “peste negra” de los tiempos medievales o con la “gripe española” de principios de siglo XX, está forzando a algunos de nosotros a replantearnos nuestras prioridades y a desviar más atención a las muchas “emergencias silentes” del mundo.

Salud Pública, ¿se ha caído del mapa?

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en su Informe Mundial sobre desastres 2000, se centró en la salud pública, en un esfuerzo de llamar la atención del mundo sobre estos “asesinos silenciosos”. Señaló que *“enfermedades como el HIV/SIDA y la malaria, se han convertido en continuos desastres, con frecuencia mucho menos en primera plana que catástrofes naturales súbitas o crisis de refugiados, pero mucho más mortales”*. En 1999, entre 70.000 y 100.000 personas murieron a causa de desastres naturales, pero alrededor de 13 millones murieron debido a enferme-

dades infecciosas.¹ UNICEF informa anualmente que mueren más de dos millones de niños menores de cinco años como resultado de pobres condiciones de agua y saneamiento.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que cerca de 3 millones de personas están muriendo de VIH/SIDA cada año, que la tuberculosis se está cobrando más de 1,7 millones de vidas, y que el sarampión y la malaria se cobran la vida de más de 1 millón de niños al año.³ Estos son números alarmantes a la luz del hecho de que estas muertes podrían evitarse mediante simples intervenciones de salud pública. Estas respuestas también necesitan ser sólidas, rápidas y efectivas.

Respondiendo a estas Crisis Humanitarias

No hay opciones sobre esta cuestión, no es una situación en la que se puede elegir. Los actores humanitarios deben responder a las emergencias “tradicionales” y a estas “emergencias silentes de salud pública. Los gobiernos, agencias de desarrollo, instituciones y organizaciones no gubernamentales, deben responder con la misma urgencia que los actores humanitarios dedican a los desastres naturales y a los provocados por el hombre. En tiempos de emergencia, los actores humanitarios proporcionan alivio rápido y efectivo para rellenar brechas temporales de los servicios básicos de salud. Algunas de estas brechas no son temporales, ya que enfermedades como el VIH/SIDA, malaria, sarampión y tuberculosis, son “asesinos silenciosos” que necesitan todos de respuestas y atención a largo plazo. Ha habido progresos en esta materia. El Proyecto Esfera, lanzado en 1997 por un grupo de ONG humanitarias y Federación Internacional, proporciona un conjunto de normas mínimas universales para las respuestas de emergencia.⁴ Este libro se dirige al control y prevención de enfermedades infecciosas con especial atención al VIH/SIDA, sarampión, malaria y tuberculosis durante las emergencias.

El camino hacia delante, agrupándolo todo

En una emergencia grave, la atención se centra en la atención sanitaria de la comunidad, apoyada por personal médico, clínicas básicas, hospitales de referencia y unidades de agua potable y saneamiento. Con frecuencia, los actores están tan ocupados con estas graves necesidades de emergencia, que la respuesta de la salud pública a los “asesinos silenciosos” se demora o se aborda de forma incompleta. Las comunidades afectadas por catástrofes o conflictos, con o sin grandes desplazamientos de población, son especial-

¹ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. World Disaster Report 2000. Ginebra: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2000.

² Bellamy C. Poor sanitation, a huge killer of children. Mensaje en el día mundial del agua. Nueva York: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. 22 de mayo de 2004.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Scaling up the Response to Infectious Diseases. Informe sobre enfermedades infecciosas. Ginebra: OMS. 2002. (WHO/CDS/2002.7).

⁴ The Sphere Project. Humanitarian Charter and minimum standards in Disaster Response. Ginebra: Oxfam Publishing. 2004.

mente vulnerables a brotes de enfermedades infecciosas. No obstante, se han observado respuestas esperanzadoras. La malaria y la deshidratación fueron manejadas simultáneamente en los ambientes caóticos de refugiados de Tanzania y Zaire en 1995, y la diabetes, diálisis e hipertensión, resultaron ser los problemas más urgentes en los campos de refugiados de Macedonia en 1999.⁵ En los años recientes y fuera de escenarios de desastres, la Federación Internacional ha ido aumentando sus llamamientos para hacer frente a las enfermedades llamadas “asesinas silenciosas”. Un abordaje innovador de integración de múltiples intervenciones usando campañas de vacunación masivas como plataforma, ha servido eficazmente para proporcionar otras intervenciones vitales como el suministro de vitamina A, mebendazol, y mosquiteras impregnadas con insecticidas para alcanzar alta cobertura a precios más bajos.

Nuevos enfoques: logrando sinergias e impacto mediante integración- algunos ejemplos

El ejemplo de la Cruz Roja en Ghana.

El sarampión y la malaria son dos grandes causas de muertes en África. Mientras que las campañas de sarampión, rápidamente logran alcanzar alta cobertura a bajo coste resultando en casi una eliminación de las muertes por sarampión, la distribución de mosquiteras impregnadas con insecticidas, no ha demostrado ser un abordaje de eficacia similar. Para poder lograr una cobertura rápida, alta y equitativa de mosquiteras impregnadas con insecticidas a bajo precio, se facilitaron 14.200 de estas mosquiteras durante 7 días de campaña de vacunación del sarampión en Ghana en diciembre de 2002. Una mosquitera impregnada con insecticida se distribuyó gratuitamente a cada cuidador que acompañaba a uno o más niños menores de cinco años de edad a un puesto de vacunación/distribución en un distrito de 145.000 personas. Se alcanzaron altas tasas de cobertura a bajo coste tanto para el sarampión como para las mosquiteras impregnadas. Antes de la distribución, el 20,1% de las familias tenía una mosquitera y un 6,0% de los niños dormía bajo una. Después de la distribución, un 80,1% de los niños dormía bajo una mosquitera impregnada con insecticida. El coste de la distribución de una de estas mosquiteras fue de 0,32 dólares porque se combinó con el transporte y reparto de la vacuna del sarampión y otras provisiones. Este coste de distribución fue menor que el de cualquier otro esquema de mercado social previo.⁶ La distribución de redes impregnadas con insecticidas durante las campañas de sarampión tiene el gran potencial de alcanzar amplia cobertura a bajo coste tanto para los consumidores como para los proveedores.⁷

⁵ Gardemann J. Primary Health Care in Complex Humanitarian Emergencies: Rwanda and Kosovo experiences and their implications for health training. *Croatian Medical Journal* 2002; 43 (2): pp 148-155.

⁶ Grabowksy M. Mass Distribution of insecticide-treated bednets during a measles vaccination campaign: methods and cost. Washington DC: American Red Cross. 2003.

⁷ Ibid 6.

El ejemplo de la Cruz Roja en Zambia

En esfuerzo en junio de 2003 de reducir la morbilidad y mortalidad del sarampión, la malaria, deficiencia de vitamina A y parásitos intestinales, la Cruz Roja de Zambia se unió con el Ministerio de Salud y múltiples asociados para planificar y poner en marcha un esfuerzo masivo que incluía vitamina A, mebendazol y vacunación de todos los niños de 9 meses a 15 años de edad frente al sarampión.⁸ En un intento de ampliar la experiencia integrada de mosquiteras impregnadas con insecticida de Ghana, se distribuyeron más de 90.000 de estas mosquiteras en 5 distritos remotos durante la campaña. Este esfuerzo integrado de 7 días, implicó una educación intensa de la comunidad e información por parte de los voluntarios comunitarios de la Cruz Roja antes y después de la distribución de las mosquiteras. Se alcanzó rápidamente una alta cobertura, con eficacia y a bajo coste en todas las intervenciones.

De este modo, el esfuerzo piloto de Ghana en un distrito remoto, demostró la seguridad y viabilidad de integrar la distribución de mosquiteras impregnadas con insecticida durante una campaña de vacunación contra el sarampión. Con el éxito de Ghana en obtener alta cobertura de una forma costo-efectiva, el esfuerzo a gran escala en Zambia validó la viabilidad de ampliar para poder así lograr alta cobertura en grandes grupos de población. Estas lecciones están proporcionando ahora la base para un esfuerzo integrado de sarampión y mosquiteras impregnadas con insecticida de extensión nacional en Togo en diciembre de 2004. Logrando exitosamente alta cobertura en Togo resultará en la consecución en este país de uno de los objetivos de Abuja para la cobertura de mosquiteras impregnadas con insecticida en niños y mujeres embarazadas.⁹

Nuevos abordajes: logrando sinergias e impacto mediante asociaciones- un ejemplo

La Iniciativa Sarampión es una asociación a escala mundial lanzada en 2001. Es un compromiso a largo plazo para controlar las muertes por sarampión en África mediante la vacunación de 200 millones de niños y evitando así, 1,2 millones de muertes por encima de cinco años.¹⁰ Protagonizan este esfuerzo la Cruz Roja Americana, la Fundación de Naciones Unidas, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, con la

⁸ Los asociados incluyen a: Cruz Roja Americana, Centers for Disease Control, UN Foundation, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Agencia de Desarrollo Internacional Canadiense, Cruz Roja Canadiense, Academy for Educational Development, Population Service International, Right to Play, BASF Corporation, Ministerio de Salud de Zambia, y Cruz Roja de Zambia.

⁹ En 2000, los jefes de estado de África se reunieron en una cumbre histórica en Abuja (Nigeria) para comprometerse a luchar contra la malaria y establecer unos objetivos ("Abuja Targets"). Uno de los objetivos propone alcanzar una cobertura de mosquiteras impregnadas con insecticidas de un 60% en niños menores de cinco años y mujeres embarazadas.

¹⁰ The measles initiative. www.measlesinitiative.org

Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Luna Media Roja, UNICEF y otros colectivos y ONGs asociadas. La Iniciativa Sarampión está teniendo un profundo impacto en la salud de los niños en África. En enero de 2004, la OMS informó sobre el progreso realizado en la reducción de las muertes por sarampión a escala mundial durante el periodo de 1999-2002.¹¹ En términos generales, se ha estimado una reducción del 29% en las muertes por sarampión durante este periodo de tres años, con una reducción estimada en África del 35%. Es más, el 67% de la reducción global total se debió a las 170.000 muertes anuales por sarampión que se han evitado en África. La Iniciativa Sarampión ha jugado un papel muy importante en apoyar a los países africanos en el descenso sostenible de las muertes por esta enfermedad. Dadas todas las actividades que han tenido lugar durante 2003 en la conducción de actividades de inmunización suplementaria, unido a los esfuerzos en curso de fortalecer los servicios rutinarios de inmunización en países prioritarios, se estima que la mortalidad de 2003 nos llevará mucho más cerca del logro de la meta para 2005 de reducir la muerte global por sarampión en un 50% en comparación con los niveles de 1999. Hacia la mitad de 2004, la Iniciativa Sarampión ha vacunado más de 116 millones de niños en 29 países africanos.

Poniendo en común los recursos financieros, pericia técnica y capacidades operacionales, esta propuesta de asociación alcanza niveles que la OMS y UNICEF no podrían haber alcanzado solas con los Ministerios de Salud. Esta propuesta ha sido también demostrada exitosamente con la erradicación de la polio donde el apoyo financiero a largo plazo sin precedentes (más de 20 años) de *Rotary International* permitió una ampliación masiva de los programas de la OMS, UNICEF y programas país, para alcanzar una reducción del 99% en los casos de polio en todo el mundo.¹²

Conclusión

La misión de la Federación Internacional de la Cruz Roja es *“poder realmente marcar una diferencia en la salud de las personas vulnerables en todo el mundo”*. Las lecciones de las últimas décadas han demostrado que “marcar una diferencia”, requerirá nuevas formas de trabajo cuando se responda a desastres y a las “emergencias silentes de cada día”. En resumen, estas nuevas formas incluyen: integración del control y prevención de enfermedades infecciosas en las respuestas a emergencias, responder a los “asesinos silenciosos” de cada día de la forma más rápida y eficaz posible como hacemos con las emergencias, y crear asociaciones a escala mundial y nacional para poner en común los recursos y ampliarlos enormemente y poder lograr así el impacto deseado en estas crisis humanitarias.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Weekly Epidemiological Record. Ginebra: OMS. 16 de enero de 2004. No.3.

¹² Rotary Polio Plus. www.rotary.org/foundation/polioplus/donate/information.html

Comentario:

Hay una visión generalizada de que el problema fundamental que hay ahora mismo en los países en desarrollo es la falta de recursos. Mi experiencia profesional y creo que la de muchos, es que ahora hay varios países, sobre todo en África Subsahariana, que lo que tienen es tal plétora de recursos financieros, que no tienen capacidad para gestionarlos ni movilizarlos bien. Esto no es ninguna crítica al Fondo Global, pero sí me parece que a veces, como otras organizaciones, por su *modus operandi* no funcionan bien. ¿Qué está haciendo el Fondo Global para aliviar esta situación?

Comentario:

Desde que ha empezado este diálogo, se habla con demasiada frecuencia de la necesidad de mejorar la salud para que mejore la economía, cuando, desde mi punto de vista, creo que es totalmente falso. Es absolutamente necesario que mejore la economía para que mejore la salud. Me da la impresión de que todo es una enorme mentira, y que para mantener la explotación de los países en desarrollo, intentamos darles alguna limosna para que continúen siendo la mano de obra barata de otros países.

Comentario:

Brasil es una de las primeras economías del mundo y también es uno de los países más desiguales del planeta, que tiene un sistema de salud subfinanciado, entre otras cosas porque las empresas no pagan todos los impuestos que deberían. Si todos reconocemos la importancia de invertir en salud y de que existan programas de salud funcionantes para que los programas verticales se puedan implementar, ¿no sería más lógico mejorar la equidad del país a través de la financiación de los impuestos?

Comentario:

¿Podríamos buscar mecanismos que refuercen la capacidad nacional, o vamos a seguir con los criterios denominados de condicionalidad?

Comentario:

Muchas veces, los asociados al desarrollo parece que están compitiendo entre sí en lugar de coordinar la ayuda.

Comentario:

No se ha hablado de un análisis académico del por qué de la pobreza en los países africanos. ¿Cuáles son las razones históricas que han dado lugar a esa pobreza, y cuáles son las fuerzas que siguen perpetuando esa pobreza?. A menos que solventemos esos problemas, la filantropía desinteresada no será suficiente, aún suponiendo que podamos seguir con esa filantropía. A menos que nos centremos en cómo funciona el sistema globalizado, creo que no podremos alcanzar algunos objetivos.

Comentario:

¿Por qué hay tanto miedo, no solamente del Banco Mundial, sino también por parte de otros donantes, de poner los recursos a disposición de los presupuestos de los gobiernos y exigirles que cumplan con sus obligaciones para con sus ciudadanos?.

Comentario:

Quería recordar que la medicina tradicional es una medicina privada y que la población ha de pagarla, que tiene más ventajas en el sentido de que es más aceptada por la población, pero que no deja de ser privada. Creo que un problema importante no sólo es la medicina tradicional, sino la gestión de sistemas de salud.

Comentario:

He de decir que la cooperación de la Unión Europea es una de las más retrasadas, porque no se coordina ni siquiera con los países europeos, sino que lo hace a su aire si me permiten la expresión, y sí se puede hablar de autismo en este caso.

Comentario:

Desde dentro de las ONGs, muchos tenemos la sensación de que los que hacemos es poner parches, más o menos bien puestos, pero tan sólo son un grano de arena... Estamos convencidos de que mientras no haya una realidad política y una real independencia dentro de los organismos internacionales, difícilmente podremos lograr mucho más de lo que estamos haciendo, que es poner pequeños parches.

Comentario:

A nivel de país, consideramos a las ONGs y las organizaciones de la sociedad civil, como dos cosas diferentes, porque muchas de las ONGs internacionales acuden al país pero no proceden de la sociedad civil, son agencias de aplicación por parte de los gobiernos. Incluso tenemos una tercera categoría que es lo que llamamos organizaciones basadas en la comunidad.

Capítulo V

Estado, Sociedad Civil, Derechos humanos y Derecho a la Salud

En este bloque temático, se aborda la relación entre estado, sociedad, derechos humanos y derecho a la salud. A lo largo de todas las ponencias, se constatan las crecientes desigualdades en materia de salud entre países y dentro de cada país, y se hace explícito el papel de los países más ricos en su contribución al desarrollo.

El discurso de Solomon Benatar gira en torno a los principales obstáculos para el desarrollo de nuevas intervenciones que mejoren la salud global. El ponente denuncia que los problemas de salud mundiales sientan sus bases en las desigualdades sociales y económicas sufridas en los países en desarrollo y exhorta a la sociedad a replantear su sistema de valores, reorganizar el sistema económico mundial, e insiste en la necesidad de actuación ética por parte de las instituciones.

Helder Martins, centra su intervención en la participación individual y comunitaria en la promoción de la salud. Se propone la promoción de la implicación comunitaria, a través de la movilización, entendida como un proceso activo, en el que se fomenta la auto-responsabilidad de los individuos y comunidades frente a la salud, sin que ello signifique que los estados y sus sistemas de salud queden eximidos de su deber de garantizar la salud y el acceso a la atención a la salud, como un derecho básico de la población. En este sentido se propone fomentar la *ciudadanía en salud*, entendida como la participación en los procesos de decisión, como derecho y deber del ciudadano. Se discute la necesidad de fomentar la participación en salud como una política nacional, que forme parte del Plan Nacional de Salud.

Las prioridades en materia de salud para los discapacitados, se recogen en la ponencia de Gertrude Fefoame, que llama la atención sobre la importancia de reconocer las necesidades de los colectivos, especialmente para la población con discapacidades, físicas o psíquicas, que con frecuencia quedan excluidas, haciendo un breve examen de los retos a los que se enfrentan las personas con discapacidad en los países en desarrollo. La ponente enfatiza en la necesidad de garantizar los mismos derechos para las personas con discapacidad que para el resto de la población.

Aleya Hammad, destaca el papel de las organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de la salud. La ponente defiende que la mejora en salud sólo se puede alcanzar a través de la participación de toda la sociedad, esto es, sector público, privado y sociedad civil, ya que de esta forma, se asegura la participación de personas independientes, se nutre el proceso democrático y mejora la satisfacción de las necesidades prioritarias. Hammad aboga a favor de las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las ONGs que trabajan en el sector salud, que constituyen una importante fuerza para perfilar políticas públicas y promover la participación de la población.

Richard Klausner, se centra especialmente en el papel de la innovación para hacer frente a las necesidades de los países en desarrollo y poder poner solución a los problemas. Se pone de relieve el problema de la financiación y la necesidad de nuevos instrumentos financieros, así como de fortalecer los sistemas de información sanitaria.

Retos éticos en el desarrollo de nuevas intervenciones

Solomon Benatar

Solomon Benatar es director de UCT Bioethics Centre, Universidad de Cape Town. Sudáfrica.

Resumen

El tema central de esta presentación gira en torno a los principales obstáculos para el desarrollo de nuevas intervenciones que mejoren la salud global, que comprenden la combinación de: (i) un sistema de valores inadecuado que está dominado en exceso por un individualismo egoísta, (ii) una corriente que tiende a centrarse cada vez menos en la salud, y (iii) un énfasis preponderante en las fuerzas del mercado. Se requiere imaginación moral para moverse por encima del actual punto muerto, en el que las vidas de algunos parecen tener un valor infinito mientras que las vidas de otros son aparentemente prescindibles. Un amplio discurso sobre ética y derechos humanos asociado a la demostración de principios morales por parte de las naciones influyentes podría facilitar la introducción de nuevas intervenciones con la perspectiva de mejorar enormemente la salud de la población.

Palabras clave: Globalización, valores, enfermedades infecciosas, salud de la población, ética, derechos humanos.

Introducción

Un primer paso en el intento de resolver un dilema ético es tener conocimiento de los factores que subyacen al mismo. Debería empezar esta ponencia reflexionando brevemente sobre algunos *hechos* a cerca del mundo, que considero relevantes de cara a los desafíos éticos a los que se enfrenta el desarrollo de nuevas intervenciones que tienen como objetivo la mejora del estado de la salud mundial. Estos hechos pondrán de relieve el *contexto global* reinante, en el que en un extremo se produce un consumo excesivo, y penurias en el otro extremo, de forma que se favorece la aparición de enfermedades de la “abundancia” y la aparición y propagación de enfermedades infecciosas que amenazan la salud de poblaciones enteras. Por ello, debería revisar algunos puntos débiles de un *sistema de valores* que se caracteriza por un fuerte individualismo, dominio del mercado “lógico” y una fe excesiva en los progresos científicos y en la asistencia médica, como caminos para resolver los problemas de la salud mundial. Esto me lleva a sugerir la necesidad de una *imaginación moral* en la elección de caminos *racionales* para hacer frente a las fuerzas de la creciente corriente que afecta a la salud. Un marco para un extenso discurso sobre ética y derechos humanos es ofrecido como cuña hacia el desarrollo de nuevas intervenciones efectivas.

Algunos hechos en un contexto global

Mientras que la economía global se ha multiplicado por seis durante la segunda mitad del siglo XX, las fuerzas de la globalización económica han perpetuado y agravado siglos de procesos de explotación, que ha facilitado el enriquecimiento de algunas personas a expensas de otros, dentro y entre naciones. Una erosión encubierta de las economías de muchos países pobres, bajo el impacto de políticas económicas neoliberales que conducen la globalización, ha obstaculizado un desarrollo real y ha impedido el logro de un acceso generalizado incluso a la atención sanitaria básica para miles de millones de personas¹. La brecha entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial, se ha ampliado continuamente desde 9 veces a comienzos de siglo a más de 80 veces hacia 1997. Aproximadamente 1.200 millones de personas viven con menos de 300 dólares al año. Muchos de éstos viven bajo condiciones de absoluta pobreza.

La deuda externa de los países pobres a los ricos ascendió a 2,2 billones de dólares en 1997, una deuda desarrollada y perpetuada por el tráfico de armas y “proyectos de desarrollo” concebidos de forma adversa que han sido más perjudiciales que beneficiosos y que con frecuencia han favorecido más a los países desarrollados que se estaban supuestamente “desarrollando”. Tal deuda no puede ser devuelta y perpetúa la dependencia económica y la misera humana.^{2,3} La ayuda al desarrollo ha ido cayendo también en años recientes y tiende a dirigirse cada vez más a ayuda humanitaria en lugar de hacia un desarrollo sostenible.⁴

El África Subsahariana ha sido la región más adversamente afectada, en la que hay 3 millones de personas desplazadas, 14 millones de huérfanos del SIDA, 475 millones de africanos viviendo con menos de 2 dólares al día y el hambre afectando a 40 millones de africanos. Los estragos resultantes del VIH/SIDA en África han de contemplarse en el contexto de 300 años de esclavitud (1441-1870), 75 años de colonialismo (1885-1960) y una guerra fría (1960-1991), que sucesivamente ha debilitado al subcontinente. El entusiasmo y orgullo que surgieron con la independencia en los años 60, se volvió en desesperanza con la tiranía de los años 70, y muchos consideraban a los países africanos en los años 90 como “infiernos políticos y económicos”. La retirada de Estados Unidos de África después de la guerra fría se acompañó de una continuada extracción de recursos (personal cualificado, diamantes y petróleo) perpetuando de esta forma siglos de explotación.⁵ La

¹ Falk R. *Predatory Globalisation: a critique*. Cambridge: Polity Press. 1999.

² Pettifor A. *Debt, the Most Potent Form of Slavery: A Discussion of the Role of Western Lending Policies in Supporting the Economies of Poor Countries*. Londres: Debt Crisis Network. 1996.

³ Labonte R, Schrecker T, Sanders D, Meeus W. *Fatal Indifference: the G8 and global health*. Cape Town: UCT Press and International Development Research Centre. 2004

⁴ Lancaster C. *Transforming foreign aid: United States assistance in the 21st century*. Washington D.C: Institute for International Economics. 2000.

⁵ Schwab P. *Africa: a continent self-destructs*. Nueva York: Palgrave Macmillan. 2002.

deuda de 275.600 millones de dólares de África Subsahariana nunca podrá ser devuelta, ya que resulta un interés anual de 21.200 millones de dólares que anula la ayuda de donaciones a África, paraliza los servicios de salud y atrofia el desarrollo⁶.

Desafíos para la salud global

Pobreza y salud están íntimamente relacionadas. La pobreza perjudica la salud y una salud pobre perpetúa la pobreza. Las crecientes desigualdades en la carga de enfermedad, y gran número de muertes prematuras, están asociadas con las crecientes disparidades económicas descritas.⁷ Aproximadamente un tercio de todas las muertes de seres humanos que se producen cada año están relacionadas con la pobreza. Es más, las disparidades en la riqueza no se distribuyen por más tiempo por el eje “norte” “sur” sino que ahora se aplica dentro de la mayoría de los países, incluidos los denominados “altamente desarrollados”.

Las disparidades en riqueza y salud se acompañan de pautas de consumo insostenibles y de un gasto distorsionado en salud e investigación médica. Todavía para muchos, desarrollo es sinónimo de un consumo creciente. El gasto global en salud a comienzos de 2000 ascendió a más de 2.200 millones de dólares y el 87% de este gasto se invierte en apenas un 16% de la población mundial, que soporta aproximadamente el 7% de la carga global de enfermedad expresada en años de vida ajustados a discapacidad (AVAD). El gasto anual per cápita en asistencia sanitaria alrededor del mundo oscila entre menos de 15 dólares a más de 5.000 dólares. De los aproximadamente 70.000 millones de dólares que se gastan anualmente en investigación médica el 90% está dedicado a aquellas enfermedades que explican el 10% de la carga global de enfermedad. De 1393 nuevos medicamentos que se han comercializado desde 1975-1999, sólo 16 fueron para enfermedades tropicales o tuberculosis, dando la impresión de que la medicina se ha olvidado de alguna forma, de su propósito y ha sido secuestrada para servir los intereses económicos y la curiosidad científica de los más privilegiados.

En contra de estos antecedentes, que supuestamente son una ventaja para muchos países ricos (y mucha gente de clase media emergente en otras partes), se está dando un fenómeno en el que los países ricos sufren cada vez más enfermedades de la abundancia (obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades vasculares), al mismo tiempo que nuevas enfermedades infecciosas están emergiendo en los últimos 25 años, como el VIH y el Síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés), con la potencia de propagarse por todo el mundo. Estos signos de cambio en el sistema global son el resultado de procesos complejos que incluyen crecimiento de la población, rápida urbanización, crecimiento económico con amplias disparidades en riqueza, consumo de alimentos y energía por

⁶ Into Africa: Special Report. Toronto Star. 25 de mayo de 2003; sección F: pp 1-5.

⁷ Benatar SR. Global Disparities in health and human rights. American Journal of Public Health 1998; 88: pp 295-300.

exceso y por defecto, y guerras y conflictos étnicos con el resultado de la migración y desplazamientos de millones de personas. Fuerzas adicionales incluyen las denominadas “trampas” de la pobreza profunda, cambios en las relaciones con los animales, degradación ecológica y una creciente economía informal en la que drogas, personas y sexo son intercambiados desde otros lugares del mundo.⁸ Los intentos en curso de resolver estos problemas con técnicas que son inadecuadas no mejorarán el futuro. Se necesita una mirada nueva a cómo vivimos, qué valoramos y que puede hacerse para mejorar la vida de las personas y la salud a escala mundial.

Reflexiones de nuestro sistema de valores y sus deficiencias

Aunque las disparidades en riqueza y salud están aumentando y perpetuando la existencia de un mundo injusto, la mayoría de la población privilegiada permanece satisfecha y continúa persiguiendo sus propios objetivos económicos a corto plazo, aparentemente ajenos a la difícil situación de millones de personas y con poca comprensión sobre las implicaciones para su propio futuro. Algunas personas privilegiadas justifican su autocomplacencia a través de la creencia de que la pobreza no es culpa de los países ricos, sino que es el resultado de un mal gobierno en otro lugar y puede ser paliado por fuerzas de mercado. Otros pueden tener cargo de conciencia pero creen que los problemas asociados a la pobreza son de tal magnitud que es poco lo que se puede hacer para resolverlos. No obstante, como argumenta Pogge (2002), las naciones ricas y sus ciudadanos están implicadas en la generación y mantenimiento de la injusticia social y de la pobreza, ellas deben enfrentarse a sus responsabilidades para aliviar las vidas de los más adversamente afectados.⁹

Si comprendemos los valores dominantes que dirigen la conducta del mundo moderno, mejorará en algo nuestra comprensión sobre cómo el mundo ha llegado a estar tan polarizado.¹⁰ En primer lugar, hay una gran fe en la creencia de que muchos de los problemas a los que nos enfrentamos podrán ser mejorados a través del progreso científico. Como resultado, se dedica más y más esfuerzo científico en buscar soluciones reduccionistas. Por ejemplo, para solucionar al problema de millones de hambrientos y enfermos en el mundo, se contempla el desarrollo y uso de cosechas genéticamente modificadas y la aplicación de nueva tecnología genética a través de vacunas y tratamientos novedosos.¹¹

⁸ Benatar SR. The coming catastrophe in international health: an analogy with lung cancer. *International Journal* 2002. LV1 (4): pp 595-610.

⁹ Pogge T. Responsibilities for poverty-related ill health. *Ethics and International Affairs* 2002; 16 (2): pp 71-79.

¹⁰ Benatar SR. Human Rights in the Biotechnology Era. *BioMed Central International Health and Human Rights*. 2002.

¹¹ Singer PA, Daar AS. Harnessing genomics and biotechnology to improve global health equity. *Science* 2001; 294: pp 87-89.

Mientras que el valor potencial de tales progresos no debería subestimarse, no deberíamos permitir que por un exceso de interés en adquirir nueva tecnología dejemos de aplicar la tecnología que ya tenemos. Paralelo a los avances científicos, deberíamos buscar también medios para distribuir el exceso de alimentos que se produce en el mundo (muchos de éstos desperdiciados) y hacer que los medicamentos esenciales y la asistencia sanitaria sean ampliamente accesibles.

En segundo lugar, se tiene la idea de que el crecimiento económico es la respuesta a la pobreza. Tristemente no se está prestando suficiente atención al hecho de cómo un crecimiento económico masivo en las décadas recientes ha fracasado en paliar la pobreza, en ausencia de una justa recompensa por el trabajo y una mayor justicia en la distribución de recursos a aquellos que más lo necesitan. Es necesario que a la vez que se produce un crecimiento económico mejoren los métodos de distribución económica.^{12,13}

Una tercera “creencia” que agrava esta situación, es la tendencia a centrarse de forma exclusiva en los “derechos humanos” como una nueva agenda moral y “civilizadora”. A pesar de que esta tendencia tiene un gran potencial, está limitada por un enfoque cerrado de la libertad individual desinhibida, prestando muy poca atención a los derechos sociales, culturales y económicos que son esenciales para la prosperidad del ser humano.¹⁴ Se requiere un compromiso con los derechos humanos en su más amplio sentido.

Finalmente la creencia desproporcionada en la búsqueda de intereses propios a corto plazo, fomentado por un mercado fundamentalista, enfatiza la producción de bienes de consumo por particulares, mientras que los intereses a largo plazo y la producción de bienes públicos son infravalorados.¹⁵

Semejante perfil elevado de valores se agrava por un fuerte sentido de individualismo dentro de comunidades atrofiadas, donde las virtudes de una ciudadanía cívica han sido minadas y donde los valores más altos están en la vida de aquellos con recursos y no en la vida de los pobres.¹⁶

¹² Hong E. Globalisation and the impact on health: A third world view. The People's Health Assembly. Savar (Bangladesh). 2000.

¹³ Pogge T. World Poverty and Human Rights: Cosmopolitan Responsibilities and Reforms. Cambridge: Polity Press. 2002.

¹⁴ Falk R. Human rights horizons: the pursuit of justice in a globalizing world. Nueva York: Routledge. 2000.

¹⁵ Kaul I, Grunberg I, Stern MA. Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century. Nueva York y Oxford: Oxford University Press. 1999.

¹⁶ Rotblat J. World Citizenship: Allegiance to Humanity. Londres: Macmillan. 1997.

Imaginación moral: desarrollando nuevos valores para tratar las fuerzas en contra que afectan a la salud

Para que podamos progresar, es necesario que seamos capaces de reflexionar profundamente sobre las fuerzas antes mencionadas que determinan la salud humana y el bienestar, y tratemos de desarrollar soluciones constructivas. La descripción de Glover (2001) de los repetidos genocidios a lo largo y ancho del mundo durante el siglo XX, nos recuerda la crueldad del ser humano con sus semejantes y qué difícil será cambiar las formas de pensar dominantes. Este autor concluye que sólo nuestra imaginación moral, nuestra habilidad para imaginarnos a nosotros mismos en los zapatos del otro, nos permitirá modificar nuestros puntos de vista y acciones.¹⁷ Aquellos de nosotros que llevamos vidas privilegiadas necesitamos reflexionar sobre las condiciones abominables bajo la que tantos seres humanos viven, con un mínimo acceso a los productos del progreso. Para hacer esto, necesitamos imaginarnos en primer lugar, cómo nos iría bajo tales condiciones y entonces, qué deberíamos y podríamos hacer a un coste relativamente mínimo para nosotros que pudiera mejorar en gran medida la vida de tantos. En esta corta presentación sólo puedo sugerir indicaciones para dicho progreso atrayendo la atención a una pequeña selección de trabajos de gran erudición que proporcionen orientación.

Singer (2002), en una ampliación de su trabajo previo en paliación de la pobreza, cuestiona qué significa una ética global en un mundo interdependiente, en el que todos estamos vinculados a través de la exposición a una misma atmósfera, una economía global, leyes internacionales sobre derechos humanos y una comunidad global. Lo hace a través de un examen crítico y provocativo del cambio climático, del papel de la Organización Mundial del Comercio, el concepto de derechos humanos, el lugar para las intervenciones humanitarias y las deficiencias de la ayuda externa. Este autor desarrolla la tesis: *"...lo bien que atravesemos la era de la globalización dependerá de cómo respondamos éticamente a la idea de que vivimos en un mismo mundo. Para las naciones ricas ha sido moralmente equivocado no tener un punto de ética global. Pero ahora también es, a largo plazo, un peligro para su seguridad"*.¹⁸

Booth, Dunne y Cox (2001), en su libro *"How might we live? Global ethics in the new century"*, nos recuerdan que *"la elección yace en el corazón de la ética"*, que las elecciones del ser humano no son siempre libres ni siempre determinadas. Historia, poder, contexto y biología determinan nuestras elecciones, como también lo hacen nuestros poderes de imaginación y nuestra capacidad de elegir racionalmente. Cada elección también tiene un precio. Política y ética son inseparables, como política y poder, y la política exterior debería ser entendida como ética en acción, el reto de que un mundo mejor sea construido.¹⁹

¹⁷ Glover J. *Humanity: a moral history of the 20th century*. New Haven: Yale University. 2001.

¹⁸ Singer P. *One world: the ethics of globalisation*. New Haven: Yale University. 2002.

¹⁹ Booth K, Dunne T, Cox M. *How might we live? Global ethics in the new century*. Cambridge: University Press. 2001.

El ministro danés de asuntos exteriores, en numerosos debates resume cómo construir una comunidad global moral. La principal conclusión de este trabajo es que la globalización económica, que propaga un modelo de desarrollo basado exclusivamente en la libertad individual y el consumismo, no es suficiente para crear una comunidad mundial armónica. Aún más, propone que centrarse en los bienes comunes requerirá una síntesis alrededor de tres objetivos de peso (democracia, una cultura política humanista y una economía orientada a enfrentarse a las necesidades humanas en el más amplio sentido) y dos objetivos de procedimiento (desarrollando una coalición de fuerzas sociales con una agenda global y construyendo una estructura para un gobierno multilateral).²⁰

Crocker (2002), plantea diversas cuestiones sobre desarrollo ético y globalización: ¿qué quiere decir desarrollo? ¿en qué dirección y bajo qué medios debería desarrollarse una sociedad?, ¿qué es moralmente responsable para un cambio beneficioso?, ¿cuáles son las obligaciones, si hay, de las sociedades ricas para con las pobres?, ¿cómo debería calcularse el impacto y potencial de la globalización?.²¹ Tratando estas cuestiones podría determinarse nuevos caminos para mirar al mundo y promoverse un entendimiento profundo de lo que significa ser un ciudadano en un mundo cada vez más interdependiente, para poder abrazar renovados conceptos de solidaridad, preocupación por los demás, incluso por aquellos que están muy distantes de nuestra propia vida diaria. Nuevos paradigmas de pensamiento podrían promover una comprensión más profunda sobre cómo funcionan los sistemas complejos y facilitar abordajes novedosos a la financiación internacional.

Hemos intentado hacer frente a los desafíos morales que suponen un reto para la salud global y hemos identificado diversos valores que necesitan ser fomentados:²²

- Respeto por la vida y principios éticos universales.
- Derechos Humanos, responsabilidades y necesidades.
- Equidad.
- Libertad.
- Democracia.
- Medioambiente ético.
- Solidaridad.

También hemos sugerido un camino hacia delante a través de cinco abordajes transformacionales:

- Desarrollando un estado global de la mente.
- Promoviendo los intereses personales a largo plazo.

²⁰ Royal Danish Ministry for Foreign Affairs (RDMFA). Building a global community: globalisation and the common good. Copenhagen: RDMFA. 2000.

²¹ Crocker D. Development ethics and globalisation. *Philosophy and Public Policy Quarterly* 2002; 22 (4): pp 13-19.

²² Benatar SR, Daar A, Singer PA. Global Health Ethics: A Rationale for Mutual Caring. *International Affairs* 2003; 79: pp 107-138.

- Llegando al justo equilibrio entre optimismo y pesimismo a cerca de globalización y solidaridad.
- Reforzando capacidad.
- Mejorando la producción de bienes públicos globales para la salud

Se ha propuesto que tal progreso puede iniciarse extendiendo el discurso sobre ética, desde relaciones interpersonales hacia la ética de relaciones entre instituciones e incluso a la ética de las relaciones entre naciones.

La idea de que la bioética puede servir como herramienta para el progreso es apoyada por Wildes (2002), que sostiene que la bioética es una forma de filosofía social. Este autor nos recuerda, que los países industrializados han construido múltiples burocracias para permitir gobernar y regular la vida humana, y que estas estructuras ayudan a definir la vida del ser humano y actúan con frecuencia como una forma de control social. Debido a que los sistemas de medicina y asistencia sanitaria son una de estas estructuras burocráticas, la medicina es una institución social, y las cuestiones éticas en medicina y asistencia sanitaria sólo pueden tratarse adecuadamente si son entendidas en el contexto social de la práctica de la medicina. La bioética proporciona una lente con la que examinar sociedades laicas y llegar a comprender bien la autoridad política y su ejercicio correcto.²³

Recursos para nuevas intervenciones en salud global

El reconocimiento de que es preciso aumentar los recursos para intervenciones nuevas que podrían mejorar la salud global ha estimulado una filantropía generosa. Se ha puesto mucha esperanza en proyectos recientes como el Plan de emergencia del Presidente Bush para el alivio del SIDA, el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, la Fundación Clinton, el Proyecto Multisectorial de SIDA del Banco Mundial y en otras ambiciosas agencias donantes. Sin embargo, mientras la filantropía es necesaria, no será suficiente para sustentar mejoras en la salud global. Es necesario considerar otros medios potenciales de estrategias de reducción de la pobreza, a pesar de que pueden ser polémicos y encontrarse con resistencias.

En primer lugar, es preciso un cambio hacia el entendimiento de que la guerra es cara, agrava la mala salud y promueve la emergencia de nuevas enfermedades, podría permitir que parte de los 750.000 millones de dólares que se gastan globalmente cada año se desvíasen a actividades de promoción de la salud.²⁴ Si se produjera una reducción de conflictos a la vez que se promueve la paz, podría contribuirse a un progreso sostenible dirigido

²³ Wildes KW. Bioethics as social philosophy. Washington DC: Social Philosophy and Policy Foundation, Universidad de Georgetown 2002; 19 (2): pp 113-125.

²⁴ Kassalow JS. Why health is important to US foreign policy. Nueva York: Council on Foreign Relations and Milbank Memorial Fund. 2001.

a mejorar la vida de muchos y fomentar nuevas imágenes de seguridad global. Es beneficioso el ejemplo de cómo un gasto excesivo en militarización en Sudáfrica dificultó el desarrollo en aquel país.²⁵

En segundo lugar, el reconocimiento por parte de las naciones ricas de su papel en la preservación de la pobreza, podría aumentar su sentido de la responsabilidad en proporcionar ayuda al desarrollo de una forma que progresivamente reduzca la dependencia en la filantropía. Sreenivasan (2002), como lo han hecho previamente otros, sugiere que si los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) donasen un 1% de su producto interior bruto (PIB) a la ayuda externa, supondría un total de 222.250 millones de dólares, un avance significativo si se compara con los 56.378 millones de dólares donados en 1999 (0,24% del PIB). Este autor argumenta, que un 1% es una cantidad modesta que es inverosímil refutar debido al inmenso bien que podría lograrse con esta suma. Explora las consecuencias de la utilización de tales recursos y hace frente a las protestas contra su propuesta desde la perspectiva de una teoría ideal.²⁶

Hay que reconsiderar un abordaje complementario aboliendo deudas que nunca podrán ser devueltas. Manteniendo la deuda del tercer mundo con el conocimiento de que fue creado en gran medida a través de un inapropiado tráfico de armas y proyectos de desarrollo deficientes, mina la humanidad de aquellos que demandan el pago y la vida y dignidad de aquellos que de hecho están esclavizados por la deuda. El alivio de la deuda no eliminará la necesidad de préstamos y ayuda financiera y exigirá responsabilidad para nuevos préstamos que garanticen su legitimidad en el futuro. La crisis de la deuda necesita ser tratada dentro del amplio contexto del sistema financiero internacional impuesto por naciones poderosas financieramente y que debe asumir parte de la responsabilidad por sus efectos adversos.²⁷

Pettifor (1996), ha descrito una serie de principios para llegar a un acuerdo justo de la deuda. En primer lugar, el reconocimiento de hasta qué punto ambas partes en un préstamo pueden comportarse de modo temerario e irresponsable en la creación de deudas, de forma que ambos deberían compartir la carga de las crisis que quizás se deriven a continuación. En segundo lugar, debería haber respeto por el principio legal de juicio imparcial y que aquellos que se encuentran envueltos en una disputa no deberían ser jueces. En tercer lugar, debería imperar la transparencia y la responsabilidad hacia ciudadanos y contribuyentes por las crisis de deuda pública y hacer uso de los fondos de los contribuyentes.²⁷

Existe otro abordaje que podría elevar los recursos a partir de nuevos impuestos. Las transacciones financieras diarias a escala mundial sobrepasan el billón de dólares del que

²⁵ Fine B, Rustomjee Z. *The Political Economy of South Africa: From Minerals-Energy Complex to Industrialisation*. Johannesburg: Witwatersrand University Press. 1996.

²⁶ Sreenivasan G. *International Justices and Health: A proposal*. *Ethics and International Affairs* 2002; 16 (2): pp 81-90.

²⁷ Pettifor A. *Resolving international debt crises fairly*. *Ethics and International Affairs* 2003; 17 (2): pp 2-9.

menos del 10% es dedicado a remunerar a las personas por los servicios prestados. El resto es simplemente reembolsado y revendido dentro de lo que se ha llamado “economía de casino” (*“casino economy”*).²⁸ Es razonable sugerir que sería legítimo gravar tales transacciones económicas para un fondo global de desarrollo. Del mismo modo, los conceptos actuales de libre comercio deberían ser modificados para incluir costes medioambientales en las actividades de negocios. Esto indicaría la aceptación de que no puede haber libre acceso a los “bienes naturales” si supone la desventaja de distanciar de estos bienes a personas de cualquier otro lugar o futuras generaciones.²⁹

Finalmente, la promoción de normas comerciales justas generaría recursos de gran importancia para los países en desarrollo permitiéndoles vender sus productos a precios que aumentarían su independencia. Los subsidios agrícolas de 350.000 millones de dólares en los países industrializados³⁰ y el proteccionismo del comercio, cuestan a los países en desarrollo 50.000 millones de dólares anualmente en potenciales ganancias de exportación.³¹

Estableciendo un ejemplo moral

Tan poderosa como puede ser la ciencia, el mercado, los derechos humanos y otros “lenguajes morales”, puede ser la influencia de los países ricos en el establecimiento de un ejemplo moral potencialmente más poderoso. Desatender a los pobres dentro de sociedades ricas, perpetuar insostenibles estilos de vida consumistas, la falta de acceso universal a la atención sanitaria dentro de los Estados Unidos y la continua producción de armas de destrucción masiva,³² son pobres ejemplos para otras naciones. Las tendencias en donaciones de ayuda a países en desarrollo reflejan que progresivamente se dedican proporciones cada vez más reducidas de recursos a un desarrollo real, mientras que una proporción creciente se gasta en asistencia humanitaria³³ para tragedias provocadas por el hombre y que podrían haberse evitado.

²⁸ Strange S. *Casino Capitalism*. Oxford: Basil Blackwell Publishers. 1986.

²⁹ Lou N, Gleeson B. *Society and Nature*. Londres: Routledge. 1998.

³⁰ Elliot L. Don't let the rich cry poor over aid. *Guardian The Guardian Weekly*. 22-28 de mayo de 2003; pp 12.

³¹ Kristof ND. What did you do during the African Holocaust?. *The New York Times*. 27 de mayo de 2003; sección A, página 25.

³² Sivard R. *World Military and Social Expenditure 1996*, XVI edición. Washington DC: World Priority Press. 1996.

³³ *Ibid* 4.

Conclusiones

El mayor riesgo potencial para la salud y la vida de todos recae en las disparidades en la salud global. Por otra parte, no son solo estas disparidades las que plantean desafíos para el desarrollo de nuevas intervenciones, sino que especialmente son aquellas fuerzas que generan las disparidades las que representan mayores impedimentos para la mejora de la salud global. Las causas de las progresivas tendencias deberían ser entendidas y reconocidas, la voluntad política adoptará las medidas apropiadas y mecanismos definidos y procederá en consecuencia. Esta agenda podría permitir progresos científicos y acompañarse de progreso moral y eliminar los impedimentos para nuevas intervenciones que puedan mejorar la salud global.

Participación individual y comunitaria en la promoción de la salud

Helder Martins

Helder Martins es asesor del Ministerio de Sanidad de Mozambique.

Introducción y definiciones

Comenzaré mi presentación definiendo algunos términos y conceptos para que nos entendamos mejor, pues se trata de un área donde no todos atribuimos el mismo sentido a los mismos.^{1,2} Aunque más que definir o explicar estos términos y conceptos, lo que interesa es analizarlos y discutirlos a la luz de cómo han sido referidos en la literatura científica internacional y también de nuestra propia experiencia.

Siempre que haya un término o concepto cuya definición haya sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), será la utilizada en esta presentación.

Se entiende por comunidad a un conjunto de personas que viven en un área geográfica limitada, de forma organizada y cohesionada, manteniendo vínculos sociales entre ellas.^{3,4} Participación o implicación comunitaria en la salud significa la implicación activa de las personas que viven juntas, de forma organizada y en cohesión, en la planificación y puesta en práctica de la atención primaria de salud, usando recursos locales, nacionales u otros.³

Según la OMS, en el proceso de implicación comunitaria en la salud, los individuos asumen la responsabilidad y desarrollan la capacidad tanto para contribuir en su salud, bienestar y desarrollo propios, como para el de la comunidad en la que viven. Para la OMS, participación comunitaria sería menos fuerte y tendría una connotación de cierta pasividad.^{3,6}

¹ Rocha D.G. Termos e Conceitos Associados à Promoçao da Saude. Comunicación presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Brasilia. 29 de julio-2 de agostos de 2003.

² Martins H. Proposta de Política de Envolvimento Comunitário para a Saude. Maputo: Ministerio de Salud. 2001.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos empleados en la serie "Salud para Todos", número 9. Ginebra: OMS. 1984.

⁴ Martins H, Flanagan D, Nanyonga-kaija J. Participation of Communities for Improvement of Their Own Health. Presentación audiovisual efectuada por el primer autor en la Conferencia Nacional sobre Movilización comunitaria en la Salud celebrada en Uganda conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud. Kampala: Ministerio de Salud. 27 de agosto de 1992.

⁵ Werner D, Bower B. Helping Health Workers Learn. Palo Alto (California): The Hesperian Foundation, 1982.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS. 1978 (serie "Salud para Todos", número 1).

En opinión de Werner y Bower (1982), la participación comunitaria sería, para muchos y en particular para ciertos planificadores burocráticos del Ministerio de Salud, un medio para mejorar la prestación de la atención a la salud, limitándose a “*hacer que las comunidades acepten de mejor grado las actividades de salud que ellos previamente definirán*”. Estos autores insisten en la necesidad de una implicación, incluso de los pobres, trabajando colectivamente, en el análisis de los problemas y toma de decisiones para resolverlos.⁵

Para Tarimo y Webster (1994), habría seis niveles crecientes de participación comunitaria, desde un primer nivel en que los planes se elaboran externamente a la comunidad y son presentados a ésta, para una mera aprobación formal, hasta una situación en que “*la comunidad identifica sus problemas de salud, toma todas las decisiones importantes en relación a los objetivos que quiere alcanzar o medios que pretende utilizar y las entidades externas se limitan a apoyar*”. Estos mismos autores se refieren a estudios realizados por la OMS en todas sus regiones, que muestran que los niveles más bajos de participación comunitaria son muy frecuentes en todo el mundo y el nivel más elevado, por ellos descrito como “implicación comunitaria”, es muy raro.⁷

Esta diferencia de conceptos entre participación e implicación comunitaria no siempre está ligada a la terminología utilizada, sino más bien a la forma en que son interpretados. Para algunos autores,⁴ lo importante sería la perspectiva en que la participación comunitaria es considerada, de modo que ésta puede verse como un medio para alcanzar determinados objetivos y metas, utilizando los recursos socioeconómicos de la comunidad. En este caso, atender esos objetivos es más importante que el proceso de participación. La participación también puede ser considerada como un fin en sí misma, esto es, el énfasis debe ponerse en el proceso de participación durante el cual, se construye confianza y solidaridad entre los miembros de la comunidad. Bajo esta perspectiva, la participación comunitaria sería un proceso activo respondiendo a las necesidades locales y en constante cambio.

Nosotros, en trabajos elaborados en 1992,^{4,8} consideramos cuatro niveles (que eventualmente podríamos haberlos llamado “modelos”) de participación o implicación comunitarios:

- Nivel I: la comunidad aumenta el grado de utilización de los servicios, con el consiguiente aumento de las tasas de cobertura.
- Nivel II: la comunidad pasa a colaborar más activamente.
- Nivel III: la comunidad se implica en el análisis de los problemas y necesidades locales y comienza a tomar algunas decisiones.
- Nivel IV: la comunidad toma el control de las decisiones y asume todas sus responsabilidades (lo que los ingleses llaman “*empowerment*”).

⁷ Tarimo E, Webster E.G. Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World—Alma Ata revisited. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1996.

⁸ Martins H. Intersectorial Cooperation and Community Participation for Health. Presentación audiovisual efectuada, por el entonces Representante de la Organización Mundial de la Salud en Uganda en el seminario Intersectorial Cooperation and Community Participation for Health. Hoima (Uganda). 4 de agosto de 1992.

Por último, en materia de terminología tenemos que reconocer que la designación de participación comunitaria está más generalizada, pero como asumimos el compromiso de respetar las recomendaciones de la OMS, utilizaremos implicación comunitaria con el significado atribuido por la OMS.^{3,9,10}

Siguiendo en la línea de la OMS, el principal componente de la implicación comunitaria en la salud sería la participación de la comunidad en la toma de decisiones en materia sanitaria.

Teniendo en cuenta lo que se ha afirmado, se puede decir que el concepto de implicación comunitaria en la salud se traduce en que la comunidad debe involucrarse activamente en: el análisis y priorización de sus problemas de salud; toma de decisiones, planificación y puesta en marcha de programas o actividades de salud comunitaria, para solucionar o minimizar los problemas identificados; organización, gestión, implementación, seguimiento y evaluación de esos programas o actividades de salud comunitaria; adquisición de habilidades técnicas, competencias y capacidades para poder proseguir con los programas comunitarios; y promoción, desarrollo y apoyo de las acciones iniciadas.

La definición de intervención comunitaria, por un lado, tiene la ventaja de implicar una acción muy determinada y muy participativa de las autoridades de salud e impulsar el involucramiento de las comunidades, pero por otro lado, tiene una connotación de “manipulación” de las comunidades que serían manipuladas para participar sin involucrarse en realidad.

Intervención comunitaria sería aquello que Werner y Bower (1982) hacen una denuncia cuando afirman que para ciertos planificadores burocráticos de los Ministerios de Salud, es un medio para mejorar la dispensación de cuidados de salud, limitándose a “*hacer que las comunidades acepten de mejor grado las actividades de salud que ellos previamente definirán*”.⁵ Sería también la actitud de las autoridades sanitarias en el más bajo nivel de participación comunitaria descrito anteriormente, referido por Tarimo y Webster (1994).⁷ Correspondería a los niveles I y II de participación comunitaria de la clasificación por nosotros presentada en 1992.^{4,8}

Dada esta connotación peyorativa, es mejor no utilizar la expresión de intervención comunitaria. La movilización comunitaria es una expresión más neutra y de cualquier modo, implica un proceso activo por parte de las autoridades de salud para generar implicación comunitaria y crear un ambiente que le sea favorable.¹¹ No obstante, esa implicación

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000. Ginebra: OMS.1981. (serie “Salud para Todos”, número 4).

¹⁰ Kassay H.M, Oakley P. Community involvement in health development: a review of the concept and practice. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.1999.

¹¹ Haglund B, Petterson B, Finer D, Tillgren P. Creating supportive environments for health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.1996.

comunitaria sería obtenida por la persuasión, por la promoción de la idea, por la demostración de sus ventajas, por el ambiente favorable creado por las autoridades, por la elección de los socios apropiados, esto es, con experiencia y vocación para este tipo de trabajo, pero nunca por una imposición ni por cualquier otra forma de coacción o de manipulación.

En materia de movilización comunitaria se debe poner todo énfasis en la auto-responsabilidad de las comunidades y sus miembros, a quienes corresponde identificar sus problemas de salud, definir sus prioridades y tomar decisiones sobre la forma de resolverlos, pero esto de ningún modo puede significar que no se responsabilicen los trabajadores sanitarios o miembros de ONGs que trabajan con las comunidades. En definitiva, no puede haber una irresponsabilidad tecnológica por parte de quienes poseen la tecnología.^{4, 8,12}

Política de implicación comunitaria y Política Nacional de Salud

La implicación comunitaria merece máxima prioridad en el marco de la Política Nacional de Salud. De hecho, la implicación de las comunidades en el análisis y solución de sus propios problemas de salud se considera universalmente un factor fundamental para el éxito de todos los programas de salud y para mejorar el estado de salud de la población.^{4,7, 10, 11,12,13}

La importancia de la implicación comunitaria en la salud ya fue señalada hace mucho tiempo, pero fue especialmente en la Conferencia de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, donde se subrayó su importancia y quedó reflejado en la Declaración final de la Conferencia,⁶ aprobada por unanimidad en mayo de 1978 por la 32ª Asamblea Mundial de la Salud.¹⁴ Ésta invitó a los estados miembros a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales en conformidad con las conclusiones y recomendaciones de la Conferencia.

Mozambique tiene una larga experiencia a este respecto, que es incluso anterior a la Conferencia de Alma-Ata. La decisión de adoptar una política de salud, en la que la implicación comunitaria era un elemento fundamental, fue tomada en el primer Seminario Nacional de Salud, en noviembre de 1975 (apenas cuatro meses después de la independencia nacional). En este seminario se lanzó la idea o concepto de “promoción de la salud de la comunidad por la propia comunidad”, que fue asumida por las poblaciones organizadas y enmarcadas por las organizaciones democráticas de masas.¹⁵ Para la materializa-

¹² Martins H. La Coopération Intersectorielle pour la Santé, les Soins de Santé Primaires et l'objectif Social de la Santé pour Tous d'ici l'An 2000. Yaoundé (Camerún): Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud Pública. 1986.

¹³ Martins H. Apontamentos de Estatística Sanitária e Hospitalar. Maputo: Edição do Autor. 1985.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS). Resolución WHA.32.30. Ginebra: OMS. 1979.

¹⁵ Ministerio de Salud. Informe final del I Seminario Nacional de Salud celebrado en Quelimane. Quelimane (Mozambique): Ministerio de Salud. 30 octubre-4 noviembre de 1975.

ción de este concepto se lanzó de forma paralela la Campaña Nacional de Saneamiento del Medio Ambiente, que se puso en práctica en toda la extensión del territorio nacional y la Campaña Nacional de Vacunaciones, que fue precedida y acompañada por un intenso trabajo de movilización popular para que las comunidades se involucrasen activamente en la “promoción de la salud de la comunidad por la propia comunidad” y este concepto pasó a convertirse en un elemento muy importante en nuestra política de salud.

Desgraciadamente, con la guerra de desestabilización realizada por los mozambiqueños pero orquestada desde el exterior, que sacudió al país a partir de 1979, todas estas conquistas en materia de implicación comunitaria en la salud se perdieron.

En nuestra opinión, la implicación comunitaria en la salud es un derecho del ciudadano y por consiguiente un deber del estado, y debe ser parte integrante de la Política Nacional de Salud. Los ministerios de salud tienen la responsabilidad de crear todas las condiciones para que las comunidades se puedan desarrollar. La colaboración de las ONGs y de otras agencias de desarrollo es muy importante, mas cabe a los ministerios de salud promoverla, crear las condiciones para que se materialice la implicación comunitaria y regular tanto las modalidades de implementación como de colaboración por parte de entidades extranjeras, definiendo algunas líneas de orientación y ejerciendo un cierto grado de supervisión.

Formas de Implicación de la Comunidad en la Salud

La implicación comunitaria en la salud puede tomar múltiples y variadas formas y es muy difícil presentar una lista de modalidades de implicación, pues se corre siempre el riesgo de menospreciar algunas de ellas. De forma que la lista que se presenta a continuación es a título explicativo y puede ser objeto de ampliaciones:

- Participación activa y consciente de la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la toma de decisiones sobre las formas y medios de hacerles frente.
- Participación activa y consciente de la Comunidad en la puesta en marcha de los programas y de las actividades de salud.
- Participación de los miembros de la comunidad en la gestión de los programas de salud a nivel local y en la gestión y organización de los establecimientos de salud.
- Participación de los miembros de la comunidad en la construcción de letrinas y basureiros u otras tareas de saneamiento del medio.
- Participación de la comunidad en reuniones de discusión de temas de salud, sesiones de educación para la salud y jornadas colectivas de limpieza y arreglo de lugares públicos e infraestructuras de equipamiento social.
- Contribución financiera o en forma de trabajo de la comunidad, para la construcción y equipamiento de unidades sanitarias y desarrollo de infraestructuras que directa o indirectamente contribuyan a la mejora de las condiciones de salud.
- Contribución de la comunidad, directamente o a través de organizaciones de masas o de ONGs para la alimentación de enfermos internados en los establecimientos de salud.

- Organización de la comunidad para la prestación de asistencia sanitaria en zonas donde no existen establecimientos de salud.
- Participación en la elección y permanencia de los agentes de salud de las aldeas.

La contribución financiera directa para el pago de la asistencia sanitaria está considerada a veces como una forma de participación comunitaria en la salud. En algunos países francófonos de África Central y Occidental, cuando se habla de participación comunitaria, las personas lo entienden como una contribución financiera, lo que significa que esa es la única forma de participación comunitaria en la salud que conocen. Discordamos totalmente con respecto a que la contribución financiera directa para el pago de la asistencia sanitaria sea una forma de implicación comunitaria en la salud. En nuestra opinión es una imposición que se hace a las comunidades y éstas no tienen más remedio que aceptar.

Además, es preciso tener mucho cuidado con las contribuciones financieras en el sentido de contribuciones de trabajo no remuneradas. Esas contribuciones acaban por ser aquello que en Brasil se llama “mutirão”,¹⁶ que no es ninguna forma de implicación comunitaria para la salud, sino que en realidad no pasa de ser una forma de explotación de las poblaciones rurales o de las periferías urbanas. Esta definición significa que las poblaciones, aunque tengan algunas ventajas para su salud, en la realidad están pagando por segunda vez aquello que ha habían pagado con sus impuestos.

Lo más importante en la implicación comunitaria es que los individuos, las familias y las comunidades tomen las responsabilidades por su propia salud, independientemente de que el acceso a los servicios sanitarios dependan o no del pago de una tasa.

De cualquier modo, la implicación comunitaria en la salud no debe implicar una transferencia de responsabilidades en materia de financiación de los servicios de salud desde el gobierno a la población, más bien por el contrario, una división de responsabilidades.^{4,8,17}

Formas de movilización comunitaria en la salud

Es necesario ser conscientes de que la implicación comunitaria en la salud no surge espontáneamente. La iniciativa creadora de algunos líderes y organizaciones locales puede proporcionar cierto grado de interés a las comunidades para la promoción y defensa de su propia salud y puede dar lugar a acciones concretas de implicación de esas comunidades, pero esa implicación comunitaria será efímera, con resultados que quedan siempre limitados a un área geográfica determinada.

¹⁶ Valla V.V, Carvalho M, Assis M. Participação popular e os Serviços de Saúde: O Controle Social como Exercício da Cidadania. Rio de Janeiro: Abrasco/Pares 1993.

¹⁷ Martins H. Papel da Comunidade na Promoção da Saúde. Presentación audiovisual en un Seminario sobre «Comunicação Social e Saúde Pública». Maputo: Sindicato Nacional dos Jornalistas, Ministerio de Salud y Organización Mundial de la Salud. OMS. 9 de diciembre de 1997.

Las ONGs también pueden suscitar en algunas comunidades una mayor o menor implicación o participación de éstas, pero también en este caso, la implicación en general solo dura el tiempo en que la ONG está presente y apoya, siendo difícil cubrir toda la extensión geográfica del país con ONGs.

En cualquiera de los dos casos mencionados, no habrá unidad de criterios en los distintos proyectos y comunidades y el grado de implicación y participación, así como la forma en que la utilicen, será muy diferente.

Para conseguir obtener formas de implicación comunitaria en la salud sostenibles y sobre todo, para que se produzca en toda o casi toda la extensión de un territorio, es necesario que:

- la implicación comunitaria sea un objetivo explícito y prioritario de la Política Nacional de Salud,
- se definan claramente estrategias coherentes para alcanzar ese objetivo, tanto el objetivo como las estrategias sean parte integrante del Plan Nacional de Desarrollo en Salud, que debe prever las acciones concretas de movilización comunitaria para la salud,
- se realice una asignación de recursos conforme al grado de prioridad que fue atribuido a ese objetivo,
- se utilicen técnicas apropiadas de movilización comunitaria,
- se involucren los asociados más convenientes para este tipo de acciones.

Por otro lado y tal vez más importante, es que para que la implicación comunitaria en la salud sea una realidad y un éxito, es indispensable que la propia filosofía de base de la Política Nacional de Salud tenga como una prioridad la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Un sistema de salud altamente medicalizado y que tenga como prioridad las acciones de naturaleza curativa, difícilmente puede suscitar una implicación comunitaria y permita que ésta se pueda manifestar.^{4,8,17}

Por último y no menos importante, para promover la implicación comunitaria en la salud es necesaria una actitud apropiada de los trabajadores de salud en general, y de los trabajadores de atención primaria en particular.

Fases o etapas de la movilización comunitaria para la salud

En una *primera fase*: hay que pedir a la comunidad que identifique sus problemas de salud. En una *segunda fase*: se debe sugerir que las comunidades determinen el grado de prioridad en que se presentan los problemas de salud y de ahí determinar las prioridades para la acción. En la *tercera fase*: conviene suscitar un debate sobre lo que la comunidad piensa en lo que respecta a las causas de aquellos problemas que ha identificado. En una *etapa siguiente*, es correcto intentar hacer que la comunidad conozca los recursos disponibles localmente, siendo indispensable que nunca se olvide de los recursos humanos.

Finalmente, debe pasarse a la fase de análisis, discusión y decisión sobre las soluciones para los problemas de salud. La comunidad debe ser soberana a este respecto, pero es importante destacar que los agentes externos de movilización comunitaria, ya sean trabajadores de salud o miembros de ONGs, tienen también un papel de educadores del que no podemos prescindir. No cabe duda alguna de que en la mayoría de los casos, las comunidades no poseen el conocimiento tecnológico suficiente para poder tomar las decisiones correctas sin el apoyo externo. En general, cuando los agentes externos de movilización comunitaria tienen una actitud correcta, sus opiniones y consejos son muy bien acogidos. Es una cuestión de que educar no significa imponer. Por último, tomadas las decisiones, debe pasarse lógicamente a la *acción*, que es ciertamente la fase más importante.

Ventajas de la implicación comunitaria en la salud

Trataremos de abordar las múltiples ventajas que con mayor frecuencia se han atribuido a la implicación comunitaria en la salud. Es posible que esta lista sea limitada y que existan otras posibles ventajas:

- Satisfacción de un derecho y de un deber.
- Promoción de autorresponsabilidad de colectivos e individuos.
- Aumento de las tasas de cobertura de los servicios sanitarios.
- Mejora de la calidad de los cuidados de salud prestados.
- Reducción drástica de la corrupción y negligencia de los trabajadores de salud.
- Desburocratización del funcionamiento de los centros de salud.
- Apertura de grandes perspectivas para priorizar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Aumento de la eficacia del sistema de salud.
- Aumento de la eficiencia del sistema de salud.
- Refuerzo de la cohesión y autosuficiencia de la comunidad.

Nota: en la literatura también ha habido referencias a otras ventajas, como son una mayor equidad y garantía de sostenibilidad de los programas. En lo que respecta a la equidad, no vemos ninguna relación entre ésta e implicación comunitaria. A nuestro parecer, son dos cuestiones diferentes y sin relación entre ellas. La creencia de que la implicación comunitaria en la salud tendría la ventaja de dar sostenibilidad a los programas de salud, está ligada a la idea de introducir en esta implicación un fuerte componente de contribución financiera de las comunidades. Tenemos algunas reservas sobre esta materia, que en el caso de las comunidades pobres, como son casi todas en Mozambique y en muchos países de África, es como poco inmoral.

Factores facilitadores de la implicación comunitaria en la salud

Aquí presentamos los factores facilitadores de la implicación comunitaria en la salud que nos parecen más importantes: 4, 8,17

- Fuerte consciencia del papel que todos deben tener para la defensa y promoción de su propia salud.
- Estructuración de los sistemas de salud de tal modo que se dé alta prioridad a las acciones no médicas y médicas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.
- Se atribuya alta prioridad a la implicación comunitaria en la salud y a la promoción de la salud, apareciendo éstos como objetivos explícitos de la Política Nacional de Salud.
- Existencia de un Plan Nacional de Desarrollo de Salud, que prevenga acciones concretas de movilización comunitaria en la salud.
- Buena comprensión, a todos los niveles de gestión, de la importancia de la implicación comunitaria en la salud.
- Dinamismo de los dirigentes políticos, administrativos y sanitarios.
- Existencia de autoridades comunitarias imparciales, democráticas y comprometidas en el bienestar de la comunidad.
- Buena comunicación de las estructuras de salud y de otros agentes externos de movilización comunitaria con las comunidades y autoridades comunitarias por ellas legitimadas.
- Existencia de mecanismos de articulación adecuados y de correcto funcionamiento entre las estructuras de salud y las restantes instituciones de movilización comunitaria para la salud.
- Existencia de trabajadores de salud y de otros agentes de movilización comunitaria competentes para el trabajo con las comunidades.
- Existencia de mecanismos apropiados y de oportunidades para que las comunidades desarrollen habilidades técnicas, competencias y capacidades.
- Existencia y funcionamiento adecuado de mecanismos de coordinación entre los diversos sectores del gobierno.
- Existencia de una estructura organizativa y de gestión adecuada y correctos mecanismos de seguimiento y evaluación.

Factores que dificultan la implicación comunitaria en la salud

También aquí son numerosos los factores que dificultan la implicación comunitaria en la salud, de forma que presentamos los que nos parecen más importantes: ^{4,8,17}

- Débil conciencia del papel que todos deben tener para la defensa de la promoción de su propia salud.
- Medicalización excesiva de las estructuras y trabajadores de salud.
- Inexistencia de un Plan Nacional de Desarrollo en Salud.
- Que se atribuya poca o nula prioridad a la implicación comunitaria en la salud.
- Poca o ninguna comprensión, a todos los niveles de gestión, de la importancia de la implicación comunitaria en la salud.
- Falta de dinamismo de los dirigentes políticos, administrativos y sanitarios, así como una mala elección de éstos.
- Falta o mala comunicación de las estructuras de salud y de otros agentes externos de movilización comunitaria, con las comunidades y autoridades comunitarias por ellas legitimadas.

- Autoritarismo y dirigismo exagerado por parte de las autoridades sanitarias, político-administrativas y de otros agentes externos de movilización comunitaria.
- Existencia de trabajadores de salud y de otros agentes de movilización comunitaria incompetentes e inadecuadamente formados para el trabajo con las comunidades, en materia de técnicas y métodos participativos.
- Falta de responsabilidad de los agentes externos de movilización comunitaria en su papel de educadores y orientadores en cuestiones científico-técnicas.
- Falta de respeto de los agentes externos de movilización comunitaria por las autoridades comunitarias.
- Visión autócrata, burocrática y/o paternalista de los trabajadores de salud y de otros agentes externos sobre los conceptos de movilización y de participación comunitaria en la salud.
- Corrupción y desatención de los trabajadores de salud y de otros agentes externos de movilización comunitaria.
- Elección inadecuada de los asociados en la movilización comunitaria en la salud.
- Mecanismos de articulación inadecuados o inexistencia de los mismos, entre las estructuras de salud y las restantes instituciones de movilización comunitaria para la salud.
- Existencia de líderes comunitarios autoritarios, retrógrados y anticientíficos.
- Existencia de fuertes contradicciones en el seno de la comunidad.
- Existencia de fuertes niveles de pobreza en las comunidades.
- Existencia en el seno de la comunidad y de sus líderes, de tradiciones y creencias retrógradas, anticientíficas y perjudiciales para la salud.
- Falta de oportunidades o de mecanismos adecuados para que las comunidades desarrollen habilidades técnicas, competencias y capacidades.
- Bajos niveles de financiamiento del sector salud, por el estado por parte de los asociados al desarrollo;
- Mecanismos de coordinación inexistentes o de funcionamiento inadecuado entre los diversos sectores de gobernación.
- Ausencia de una estructura organizativa y de gestión, mecanismos de seguimiento y evaluación, o de existir no son adecuados.

Como es obvio, es necesario tomar las medidas apropiadas para evitar y/o minimizar todos los factores que dificultan la implicación comunitaria en la salud y perfilar todas las dificultades. Por consiguiente, esto implica una gran determinación política para atribuir la justa prioridad que la implicación comunitaria se merece. Este proceso puede que tenga que pasar por una reestructuración y reorientación profundas de los sistemas de salud,^{4, 7, 8, 12, 17} un vasto programa de reconversión de los trabajadores de salud existentes y formación de nuevos modelos de futuros trabajadores de la salud,^{4,7,8,12,17} una adecuada elección de los asociados para la movilización comunitaria,^{4,8,12,17} y un proceso de educación comunitaria haciendo uso de los métodos participativos de aprendizaje más modernos.^{18,19}

¹⁸ Martins H. Metodologia de Aprendizagem por Solução de Problemas–Volume I–Características e Vantagens. Maputo: Terceiro Milénio. 1999.

¹⁹ Martins H. Metodologia de Aprendizagem por Solução de Problemas–Volume II– Manual de Implementação. Maputo: Terceiro Milénio. 2000.

Promoción de la salud, educación para la salud e implicación comunitaria en la salud

Es muy importante subrayar que el suceso de movilización comunitaria en salud, dirigido al desarrollo de una implicación comunitaria en salud verdadera y sostenible, depende en gran medida de la creación de aquello que modernamente se llama “ambiente favorable”,^{10,11,20}

Ese ambiente favorable resulta, en nuestra opinión y como se ha señalado con anterioridad, por un lado, de la estructuración de un sistema de salud en el que se confiera alta prioridad a las acciones no médicas y médicas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y de que se atribuya alta prioridad a la implicación comunitaria en la salud y a la promoción de ésta, de forma que estos objetivos queden de forma explícita en la Política Nacional de Salud. Por otro lado, resulta de la existencia de un Plan Nacional de Desarrollo en Salud, utilizando estrategias adecuadas y acciones concretas de movilización comunitaria en salud.^{4,8,12,17}

Por encima de todo, una implicación comunitaria verdadera y sostenible, sólo puede surgir si se consigue crear una fuerte conciencia del papel que cada uno individualmente y todos colectivamente, debe tener para la defensa y promoción de su propia salud.^{4,8,10,11,12,17,20}

Por consiguiente, se debe poner énfasis en la promoción de la salud como elemento principal de la política sanitaria.^{4,8,10,11,12,17,20} En tal caso, un fuerte instrumento para la promoción de la salud será la educación para la salud, considerada no como un mecanismo para la transmisión de mensajes científicos a las comunidades, sino como un proceso de aprendizaje activo y participativo de éstas.^{18,19}

Para Haglund y colaboradores (1996), que expresan puntos de vista de la OMS, las estrategias eficaces incluirían: (i) desarrollo de políticas de salud adecuadas; (ii) medidas legislativas; (iii) reorientación estructural y organizativa de los sistemas de salud; (iv) abogacía; (v) desarrollo de alianzas apropiadas, al mismo tiempo que aumenta el grado de conciencia para la promoción de la salud; (vi) desarrollo de habilidades técnicas, competencias y capacidades; (vii) movilización y toma de poder (*empowerment*).¹¹ Combinando estos elementos de estrategia con los abordajes, la designación de papeles, la determinación de los grupos objetivos, la definición de los niveles de actuación, procedimientos e instrumentos de acción, y los resultados esperados, obtenemos una matriz de análisis del proceso de aquello que llaman la creación de un ambiente favorable.

Para Dhillon e Philip (1994), que también expresan puntos de vista de la OMS, la promoción de la salud se sustenta en una triple estrategia de: (i) defensa de la salud; (ii) apoyo

²⁰ Dhillon H.S, Philip L. Health promotion and community action for health in developing countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.1994.

social para la salud y construcción de alianzas; y (iii) toma de poder para la salud (*empowerment*).²⁰ Para estos autores, el proceso de defensa para la salud debe ser mucho más amplio, incluyendo la defensa por parte de los gobiernos, comunidades, ONGs, órganos de comunicación social, universidades o centros de investigación y agencias internacionales. El proceso de "*empowerment*" debe alcanzar a las comunidades en su conjunto y a grupos específicos dentro de éstas, esto es, mujeres, jóvenes, niños en edad escolar, trabajadores, grupos desprotegidos, etc.

Implicación comunitaria en la salud y su relación con las acciones no médicas y médicas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades

Es importante señalar que, una cuestión fundamental y un punto crítico para la creación de un ambiente favorable y una implicación comunitaria en la salud verdadera y sostenible, es la adopción de una política de salud que de prioridad a las medidas no médicas y médicas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Sin esto, en nuestra opinión nunca será posible alcanzar un nivel razonable de implicación comunitaria en la salud, así como tampoco será posible que cualquier forma de participación comunitaria sea sostenible.

Insistimos en este punto ya que nos parece una cuestión extremadamente importante, diríamos que se trata de una cuestión previa. Por otro lado, una profunda transformación de la Política Nacional de Salud y la estructuración y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud exige una enorme determinación política.

Asociada a esta gran transformación en la estructuración y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, está también la necesidad de colocar la implicación comunitaria en la salud en la cima de las prioridades de la Política Nacional de Salud. No basta hacer declaraciones al respecto. Es preciso tomar medidas concretas y efectivas en consonancia con esa opción política, que se traduzcan en la práctica, comenzando por la asignación de recursos.

Por otro lado, esa opción política exige siempre un enorme esfuerzo de educación (sería más adecuado afirmar, de reeducación) de los trabajadores de salud, que no se hace sin provocar un cierto grado de reacción.

Realizar todos estos cambios, no es tarea fácil y exige una enorme determinación política y una gran firmeza de principios, que no siempre existen.²

Implicación Comunitaria en salud y cooperación intersectorial en salud

Paralelamente a la implicación comunitaria, la Conferencia de Alma-Ata también recomendó un gran esfuerzo de cooperación intersectorial en salud.⁶ Aunque implicación comunitaria y cooperación intersectorial en salud sean cuestiones diferentes, tienen como elemento en común el reconocimiento de múltiples factores determinantes de la salud, que deben ser objeto de nuestra atención cuando se planifica la prestación de la atención primaria de salud. De ahí que la existencia de mecanismos adecuados de cooperación intersectorial en salud, favorezca considerablemente la implicación comunitaria y viceversa.

Implicación comunitaria en salud y su relación con los distintos programas de salud

Fácilmente se desprende, que no todos los programas de salud ofrecen las mismas potencialidades para la implicación comunitaria en la salud. El potencial de movilización y de implicación comunitaria que es ofrecido por las acciones de carácter curativo es mucho más débil que el que proporcionan otros programas.

Esto se debe a una serie de razones que a nuestro parecer son obvias. Por un lado las acciones curativas no son programables, pues nadie sabe cuando va a enfermar. Actualmente, las acciones de promoción y prevención y dentro de las acciones preventivas, las de prevención primaria y secundaria son programables y pueden ser objeto de planificación. Todas estas acciones facilitan mucho la movilización e implicación comunitaria en la salud, especialmente los programas de promoción de la salud, entre los que merece destacar programas de higiene ambiental y de promoción de estilos de vida saludables.

Principalmente, la existencia de programas bien estructurados que relacionan pueblo ó hospital, permitirá la participación de los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, en la gestión y organización de los establecimientos de salud. Sólo en aquellas zonas donde no existan puestos de salud del Sistema Nacional de Salud u ONGs, la implicación comunitaria será una forma más activa de organización de la comunidad, cuya misión es crear las condiciones adecuadas que garanticen la atención primaria de salud (construcción de un centro de salud, asignación de un agente de salud, etc.).

Implementación de una política de implicación comunitaria en salud

A modo de conclusión, nuestra firme convicción es que la implicación comunitaria en salud es una responsabilidad del estado y un derecho de los ciudadanos. Para que este derecho pueda ser llevado a la práctica, la implicación activa de las comunidades en la promoción y defensa de su propia salud, debe ser uno de los objetivos prioritarios de las políticas nacionales de salud. En este sentido, se debe otorgar máxima prioridad a la reestructuración y

reorganización a todos los niveles de los sistemas nacionales de salud, para que estén capacitados y puedan así movilizar eficazmente a las comunidades para su desarrollo.

La política nacional de salud deberá atribuir la máxima prioridad a la utilización a gran escala de medidas no médicas y medidas de promoción de la salud. Dando gran prioridad a las medidas de carácter preventivo, especialmente de prevención primaria, y siempre que sea posible, medidas de prevención secundaria.

Asimismo, debe otorgarse una alta prioridad a la creación de mecanismos y estructuras organizativas en las propias comunidades, que faciliten su implicación activa en la prestación de la atención primaria de salud y en su gestión, así como mecanismos apropiados para la implicación de las comunidades en la gestión de los programas de salud y de los centros de segundo, tercer y cuarto nivel.

En el conjunto de la política nacional de salud, igualmente debe atribuirse alta prioridad a la reformulación de los programas de formación y reciclaje del personal sanitario y así, capacitar a los trabajadores sanitarios en las tareas de movilización de las comunidades para su implicación en la promoción y defensa de su propia salud.

Es prioritario que se desarrollen también mecanismos de colaboración con las agencias y ONGs de cooperación intersectorial en salud, para movilizar a las comunidades en su desarrollo, promoción y defensa de su propia salud.

Las prioridades antes mencionadas deben quedar reflejadas en la asignación de recursos humanos, materiales y financieros (tanto por parte de organismos del estado como de fuentes externas), así como en el tiempo dedicado por los dirigentes del Sistema Nacional de Salud y por los trabajadores sanitarios de primer nivel a las tareas de planificación, gestión, ejecución, supervisión y evaluación de todas las actividades que conducen o contribuyen a la implicación comunitaria en la promoción y defensa de su propia salud.

Prioridades para discapacitados en los países en desarrollo

Gertrude Fefoame

Gertrude Fefoame es representante de Sight Savers International. Accra.

Generalmente, no se puede afirmar que los sistemas de salud de los países en desarrollo sean los ideales. En el establecimiento de los sistemas de salud, interaccionan factores tales como escasos recursos, bajo nivel de compromiso de muchas autoridades para con las necesidades de salud de la población general (con la voluntad política que comporta), éxodo de proveedores de salud desde los países en desarrollo a los desarrollados y el bajo nivel de conocimientos de salud entre la mayoría de la población. Estos sistemas son bastante uniformes en los países en desarrollo, que en su mayoría se han embarcado en programas de atención primaria de salud (APS), donde las personas con discapacidad forman parte de estos sistemas y por consiguiente, es de esperar que se les conceda las mismas oportunidades de salud disponibles en sus diferentes países, pero la realidad es que no se ha hecho mucho sobre cuestiones relacionadas con discapacidad en salud. No se han dado oportunidades a las personas con discapacidad para aprovecharse de los limitados establecimientos de salud disponibles en los programas de APS. Las razones que causan esta situación residen en la mayor miseria e ignorancia de la mayoría de las personas con discapacidad, falta de acceso a los servicios de salud, actitud social negativa con respecto a las cuestiones relacionadas con discapacidad y falta de voluntad política por parte de los gobiernos a la hora de tomar decisiones progresivas en materias que afectan a las personas con discapacidad. Todo esto plantea grandes retos para este tipo de personas en los países en desarrollo. Esta ponencia, por tanto, hace un breve examen de los retos a los que se enfrentan las personas con discapacidad en los países en desarrollo. Articulará además algunas de las prioridades que necesitan ser tratadas para que marchen hacia delante las cuestiones de salud de las personas con discapacidad en los países en desarrollo.

Retos a los que se enfrentan personas con discapacidad en los países en desarrollo

Pobreza

Las estimaciones recientes del Banco Mundial sugieren que una de cada cinco de las personas más pobres del mundo es discapacitada. Naciones Unidas ha estimado que hay más de 500 millones de personas con discapacidad en el globo y el 80% vive en las áreas rurales de los países en desarrollo, de forma que pobreza y discapacidad se complementan entre sí en estos países. En primer lugar, la pobreza es una causa de discapacidad, como la resistencia a enfermedades, que puede desembocar en discapacidad, agravado

porque los niños están desnutridos y los adultos no son capaces de mantener un comportamiento nutricional adecuado así como de tomar medidas preventivas de salud debido a su pobre situación.

Además, la complejidad de nuestra sociedad, asociada a la gran miseria de la mayoría de la población y la actitud social negativa para con las personas con discapacidad resulta en una mínima educación formal y capacitación de los discapacitados. Esto, asociado con la discriminación que sufren las personas con discapacidad con respecto a las oportunidades de trabajo, agrava la situación de pobreza de estas personas. A parte de la pobreza económica y material, hay una pobreza psicológica y social como resultado de una baja autoestima, pobre información y falta de reconocimiento social e interacción.

Ignorancia de las personas con discapacidades en cuestiones de salud

La mayoría de las personas con discapacidad ignora las buenas prácticas para la prevención de una mala salud. Por ejemplo, para muchos comer puede ser cualquier cosa que satisfaga el hambre y no necesariamente una dieta equilibrada, que sea preparada correctamente y servida higiénicamente. De modo similar, la falta de agua potable podría solucionarse hirviendo y filtrando el agua, que puede hacerse en casa.

Otra dimensión es que la información sobre condiciones de salud y disponibilidad de servicios son engañosas para la mayoría de las personas con discapacidad. En una sociedad donde enfermedades comunes como el cólera o el gusano de guinea se atribuyen a una "ofensa a los dioses pequeños", ¿cómo puede cambiarse la visión de alguien que no tiene acceso a más información y experiencia?.

En otras comunidades, la conciencia de enfermedades como el VIH/SIDA ha pasado de ser una superstición a una realidad. Los carteles, folletos y medios de comunicación dan información sobre salud, pero muchas personas con discapacidad tienen problemas en acceder a esta información tan importante, y con frecuencia no conocen algunos de los servicios disponibles para ellos, aunque sean limitados.

El sistema crea dependencia en lugar de independencia. En este aspecto las personas ciegas y enfermos mentales son quizás los más pobres entre los pobres. Esto afecta a sus oportunidades a la hora de obtener asistencia sanitaria adecuada. Cuando el dinero no es un problema, se puede crear un abuso de fármacos, dado que tienen que depender de alguien antes de tomarse los medicamentos proporcionados por los servicios de salud. El sistema establecido es tal que, si una persona ciega recibe medicamentos proporcionados por el departamento de farmacia, difícilmente entiende aspectos tan importantes como puede ser la dosificación.

Muchas familias no estimulan a sus familiares discapacitados a participar en campañas en curso donde se fomenta la concienciación y la autoestima, no considerando tampoco necesario informarles de los resultados a su regreso.

Como se ha mencionado anteriormente, la actitud social y la falta de recursos impactan de forma negativa en el desarrollo de las personas con discapacidad. Esto se manifiesta en que la mayoría de estas personas se repliegan en sí mismas, no buscan información y no hacen los esfuerzos necesarios para tener experiencias personales en muchas áreas de desarrollo. El remedio podría ser una educación tanto formal como funcional acompañada con algunos programas de ayuda para construir auto-asertividad. Estas oportunidades son limitadas y dejan ignorantes a la mayoría de las personas con discapacidad.

Falta de acceso a los servicios de salud y establecimientos de salud

Las personas son discriminadas en el sector sanitario con frecuencia por el mero hecho de ser discapacitadas. Por ejemplo, es frecuente que las personas sordas no tengan acceso a los trabajadores sanitarios debido a la ausencia de servicios de interpretación en el sector salud. Con tantos pacientes en una cola esperando, con frecuencia las prescripciones se realizan sin un entendimiento real de la situación de salud del paciente sordo. Las mujeres con discapacidad y embarazadas que buscan asistencia sanitaria son menospreciadas y acusadas de ser promiscuas como si fuera un tabú procrear para una mujer con discapacidad.

Como se ha insinuado anteriormente, en el sistema hay limitadas instalaciones de salud pública. En vista de esto, instituciones sanitarias privadas son bien recibidas. La mayoría de las personas con discapacidad no pueden incluso pagar los costes de la asistencia sanitaria de instituciones del gobierno, que tienen precios moderados, menos aún acceder a costosas instalaciones privadas.

Muchas personas con discapacidad podrían haber logrado el acceso a los establecimientos de salud y servicios si hubieran tenido dispositivos de asistencia. Desafortunadamente, con frecuencia es extremadamente difícil para estas personas (especialmente en áreas rurales) tener acceso a los servicios de rehabilitación y obtener un dispositivo de este tipo.

Para las personas con discapacidad física, las largas distancias existentes entre sus hogares y los establecimientos de salud, y la falta de un sistema de transporte accesible, convierten el trayecto en un desafío. A veces tienen que alquilar taxis para cortas distancias incluso cuando tienen sillas de ruedas porque no hay pavimento en las calles o rampas, o están ocupadas por los comerciantes.

Uno puede argumentar que las personas sin discapacidad son también pobres y viven lejos de los establecimientos de salud. En un sistema donde la mayor parte de la población busca tratamientos a base de hierbas, las personas no discapacitadas tienen ventaja. Se sabe que algunas hierbas son nocivas mientras que otras tienen un impacto positivo en nuestro estado de salud. Un niño que crezca sin discapacidad crecerá expuesto a un gran número de hierbas primordiales que son efectivas. ¿Pero cómo un discapacitado va a ir al campo a buscar la hierba?, es posible que sepa cual es la que necesita, pero imagínense los obstáculos que puede encontrar para avanzar por el monte para conseguir la hierba. ¿No será más perjudicial que la dolencia inicial?, no hay duda de que la entera comunidad de discapacitados está en desventaja.

Aún teniendo acceso, hay una flagrante exclusión cuando se considera el acceso a información o prevención, curación y establecimientos de salud. El esfuerzo realizado por el sistema, con la excepción de organizaciones que trabajan en los distintos campos de la discapacidad, es escaso. La mayoría de los países no tiene suficientes programas de salud en televisión con interpretación del lenguaje de los signos. El material en braille o cassette es insuficiente o no existe. Programas como inmunización, simposios y seminarios en cuestiones sobre salud son planificados sin tener en consideración a las personas que se mueven con dificultades.

Con frecuencia el acceso a materiales es guardado dentro de los programas nacionales y no suelen compartirse. Por ejemplo, mientras la Federación de Ciegos de Zambia tiene materiales de VIH/SIDA en braille, otros países como Ghana no han podido obtenerlo de Zambia.

En muchos casos el personal médico, paramédico y de rehabilitación recibe una muy limitada formación específica en discapacidades, lo que deriva en una inadecuada preparación para proporcionar servicios de asistencia médica y rehabilitación a personas con discapacidad. En la mayoría de los casos el personal tampoco tiene acceso a tratamientos y a la tecnología pertinente.

Actitud social negativa hacia las personas con discapacidad

Las actitudes sociales negativas siguen siendo un “asesino” en el desarrollo de personas con discapacidad en África. Las personas más cultas aún consideran la discapacidad inútil desde el punto de vista “del modelo médico”. La población analfabeta, que constituye la mayoría, asocia la discapacidad con el efecto de la superstición. La mayoría de los esfuerzos hechos por la sociedad lo considera como un privilegio y no como un derecho.

La mayoría de las ONGs tiene como objetivo servir a los menos privilegiados. Con frecuencia todavía no se dan cuenta de la necesidad de servir a las personas con discapacidades y referirlos justo a las pocas agencias en el sistema.

Falta de políticas para discapacitados y de voluntad política

Mientras en algunos países como Sudáfrica y Uganda, están teniendo lugar mecanismos satisfactorios para tratar las necesidades de salud de las personas con discapacidad, algunos gobiernos lo intentan aunque no es su prioridad. Las estrategias que tienen lugar hasta ahora son iniciativas aisladas y no aseguran una provisión equitativa y acceso para todos. Incluso donde hay leyes, la puesta en marcha es dejada a un lado.

Áreas prioritarias para la acción

A continuación se presenta lo más destacado de algunas de las áreas prioritarias que necesitan acción por parte del gobierno, ONGs/donantes, funcionarios de salud, personas

con discapacidad y sus organizaciones así como de la sociedad civil, para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud.

La necesidad de afrontar la pobreza de personas con discapacidad

Pobreza: el crecimiento económico es un paso vital para mejorar la salud general. Las personas con discapacidad tienen que participar como sus iguales en el proceso nacional de desarrollo económico y social. Se debería crear un entorno favorecedor y aumentar los esfuerzos para mejorar el estado de salud de las personas con discapacidad. Todas las estrategias de reducción de la pobreza deberían asegurar un objetivo fijado para estas personas, tanto en actividades centrales como específicas con especial énfasis en la mujer.

Participación de personas con discapacidad

El gobierno debe establecer mecanismos apropiados para promover los derechos de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida incluyendo la salud. En la provisión de cualquier forma de educación en salud y concienciación, el programa debe dar alcance a toda la población incluyendo todas las categorías de personas con discapacidad. Debería darse el derecho a toda costa a individuos, organizaciones de discapacitados y comunidades, de participar en el proceso de formulación y puesta en marcha de políticas de salud.

Formando al personal sanitario

Un mejor entendimiento y mejores servicios por parte del personal sanitario requerirá la formación y reorientación del personal existente, redistribución del personal presente y futuro y el desarrollo de nuevas categorías de personal sanitario, que esté informado sobre cuestiones relacionadas con la discapacidad desde una perspectiva del Modelo Social.

Además deberían incluirse una serie de programas de capacitación corto en el currículum de todos los niveles de formación de personal médico que incluya cuestiones relacionadas con la discapacidad.

Durante la formación de personal, deberían hacerse esfuerzos específicos para concienciar a los formadores de la necesidad de cambiar las actitudes negativas hacia las personas con discapacidades.

Acceso a información

Debería establecerse un sistema de información sanitario exhaustivo a nivel local, provincial y nacional, que sea relevante y en el formato apropiado para las distintas categorías de personas discapacitadas.

Se deberían poner en marcha estrategias para asegurar que toda la información en salud es diseñada para cada grupo específico de personas discapacitadas. Entre las prioridades urgentes por ahora destaca la información sobre VIH/SIDA y sexualidad.

Coordinación del trabajo de ONGs/Asociaciones/donantes

Hay muchas ONGs que ofrecen servicios de salud variados. Éstas y sus donantes deberían garantizar servicios de salud globales y eficaces para todos incluyendo las personas con discapacidad.

Hay un ferviente llamamiento en todas las ONGs de reconocer que las personas con discapacidad constituyen al menos el 5% de cualquier comunidad. Por consiguiente, debería ser obligatorio que un 10% de los miembros de cualquier grupo con el que trabajen sea discapacitado.

Acceso a dispositivos de asistencia

La provisión de dispositivos de asistencia es crucial en los países en desarrollo. Por tanto, el llamamiento es que en lugar de reunir dispositivos de asistencia para infraestructuras avanzadas en los países en desarrollo, las ONGs que ahora son los proveedores más importantes, deberían concentrarse en establecer talleres regionales, que elaborarían aquellos dispositivos que mejor se adapten a las duras condiciones. El gobierno debería asumir la responsabilidad de la provisión mientras las ONGs apoyan los esfuerzos del gobierno.

Actitud Social

Hay una necesidad de que las sociedades de países en desarrollo cambien su actitud con respecto a las personas con discapacidad en general y los temas relacionados con la salud en particular. La realidad de que discapacidad no es incapacidad, se ha perdido en muchas sociedades. La sociedad civil juega un papel de vital importancia en garantizar que a las personas con discapacidad se les otorguen derechos humanos, políticos, sociales y económicos como a todas las demás personas.

El derecho de todos los pacientes de ser tratados con respeto y dignidad debería ser respetado. Para este fin, se debería formular una carta de derechos de los pacientes. Además, es hora de que la sociedad civil se identifique con las personas con discapacidad.

Acceso a rehabilitación

El acceso a cuidados médicos apropiados y servicios de rehabilitación puede marcar la diferencia entre llevar una vida solitaria y dependiente, llevar una vida social y económicamente independiente y jugar un papel activo en la sociedad.

Los servicios de rehabilitación deberían establecerse y mejorarse para permitir a las personas discapacitadas alcanzar y mantener niveles funcionales físicos, sensoriales, intelectuales, psiquiátricos y/o sociales óptimos, además de lograr mayor nivel de independencia. Éste debería ser el objetivo de todas las sociedades progresistas.

Programas de prevención y discapacidad

Existe una gran necesidad de asistencia sanitaria preventiva, y los centros de salud deben considerarla como prioridad absoluta.

Programas de vacunación, terapias de rehidratación oral y mejoras en la nutrición de madres y niños son vitales en este contexto. Deberían emplearse tecnologías baratas y simples para reducir enormemente la mortalidad de bebés y niños y la incidencia de discapacidad.

Durante las campañas de vacunación y otras (campañas) de concienciación, las personas con discapacidad deberían adiestrarse para servir tanto al público en general como a organizaciones para discapacitados.

El papel de personas con discapacidades y organizaciones para discapacitados

El conocimiento de la presencia de organizaciones para discapacitados es una gran baza para todas las personas que sufren algún tipo de discapacidad. Muchas de estas organizaciones no sólo prestan servicios y orientación a los miembros registrados. La información sobre programas y servicios siempre está disponible. La capacidad de los individuos está potenciada con información, programas de formación de auto-concienciación, que dan el “poder” de la confianza a los individuos y a sus familias para acceder a las distintas necesidades de salud en distintos momentos.

Las organizaciones para discapacitados deberían ser apoyadas para fortalecer sus redes con profesionales médicos para así construir mecanismos de conexión y tratar de llegar a las personas con discapacidad que la organización no puede alcanzar debido a varias limitaciones. Las organizaciones para discapacitados deberían ser contactadas para servir como recurso a los profesionales sanitarios y ayudarles a estructurar mejores métodos de selección de objetivos para las personas con discapacidades en la corriente dominante de actividades de prestación de servicios.

Promulgación y puesta en práctica de políticas gubernamentales y voluntad política

El simple inconveniente de los gobiernos de los países en desarrollo de ocuparse de las cuestiones sobre discapacidad, es su reticencia a poner en marcha las disposiciones de las Naciones Unidas respecto a las personas con discapacidad de las que son signatarios.

Los gobiernos deberían demostrar voluntad política y compromiso de efectuar el cambio, y transformar el sistema de salud para personas con discapacidad aprobando una legisla-

ción nacional apropiada, que haga efectiva la voluntad política y los compromisos. Aquellos que tienen legislación deberían garantizar la puesta en marcha de mecanismos de monitoreo y disposiciones efectivas de incumplimiento.

Los derechos de las personas con discapacidad y las cuestiones relacionadas con la misma, deberían ser tratados de forma integrada y holística, y la sugerencia para todos los gobiernos y para la sociedad es que tales cuestiones no deberían ser compartimentadas y declaradas de bienestar social. En cambio, cada departamento debería ser responsable de establecer sus recursos humanos necesarios de base, como intérpretes del lenguaje de signos, para permitir a las personas con discapacidad tener un acceso fácil a los servicios y establecimientos de salud.

La participación de personas con discapacidad en la Nueva Asociación para el Desarrollo de África (NEPAD, por sus siglas en inglés) debería ser garantizada. Las políticas y programas de esta asociación deberían incorporar cuestiones relacionadas con la discapacidad.

Todos los gobiernos, mediante los medios efectivos posibles, deberían apoyar y poner en marcha la Convención de Naciones Unidas *“hacia a una Convención internacional global e integral para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad”*.

Es imperativo que los gobiernos africanos abandonen la idea de que ya tienen pocos recursos como para atender cuestiones relacionadas con la discapacidad. Es una cuestión de “derecho” que los pocos recursos se dediquen a todas las personas de forma equitativa.

Desde que todos somos conscientes de que muchas personas con discapacidad no pueden unirse a la corriente dominante de actividades debido a la ignorancia, falta de confianza y en algunos casos, carencia de algunas habilidades específicas requeridas, el 10% de los recursos (fondos, equipamiento, etc.), deberían reservarse para actividades de las personas con discapacidad en grupos separados si fuera necesario.

Investigación en sistemas de información de salud

Debería recopilarse y analizarse de forma sistemática información apropiada y fidedigna de personas con discapacidad, como parte de un sistema de información de salud esencial para la planificación y gestión de metas. La promoción de investigación relevante también permitirá tratar los problemas más importantes de salud de las personas con discapacidad. Se requerirá a los sectores públicos y privados recopilar y presentar información relevante.

Para concluir, las cinco áreas prioritarias que requieren atención son: pobreza, acceso, ignorancia, actitud social y falta de voluntad política por parte de la mayoría de los gobiernos. Cuando estas cuestiones sean tratadas en todas sus áreas afines, el estado de salud de las personas con discapacidad en África y la calidad de vida de todas las comunidades

indudablemente mejorará. Yo por tanto, deseo suscitar vuestra atención sobre la tendencia de la sociedad de considerar a las personas con discapacidad como un grupo aparte. De este modo, personas en silla de ruedas se han convertido en los representantes populares de las personas con discapacidad. Esto ignora la diversidad de la discapacidad y la gran variedad de necesidades que experimentan las personas con diferentes discapacidades.

Bibliografía

1. Disabled Woman's International Newsletter. Número 5. Octubre de 1991.
2. Gobierno de Sudáfrica. White Paper. Sudáfrica: Gobierno de Sudáfrica. 1997.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps. Ginebra: OMS. 1980.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Community based rehabilitation and the health care referral services: a guide for Programme managers. Ginebra : OMS. 1994 (WHO/RHB/94.1).
5. South African Human Rights Commission. Disability Rights Charter. Sudáfrica: South African Human Rights Commission. 1991.

El papel de la sociedad civil en el desarrollo de la salud

Aleya Hammad

Aleya Hammad es miembro del Consejo de Administración de Trustees of Arab Women. Ginebra.

Una conciencia cívica común para el beneficio de todos

Debo admitir que he reflexionado mucho sobre cómo abordar esta importante cuestión. Es un tema sobre el que me he pronunciado anteriormente, pero a medida que mi pensamiento ha evolucionado y mi conocimiento se ha profundizado, de la misma forma lo ha hecho mi apreciación sobre la complejidad de ciertos temas. Esto es porque se ha extendido de manera extraordinaria el uso de ciertos temas como “sociedad civil”, atribuyéndoseles diferentes significados.

Para algunos, sociedad civil son aquellas asociaciones que se limitan a funciones esenciales de buena ciudadanía. Otros tienen una visión fundamentalmente política, esto es, se trata de un enorme conjunto de grupos constantemente cambiante cuya única base común es estar fuera del estado y oponerse a él.^{1,2} Para otros, la sociedad civil es un concepto mucho más amplio, que engloba asociaciones e instituciones que proporcionan una amplia variedad de servicios que contribuyen al bien público.

En ausencia de un entendimiento colectivo, durante mi presentación, al nombrar el término sociedad civil, me referiré a individuos con una conciencia cívica común que trabajan juntos por el bien público. Es por tanto, la arena social que existe entre el estado y los hogares o personas individuales.³ La sociedad civil puede ser una estructura formal, como asociaciones, fundaciones, grupos profesionales o redes informales de grupos.

Las organizaciones de la sociedad civil se entienden como organizaciones sin ánimo de lucro, organizaciones voluntarias que no son del estado. Pero cada vez más hay relaciones de mercado o conexiones del estado con algunas organizaciones de la citada sociedad civil, que dificultan su diferenciación como organizaciones sin ánimo de lucro o no dependientes del estado, especialmente cuando reciben una financiación importante, poniendo en cuestión su independencia del sector privado o del estado.⁴ Las

¹ Chabal P. *Políticas Dimensions in Africa- Reflections on the Limits of Power*. Cambridge: University Press. 1986. p.15.

² Rashed S. *Development Participation and Democracies in Africa. Four Essays*. Sudáfrica: Foundation for Global Dialogue. 1996. p.81.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Strategic Alliances: The Role of Civil Society in Health*. Ginebra: OMS. 2001. p.1.

⁴ Ibid 3.

Organizaciones no gubernamentales (ONGs) son consideradas parte de la sociedad civil y en el sector salud se ha usado de manera intercambiable con el de sociedad civil.

Detallaré la evolución del papel de la sociedad civil en el desarrollo en el sector salud usando un abordaje cuasi histórico. Esto es porque no quiero dar la impresión de que estoy generando un conocimiento novedoso, algo que sería arrogante por mi parte y sobre todo, porque con la creciente globalización, existe el riesgo de que las raíces que caracterizan a estos movimientos den paso a un movimiento civil a escala mundial verticalista con su propia agenda. Algo que está muy lejos de responder a las necesidades prioritarias en salud de la comunidad.

Examinando la evolución de conceptos y actividades en el desarrollo en salud

Debido a que no es nueva la participación de la sociedad civil, es importante estar familiarizados con los precedentes históricos que han posibilitado llegar al punto en el que nos encontramos en la actualidad. Aunque la participación de la sociedad civil en actividades de salud no es nueva, me referiré a un periodo de la historia que considero un hito en salud y desarrollo y que comienza hace 31 años.

Entre 1971 y 1973, el consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), llevó a cabo un estudio organizacional en *“Methods of Promoting the Development of Basic Services”*, que concluyó: *“en muchos países los servicios sanitarios no siguen el ritmo de los cambios en la población ni en cantidad ni en calidad y es probable que cada vez estén peor. Incluso si se mira de forma optimista y se dice que los servicios sanitarios están mejorando, el ejecutivo considera que una crisis grave está desarrollándose y que se le debe hacer frente de una vez, ya que podría finalizar en una reacción destructiva y costosa”*.⁵

Bajo el mandato en 1972 del comité conjunto en Política de Salud de la Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF), para la preparación del documento *“Alternative Approaches to Meeting the Basic Health Needs of Populations in Developing Countries”*, la OMS contactó con líderes en salud pública de todo el mundo para informar sobre cualquier proyecto prometedor. Fue interesante encontrar que las lecciones que se extrajeron provenían de los países en desarrollo.⁶ Posteriormente se hizo una extensión del estudio de 1972, *“Health by the people”*, que permitió a aquellos que habían participado en su preparación proporcionar información más

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO Official Records Número 206. Anexo II. Ginebra: OMS. 1973.

⁶ Djunkanovic V, Mach E.P. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1994. p.29.

⁷ Newell K.W. *Health by the People*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1975.

detallada desde sus propias perspectivas. La crisis identificada por el ejecutivo y las experiencias presentadas en la salud de la población sirvieron de gatillo para la conceptualización de atención primaria de salud.⁷

La principal preocupación de la atención primaria de salud fue afrontar los asuntos relacionados con las injusticias en salud. Un conjunto de principios fue identificado para abordar estas injusticias, alcanzando a todas las personas y satisfaciendo sus necesidades.

El primer principio fue que el proceso de desarrollo debería ser participativo. En salud, esto significa que la gente debería involucrarse en decisiones que conciernen a su salud y darles poder para ser independientes.

El segundo principio fue que el desarrollo debe empezar con las personas y de ahí, caer en la cuenta de la necesidad de relacionar salud y desarrollo con desarrollo comunitario.

El tercer principio reconocía que la salud necesita englobar todos los aspectos que afectan a la vida de las personas y contribuyen a su bienestar. Esto implica ir más allá de la asistencia sanitaria y garantizar que aspectos relacionados con la salud, como agricultura, educación, vivienda, trabajos públicos y comunicaciones, estuvieran incluidos desde el principio. Esto es lo que se ha venido a llamar atención primaria de salud contribuyendo al desarrollo en salud.⁸

La atención primaria de salud fue considerada un concepto revolucionario que puso a las personas en el centro del desarrollo. Esto fue reiterado en numerosas ocasiones en los distintos discursos de miembros de la OMS, y formó las bases del movimiento *Salud para todos* lanzado en la Asamblea de la OMS en 1977 y marcando un punto decisivo. La Declaración de Alma-Ata del siguiente año, abogó por centrarse en la reordenación de las estrategias nacionales de salud para pasar del enfoque centrado en la curación a un enfoque preventivo y proactivo, en el que se pasa de tratar enfermedades a limitar factores de riesgo para la salud y promover comportamientos que la fomenten.⁹

La interrelación entre estado de salud en diferentes etapas del desarrollo y su relación con los procesos de desarrollo económicos, sociales y políticos fueron analizados en una serie de estudios cuyos primeros intentos fueron conceptualizar y trazar un mapa de la naturaleza de la transición en salud, a través de los países en diferentes niveles de desarrollo. Estudios sobre casos pioneros en Sri Lanka, Estado de Kerala y Costa Rica entre otros, demostraron que a pesar del bajo nivel socioeconómico, se registraron mejoras espectaculares en el estado de salud usando indicadores de calidad de vida y centrándose ante

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Health in Development: Prospects for the 21st Century. Informe no publicado de la primera reunión del equipo de trabajo sobre salud y desarrollo. Ginebra: OMS. 1994. p.29.

⁹ Ibid 8.

todo en actividades fuera del sector salud. Estos esfuerzos trajeron a la luz algunos abordajes prometedores, que están resurgiendo en los debates de hoy.

Me he tomado un tiempo en investigar sobre el origen de alguno de los primeros conceptos que están ligados al tema que estamos debatiendo, concretamente el papel de la sociedad civil en el desarrollo en salud. Los ejemplos citados en *Health by the People* respaldan el papel fundamental de la participación comunitaria, o lo que hoy día nos referimos como el papel de la sociedad civil en el desarrollo en salud.

No hay duda de que la *Salud para todos* fue concebida y articulada como una llamada para la equidad y la justicia social y ser alcanzado en gran medida a través de la solidaridad internacional. Fue una lente a través de la que se podía ver un mundo mejor, una visión de lo que debería ser, con una fuerte connotación moral.¹⁰

Desde conceptos pasados a temas contemporáneos

Difícilmente un evento tiene lugar sin hacer referencia a la necesidad de involucrar a la sociedad civil, de realzar la democracia, de atenerse a las reglas de la ley, adherirse a los principios de los derechos humanos, reducir las injusticias sociales dentro de un país y entre países, como colaboradores esenciales para la paz y estabilidad para las personas del mundo.

Especialmente en países en desarrollo, encontraremos que las instituciones de salud pública eran tradicionalmente los principales proveedores de servicios de salud para las personas, junto a ONGs y médicos tradicionales. Con el advenimiento de ajustes estructurales y con los gobiernos que comenzaron a hacer recortes en el gasto público para asistencia sanitaria, se percibió que los servicios de salud dirigidos por el gobierno eran administrados de forma ineficiente, con un deterioro considerable de la calidad de la atención. También se podía percibir que el estado había cedido su total responsabilidad en la provisión de atención sanitaria de calidad para la mayoría de la población.¹¹

Esto creó una brecha que pronto fue cerrada con el rápido incremento de servicios de salud privados así como por la participación de asociaciones de la sociedad civil para satisfacer a aquellos que no podían permitirse atención privada. Consecuentemente, en muchos países, los servicios de salud públicos perdieron el lugar preeminente que tanto tiempo habían disfrutado en la sociedad.

¹⁰ Gunatilleke G. *Intersectorial Action for Health: The Role of Intersectorial Action for Health in National Strategies for Health for All*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1986. pp: 13-56.

¹¹ Alleyne G. *Health for All-from Vision to Action*. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *A Quest for Equity: 1995-2002*. Washington: OPS. 2002. p.267.

Los factores que hoy día han incrementado el importante papel de la sociedad civil, especialmente ONGs que trabajan en el área de la salud, son entre otros:

- Problemas importantes de salud y situaciones que el estado no puede solucionar por sí solo.
- La expansión y evolución de una clase media urbana, especialmente comerciantes, profesionales y académicos que gozan de un mejor estatus socioeconómico y tienen un creciente papel en los movimientos de la sociedad civil.
- El incremento del número de países que optan por sistemas democráticos permitiendo a las personas cierto grado de libertad de expresión y movimientos.
- Las tecnologías de la comunicación facilitan las interacciones, transferencia de información y movimientos sociales.
- Un sector público ineficiente y con frecuencia poco transparente, que ve reducida su capacidad para solucionar temas sociales y relacionados con la salud complejos.¹²
- Un aumento en la financiación de ONGs por parte de fuentes internacionales.

Los roles de las organizaciones de la sociedad civil en expansión

A grandes rasgos, las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud se caracterizan por proveer de *apoyo y servicios* a los desposeídos, aquellos que sufren de problemas específicos, grupos vulnerables etc. Muchas se organizan como sociedades filantrópicas y asociaciones, como son las fundaciones para ciegos, fundaciones para proteger a los niños de la calle, grupos de apoyo a VIH/SIDA, distribución de comida para niños desnutridos, etc.

Otras se centran en *derechos y políticas* y encabezan movimientos sociales y propugnan la defensa de una política de interés público. Muchos de estos se organizan en grupos formales como son los grupos de protección de consumidores, grupos de acción contra las drogas y grupos que abogan por la protección del ambiente entre otros.

La tercera gran categoría incluye aquella que se centra en *conocimiento y gestión* como fundaciones de investigación, sociedades que promueven la salud pública y grupos de información en salud en áreas especializadas.¹³ Muchas de estas fundaciones, asociaciones o

¹² Gunatilleke G, El Bindari Hammad A. Health, the Courage to Care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1997. p.15.

¹³ Wibulpolprasert S. Civil Society and Health Development. En Thailand Health Profile 1999-2000. Tailandia: Ministerio de Salud Pública. 2002.

institutos están establecidas bajo una infraestructura legal registrada bajo un Ministerio como el de Asuntos Sociales, Interior u otros, dependiendo de las reglas y regulaciones específicas de cada país.

Ejemplos de organizaciones de la sociedad civil en desarrollo en salud

Hay multitud de experiencias que nos proporcionan ejemplos gráficos de cómo se trató exitosamente una amplia variedad de problemas mediante la promoción de la salud por la sociedad civil. Estas experiencias pueden encontrarse en todas las regiones del mundo. Yo me restringiré a los países en desarrollo, así como a la experiencia global de mayor trascendencia para todos los países.

VIH/SIDA: El caso de The AIDS Support Organization en Uganda¹⁴

El SIDA fue reconocido en 1982, pero hasta entonces hubo un largo periodo de silencio acerca de la enfermedad. En 1986, poco después de que llegara al poder, el presidente Museveni de Uganda, reconoció la amenaza del SIDA y se mostró abierto acerca de su existencia en el país. Pronto le siguió una de las mayores campañas contra el SIDA organizadas en África. Se ocupó casi exclusivamente de la prevención de la transmisión del VIH. Sin embargo, el impacto de esta campaña generó miedo entre la población a contagiarse, y como resultado se produjo la estigmatización y discriminación de las personas infectadas por el VIH/SIDA y el consiguiente abandono por parte de sus familias y comunidades. Incluso los trabajadores sanitarios eran reacios a usar los pocos recursos de que disponían para cuidar a estos pacientes, que fueron abandonados a morir.

Sin embargo, donde había una brecha en los servicios, grupos comunitarios empezaron a surgir, encabezados por la iglesia cristiana que proveía de servicios de atención tanto en áreas rurales como urbanas. Los esfuerzos del gobierno para preocuparse del creciente número de pacientes de SIDA fue también dirigido por un médico que fue el primero en montar una clínica de referencia de SIDA en el hospital gubernamental Mulago en 1987.

Aproximadamente al mismo tiempo, la organización de apoyo a las personas con SIDA (del inglés The AIDS Support Organization, TASO) se formó tras la muerte de Christopher Kaleeba como consecuencia de esta enfermedad. Previo a su muerte, tanto él como su familia experimentaron el estigma y rechazo que le llevaron a buscar ayuda y a compartir su angustia con otras familias con experiencias similares. Esta organización de apoyo al SIDA, dirigido por la viuda de Christopher, Noerine, comenzó a abogar por atención y apoyo no sólo para los pacientes de SIDA, sino también para las personas y familias convivientes con el VIH/SIDA. Esto desencadenó un poderoso movimiento de atención y ayuda principalmente liderado por mujeres, bajo el eslogan “*viviendo positivamente y muriendo con dignidad*”.

14 Ibid 13. p. 469.

Desde entonces, organizaciones que cubren actividades de promoción de conciencia, orientación y pruebas, asesoramiento legal, y atención y apoyo, brotaron con ayuda moral y orientación técnica desde el Gobierno de Uganda. Esta tendencia no sólo ha continuado sino que ha permitido a Uganda demostrar una asociación única entre gobierno y comunidad.

*La búsqueda de tratamiento antirretroviral en Sudáfrica: el caso de la Campaña de acción para el tratamiento*¹⁵

El 30 de Noviembre de 1998, Simon Nkoli fue enterrado, convirtiéndose en el primer hombre sudafricano que hizo pública su homosexualidad y su muerte, en una llamada de atención a la comunidad de SIDA. Antes de su fallecimiento concedió una entrevista a un periódico en el que pidió con insistencia a las personas VIH/SIDA que hicieran piquetes en el Ministerio de Salud hasta que éste proporcionara el tratamiento que acabaría con las muertes. Hasta entonces, los sudafricanos apenas sabían nada de los tratamientos revolucionarios que se estaban llevando a cabo en occidente. Los antirretrovirales eran considerados inasequibles para los países en desarrollo, por lo que dieron poco que pensar. Los asuntos relacionados con el tratamiento no ocupaban los primeros puestos en las agendas de los activistas de SIDA, que prestaban más atención a la prevención y derechos humanos. La entrevista de Nkoli fue un llanto de desesperación y su innecesaria muerte a tan temprana edad, un poderoso estímulo para la acción.

Se organizó una protesta en Cape Town y como resultado se recogieron cientos de firmas. La Campaña de acción para el tratamiento (del inglés Treatment Action Campaign, TAC) fue oficialmente lanzada el 10 de diciembre de 1998, día internacional de los Derechos Humanos. Registrada como organización benéfica, la campaña es una alianza de las organizaciones de la sociedad civil e individuos que comparten su visión y apoyan sus objetivos.¹⁶

¹⁵ Madraa E, Ruranga-Rubavamira M. Experience from Uganda. En: Malcom A, Dowset G, Partners in Prevention: International case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS. Ginebra: The joint United Nations programme on HIV/AIDS. 1998.pp 49-57.

¹⁶ The joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Stepping back from the edge: the pursuit of antiretroviral therapy in Botswana, South Africa and Uganda. Ginebra: UNAIDS Best Practice Collection. pp 29-39. 2003.

Los objetivos de la Treatment Action Campaign (TAC), cuyo miembro fundador es Zackie Achmat's son: educar y promover la comprensión en todas las comunidades sobre cuestiones relacionadas con los cuidados y tratamiento del VIH/SIDA; garantizar el acceso a un tratamiento asequible y de calidad para las personas afectadas por el VIH/SIDA; prevenir nuevas infecciones; y garantizar una salud para todos asequible y de calidad. Como señala Zackie Achmat cuando describe el papel de los activistas de esta campaña, "una cosa en la que tenemos que estar seguros que un activista entiende es que el VIH/SIDA es una cuestión política...en el sentido de que tiene relación en cómo los hombres se relacionan con las mujeres, los padres con los hijos, las multinacionales con los países pobres y los mercados, y relación con la forma en que los gobiernos asignan los recursos(...) Nosotros necesitamos entender(...) el contexto social y económico en el que estamos trabajando local y globalmente". Es interesante señalar, que Zachie Achmat, que está infectado por el VIH, rechazó continuar con el tratamiento antirretroviral, a pesar de estar enfermo, en protesta al posicionamiento del Gobierno de Sudáfrica en lo que se refiere a hacer disponibles los antirretrovirales para la población. Tan sólo decidió reanudar su tratamiento una vez que el *Medicine Control Council* de 2003, aceptó que los antirretrovirales estuvieran disponibles para su uso en Sudáfrica.

Desde que la TAC se formó, ha organizado un importante número de campañas tanto a nivel nacional como internacional. Entre estas se encuentran la Campaña de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, ante la creciente evidencia de la eficacia y seguridad del tratamiento con zidovudine y nevirapina, y la colocó a la cabeza del gobierno sudafricano. Sólo cuando la campaña TAC amenazó con acciones judiciales, el gobierno se comprometió a pilotar un programa en 11 zonas a lo largo del país. La campaña contra la Asociación de Productos Farmacéuticos, también conocido como *The Medicine Act de 1997*, le confirió al gobierno el poder de pasar por alto las reglas de las patentes y emitir licencias obligatorias para medicamentos cuando había una clara necesidad pública, en coherencia con la Organización Mundial del Comercio.

A pesar de todo, la industria farmacéutica llevó al gobierno de Sudáfrica a los tribunales. Nuevamente Sudáfrica, en 1998 estaba en la lista de países que podía enfrentarse a sanciones económicas por amenazar los intereses económicos de la industria farmacéutica puesto que estaba tratando de obtener medicamentos lo más barato posible. No obstante, el problema se solucionó cuando los precios se negociaron desde compañías de genéricos a niveles más asequibles.

Ahora que el gobierno sudafricano se ha comprometido a desarrollar un plan nacional de tratamiento que incluirá tratamiento antirretroviral (principal enfoque de la campaña TAC hasta el momento) el principal rol de la organización cambiará hacia un papel más de monitoreo sobre cómo el plan se está implementando, manteniendo presión para asegurar un reparto equitativo de los medicamentos.

*La sociedad civil y salud y desarrollo en Bangkok, Tailandia: el caso de la Comunidad Jor Sor 100.*¹⁷

Severos atascos en Bangkok dieron lugar al surgimiento de una emisora de radio, Jor Sor 100 en 1990. Sus incontables miembros con una fuerte conciencia cívica se comunicaban a través de ondas de radio con el propósito de reducir los problemas de tráfico facilitando de este modo, que los pacientes urgentes pudieran llegar a tiempo al hospital.

Previo al establecimiento de este servicio, muchos hospitales públicos no aceptaban la admisión de casos de emergencia argumentando la ocupación completa de camas. Cuando Jor Sor anunciaba que había pacientes de urgencia que estaban de camino al hospital, dando detalles sobre la localización, no sólo los conductores de vehículos abrían paso a los casos de urgencia, sino que además, los hospitales públicos no se atrevían a rechazar la admisión de pacientes. El éxito de Jor Sor dio lugar a la creación de muchos programas de radio similares sobre otros problemas específicos.

En Tailandia hay también un rápido incremento en el número, magnitud y roles de organizaciones civiles en el ámbito de la salud y desarrollo.

¹⁷ Ministerio de Salud Pública de Tailandia. Thailand Health Profile 1999-2000. Tailandia: Ministerio de Salud Pública. 2002. pp 271-272.

Ginebra 2004: Un histórico avance en la Conferencia sobre desarme

En las décadas recientes, la humanidad ha sido capaz de evitar guerras como la Primera o Segunda Guerra Mundial, sin embargo, conflictos más pequeños y persistentes, como son las guerras civiles se han hecho endémicos en muchas partes del mundo. Como resultado, ha habido una penetrante militarización de las sociedades, que ponen en peligro la esperanza de que se fomente la democracia. Han surgido nuevas estructuras de violencia, como organizaciones criminales transnacionales envueltas en tráfico ilegal de armas, narcóticos y armas químicas, y han crecido grupos terroristas internacionales que representan una amenaza para la seguridad de los estados y para la vida de la población civil.¹⁸

Hoy día, la violencia asociada al género, etnia, relaciones familiares o preferencias sexuales, invade áreas de privacidad (lugares de culto, escuelas, y hogares), que solían ser un refugio seguro de la agresión externa, convirtiéndose así en escenarios de dominación y crueldad.

Los gastos en salud que suponen estos conflictos y agresiones son incalculables en términos de mortalidad y discapacidad. Los daños ocasionados por las armas modernas demandan recursos de personal y equipamiento que van más allá de la capacidad de muchos países. El uso de minas antipersona tiene consecuencias que se extienden más allá de la guerra, con efectos devastadores en la vida de la comunidad civil y en la economía. Como se ha demostrado en numerosas ocasiones, los conflictos no sólo conllevan a la muerte y a mutilaciones, sino que también conllevan a la vulnerabilidad de expandir epidemias entre la gente que huye de los combates así como en las comunidades que les conceden refugio. A esto se le añade la destrucción de infraestructuras sanitarias y la contaminación de aguas y como consecuencia, la propagación de enfermedades difíciles de contener en situaciones de conflicto y de guerra. La rehabilitación de víctimas de guerra y el reasentamiento de éstas en sus comunidades es considerada por muchos como muy dificultosa. El coste total en salud de la angustia mental y física puede que nunca se pueda medir.¹⁸

En numerosos debates y conferencias internacionales, mientras se hace referencia al inestimable papel de la sociedad civil, especialmente ONGs y organizaciones voluntarias, las resoluciones con frecuencia se llevan a cabo a puerta cerrada e incluso cuando se invita a las ONGs para presentar sus puntos de vista, éstas no forman parte del diálogo.

Recientemente se ha logrado un histórico avance en la comisión intergubernamental que tuvo lugar en Ginebra en febrero de 2004. Por primera vez en la historia de la Conferencia de Naciones Unidas sobre desarme, la presidenta de la Comisión, Amina Mohamed, fue capaz de provocar un consenso entre todos los miembros de la Conferencia dejando a la

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Health in Social Development. Informe de la OMS en el que se hacen recomendaciones concretas sobre este tema, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague en 1995. Ginebra: OMS. 1995. pp 8-10.

sociedad civil participar, tener acceso a los documentos e involucrarse en este importante foro. Es un maravilloso ejemplo del nuevo y emergente liderazgo de las mujeres en el intento de lograr resultados pragmáticos en promoción y construcción de la paz.¹⁹

Comentarios finales

La salud es una cuestión social. A través de mi presentación, he tratado de demostrar que la mejora en salud sólo se puede alcanzar a través de la participación de todos los socios de la sociedad, esto es, desde el sector público, el sector privado y la sociedad civil. La promoción de la salud por parte de éstos, no sólo asegura la participación de personas independientes, sino que también nutre el proceso democrático y mejora la satisfacción de las necesidades prioritarias.

La evidencia ha demostrado a lo largo de los años que la sociedad civil, especialmente las ONGs que trabajan en el sector salud, se están convirtiendo en una importante fuerza para perfilar políticas públicas y promover la participación de la población. Para contribuir al desarrollo de un abordaje coherente y sostenible en salud y desarrollo para la solución de cuestiones médicas, es *esencial* que se fomenten las relaciones entre gobierno y sociedad civil. Es este abordaje el que asegurará que a las necesidades de salud de la población siempre se les preste una atención más cercana, disminuyendo el descontento social y las injusticias.

Sólo cuando se garantiza la colaboración entre sociedad civil y el estado, las dimensiones de las acciones en salud pueden ser implementadas, se alcanzan metas y derechos en salud, y la responsabilidad y responsabilidad pública de los sistemas de salud se ven fortalecidos.

He traído muchos ejemplos del sur. Reconozco que hay diferencias entre organizaciones de la sociedad civil en el norte y en el sur y que no todas hablan con una sola voz. No obstante, creo que los beneficios que se confieren de la colaboración entre organizaciones de la sociedad civil superarán con creces los riesgos y aumentarán la formación de alianzas estratégicas que pueden defender, promover y contribuir a una mejor salud para todos.

Bibliografía

1. African Development Bank. Cooperation with Civil Society Organizations: Draft Policy and Guidelines. Tailandia: African Development Bank. 1999.
2. Brown D.L, Ashman D. Participation, social capital and intersectoral problem solving: African and Asian cases. Estados Unidos: Institute for Development Research. 1996; 12 (2).

¹⁹ Comunicación personal durante una entrevista con el embajador Amina Mohamed, que tuvo lugar el 21 de febrero de 2004 en Ginebra.

3. Canadian International Development Agency (CIDA). Civil Society and Development Cooperation: An issue paper. Canadá: CIDA. 2001.
4. Chuengsatiansup K. Civil Society and Health: Broadening the Alliance for Health Development. Tailandia: Ministerio de Salud Pública. 2001.
5. Cooper Weil D.E, et.al. The impact of Development Policies on Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1990.
6. Djukanovic V. Mach E. P. Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of populations in Developing Countries. Estudio conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ginebra: OMS. 1975.
7. El Bindari Hammad A, Smith D.L. Primary Health Care Reviews. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1992.
8. Flavin C, et al. The State of the World 2002. Washington D.C: The WorldWatch Institute, 2002.
9. Ghai D. Social Development and Public Policy: A Study of Some Successful Experiences. Londres: MacMillan Press. 2000.
10. Gunatilleke G. Intersectoral Action for Health: Sri Lanka Study. Colombo: Marga Institute. 1984.
11. Gunatilleke G. Intersectoral linkages and health development: Case Studies in India/Kerala State, Jamaica, Norway, Sri Lanka and Thailand. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1984.
12. Kahssay H.M. Community Involvement in District Health Systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1991 (documento no publicado WHO/ SHS/DHS/91.4).
13. Kahssay H.M, Baum F. The Role of Civil Society in District Health Systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1996 (documento no publicado WHO/ARA/96.3).
14. Litsios S. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection. International Journal of Health Services 2002; 32 (4): pp 709-32.
15. Malcolm A, Dowsett G. Partners in Prevention: International Case Studies in Effective Health Promotion Practice in HIV/AIDS. Ginebra: The joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 1998.
16. Mulholland C.A, Alibaruho B.L, Brew-Graves C, Monreal-Pinaud I. Promoting health through women's functional literacy and intersectoral action: Lessons from the Nigerian Project. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1999.
17. Mehrotra S, Jolly R. Development with a Human Face, Experiences in Social Achievement and Economic Growth. Oxford: Clarendon Press. 1997.
18. Panikar P.G.K, Soman C.R. Health Status in Kerala. India: Trivandrum Centre for Development Studies. 1984.

19. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). States in Disarray: the social effects of globalization. Informe para la Cumbre sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague. UNRISD.1995.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). A Conditionality for Economic Development –Breaking the Cycle of Poverty and Inequity, informe del Forum Internacional en salud. Accra: OMS. 1991 (WHO/DGO/92.1).
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estudio organizacional del Comité Ejecutivo en métodos para promover el desarrollo de servicios básicos de salud. Ginebra: OMS. 1973 (EB/WP/6).
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Health Dimensions of Economic Reform. Ginebra: OMS. 1992.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Intersectoral Action for Health. Ginebra: OMS. 1986.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Macroeconomics and health: Investing in Health for Economic Development. Ginebra: OMS. 2001.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). The World Health Report 1995: Bridging the Gaps. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1995.
26. Organización Mundial de la Salud (OMS).The World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development. Ginebra: OMS. 1996.

Algunas claves para superar los grandes retos en salud

Richard Klausner

Richard Klausner es director ejecutivo del Programa Global de Salud de la Fundación Bill y Melinda Gates. Seattle.

Esta ponencia se centra especialmente en el papel de la innovación y la necesidad de ir encontrando caminos para que no se repitan los errores del pasado. Se pone de relieve que la pobreza es causa de mala salud, pero también se afirma que la mala salud es una trampa para la pobreza. Se critica que se siga prestando mucha atención al problema de la desigualdad y se afirma que ya es el momento de que la comunidad científica empiece a tomar parte en su responsabilidad para enfrentarse a las enfermedades y a las condiciones en que viven los pobres, e innovar para hacer frente a las necesidades de los países en desarrollo y poner solución a los problemas. Se recuerda que la sociedad también debe hacer el esfuerzo de potenciar la innovación y de esta forma obtener nuevos productos y servicios que son fundamentales para el desarrollo humano.

Se pone de relieve el problema de la financiación, enfatizando que esta falta de recursos nunca debe ser una excusa para no innovar, así como el desconocimiento por parte de los innovadores de muchos de los problemas que afectan a los países en desarrollo, problemas que ya no existen en el mundo rico. No se trata sólo de un problema de la comunidad científica, que suele trabajar en ámbitos donde cree que va a tener financiación. Hay que redirigir la investigación hacia los problemas que no afectan directamente a los contribuyentes del mundo desarrollado, sino al mundo en desarrollo. Es una cuestión de voluntad y responsabilidad y no hay duda de que la comunidad científica está preparada para afrontar este reto.

Debemos seguir exigiendo que se aumente la ayuda al desarrollo, pero también es necesario la innovación en instrumentos financieros. Tenemos que reconocer las realidades políticas y encontrar nuevas formas de crear flujos de financiación que no dependan de los flujos presupuestarios. Debemos apoyar aquellos mecanismos novedosos que puedan dar un flujo de financiación constante y adecuado a fin de resolver los problemas actuales y los que puedan surgir.

También se recoge la necesidad de fortalecer los sistemas de información sanitaria, de extraordinaria importancia tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Subraya la idea de que en salud, la intervención estatal es fundamental, así como que todos los sectores estén involucrados.

Comentario:

¿Cómo podemos hacer que crezca la economía y a la vez que se distribuya de un modo adecuado?. ¿Cómo podemos alejarnos de las perspectivas de un lujo infinito y simplemente contentarnos con vivir bien y que otros vivan bien?.

Comentario:

¿Dónde está la responsabilidad individual de cada uno de los que vivimos en este “club selecto de ricos”? Me preocupa la conciencia individual de la gente y creo que es necesario cambiar la conciencia en el primer mundo para que puedan cambiar otras cosas.

Comentario:

Se ha comentado que la ayuda no tiene que llegar a los gobiernos sino a las poblaciones. Está claro que si los gobiernos son corruptos, la ayuda no llegará a la población. Pero si no utilizamos al estado, ¿cómo conseguir una distribución sostenible?. No sé si el hecho de que llegue la riqueza directamente a la población, también supondrá corrupción.

Comentario:

El primer mundo es en parte responsable de la corrupción en los países en desarrollo.

Comentario:

A menos que volvamos a las raíces y logremos que participe la población en intervenciones que para ellos tengan significado, vamos a seguir utilizando intervenciones que les son ajenas.bz

Comentario:

Las minas antipersona son un problema para muchos países, siendo una de las principales causas de discapacidad en algunos países en desarrollo. Los países productores de minas antipersona no firman los tratados.

Comentario:

El desarrollo depende de políticas adecuadas y hay políticas que se implementan poco.

Comentario:

¿Por qué Gates dedica estos fondos a la vacunación y no a mejorar y a hacer más accesibles todos los sistemas informáticos que también contribuirían a mejorar la salud?.

Comentario:

La filantropía es algo totalmente legítimo y puede ser útil. Pero yo creo que es mucho más útil y más interesante que los ricos paguen impuestos internacionales que vayan a instituciones públicas y luego sean gestionados por las instituciones democráticas.

Comentario:

Las sociedades debemos hacer esfuerzos para que consigamos potenciar la innovación y obtener nuevos productos y servicios que son fundamentales para el progreso humano.

Comentario:

La idea de la participación comunitaria creo que está un poco olvidada y creo que es fundamental. Así como también está un poco olvidada la idea de la intersectorialidad.

Comentario:

La idea de integrar la cooperación con los presupuestos nacionales y en la actividad sanitaria de las autoridades nacionales me parece que es rectora.

Conclusiones del Diálogo Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI

Situación de la salud en el mundo y sus determinantes

En el último siglo se han alcanzado destacados progresos en los indicadores de salud en todo el mundo, incluso en los países más pobres. Sin embargo en estos últimos, los avances han beneficiado esencialmente a las clases más ricas en detrimento de las poblaciones más desfavorecidas, incrementando las desigualdades y profundizando la brecha entre ricos y pobres.

Entre los principales condicionantes de salud de las poblaciones más deprimidas socioeconómicamente, destacan la malnutrición, los déficits en salud materno-infantil, el impacto de los factores ambientales, la creciente presencia de enfermedades emergentes y re-emergentes, la violencia en todas sus formas y los condicionantes políticos, siendo todos ellos consecuencia de la combinación de pobreza y desigualdad.

Intervenciones en materia de salud

Las intervenciones en salud deben ser definidas en todas sus fases por los países donde van a aplicarse, de acuerdo a sus propias realidades sociales, culturales y con especial consideración a las poblaciones más vulnerables (infancia, poblaciones pobres, personas con discapacidades). Los países necesitan ejercer con pleno derecho su soberanía en la planificación, dirección y gestión de los recursos de salud.

La sostenibilidad de los recursos de salud en los países de baja renta exige soluciones ajenas al mero asistencialismo. Por ello, en el ámbito de la cooperación internacional, resulta imprescindible modificar la relación entre donantes y receptores, evolucionando hacia modelos de colaboración mutua con objetivos compartidos.

El conocimiento científico y sus aplicaciones, pueden transformar la realidad superando los efectos de las actuales intervenciones en salud, como lo demuestra el papel esencial de las vacunas. Los países y las organizaciones de los países ricos tienen la responsabilidad de revisar sus prioridades en investigación biomédica dirigiéndolos a los problemas que afectan a la mayor parte de la población mundial.

Este conocimiento debe tomar en consideración los intereses de los distintos pueblos, otorgando protagonismo y responsabilidad a las comunidades. Éstas a su vez, deben dotarse de las herramientas pertinentes para analizar sus intervenciones en salud y de los derechos para transformar sus condiciones de vida y promover su estado de salud.

Accesibilidad a las intervenciones de salud

Las enormes desigualdades en salud no podrán superarse sin la existencia de sólidos sistemas de salud públicos, con capacidad para una cobertura universal, suficientemente

financiados y adaptados a las particularidades geográficas, culturales y sociales de cada uno de los países.

Aunque en el ámbito de la prevención existen intervenciones de demostrada efectividad (vacunas, medicamentos, pautas nutricionales) éstas presentan un impacto moderado o muy desigual, debido a las limitaciones de acceso para la mayoría de la población. Entre los problemas estructurales que determinan dicha situación, destaca la incapacidad de retener a los profesionales en salud en sus países de origen, unos activos que son reiteradamente captados hacia los países ricos o hacia organismos y organizaciones internacionales ajenas a los gobiernos y a los sistemas de salud propios.

En el caso particular de los medicamentos, a los problemas de accesibilidad se añaden sus elevados precios, así como la baja o la falta de producción de medicamentos esenciales para enfermedades endémicas en estos países. Las actuales reglas del juego, basadas en la legítima protección de la propiedad industrial y manufactura en manos entidades privadas fundamentalmente, deben ser revisadas más allá de la estéril confrontación actual.

Alianzas públicas y privadas

Los países de baja renta, son exportadores netos de capital. A modo de ejemplo, la ayuda que llega a todo el continente africano no alcanza el 10% del total de su actual deuda externa.

De este modo, la deuda externa se convierte en una modalidad contemporánea de explotación y mantenimiento de las desigualdades. Cualquier modelo de cooperación debe tener en cuenta esta premisa. En estas condiciones los países de baja renta no pueden garantizar el correcto funcionamiento de los sistemas de salud y el acceso a las intervenciones necesarias. En el caso de África, la Nueva Alianza para el Desarrollo de África constituye un claro ejemplo de cooperación entre los líderes Africanos en el ámbito de la salud.

En consecuencia, para minimizar la actual situación de desigualdad, sigue siendo imprescindible la aportación de más recursos por parte de los países ricos, cumpliendo los compromisos establecidos en los pronunciamientos y declaraciones internacionales realizados en múltiples ocasiones.

A pesar del alud de nuevas iniciativas y alianzas públicas y privadas, los instrumentos de cooperación deben ser aplicados en un marco de mayor transparencia, priorizando los compromisos estables. El objetivo esencial se centra en que los recursos se aporten directamente a los presupuestos de los gobiernos, dotados de la máxima soberanía en cuanto a su distribución y aplicación, exigiendo la participación libre y real de la población y una clara transparencia en su gestión.

La salud como derecho universal

No sólo nos hallamos ante una profunda brecha entre los países de renta alta y los países de baja renta, sino que también se recrudecen las desigualdades sociales especialmente en el interior de estos últimos. Cualquier iniciativa de cooperación debe tener en cuenta este riesgo, evitando que se convierta en un nuevo mecanismo de mayor desigualdad.

La consideración de la salud como un derecho humano esencial seguirá siendo una meta inalcanzable hasta que no exista un cambio profundo en los valores éticos de las clases más favorecidas, tanto las que residen en el Norte como las que residen en el Sur, debemos seguir trabajando para conseguirlo.

Conclusions del diàleg Salut i Desenvolupament: Reptes per al segle XXI

La salut en el mon i els seus determinants

En el darrer segle s'han assolit destacats progressos en els indicadors de salut a nivell mundial, fins i tot en els països més pobres. Tot i així en aquests darrers, els avenços han beneficiat essencialment les classes més riques en detriment de les poblacions més desfavorides, incrementant les desigualtats i aprofundint en les diferències entre rics i pobres.

Entre els principals condicionants de salut de les poblacions més deprimides social i econòmicament destaquen; la malnutrició, els dèficits en salut maternoinfantil, l'impacte dels factors ambientals, la presència creixent de malalties emergents i reemergents, la violència en totes les seves formes i els condicionants polítics, essent tots ells conseqüència de la combinació pobresa i desigualtat.

Intervencions en matèria de salut

Les intervencions en salut han de ser definides en totes les seves fases per part dels països on han d'aplicar-se, d'acord amb les seves pròpies realitats socials, culturals i amb especial consideració a les poblacions més vulnerables (infància, poblacions pobres, persones amb discapacitat...). Els països necessiten exercir amb ple dret la seva sobirania en la planificació, direcció i gestió dels recursos per a la salut.

La sostenibilitat dels recursos de salut en els països de baixa renda exigeix solucions alienes a les dinàmiques assistencialistes més clàssiques. Per això en l'àmbit de la cooperació internacional, resulta imprescindible modificar la relació entre donants i receptors evolucionant cap a models de col·laboració mútua amb objectius compartits.

El coneixement científic i les seves aplicacions poden transformar la realitat, superant els efectes de les actuals intervencions en salut, com ho demostra el paper essencial assolit per les vacunes. Els governs i les organitzacions dels països de renda elevada tenen la responsabilitat de revisar les seves prioritats en recerca biomèdica, adreçant-les als problemes que afecten la major part de la població mundial.

Aquest coneixement ha de considerar els interessos de les diverses poblacions, atorgant protagonisme i responsabilitat a les comunitats. Aquestes al mateix temps han de dotar-se de les eines adients per analitzar les seves intervencions en salut i dels drets per a transformar les seves condicions de vida i promoure el seu estat de salut.

Accessibilitat a les intervencions de salut

Les enormes desigualtats en salut, no podran superar-se sense l'existència de sòlids sistemes de salut públics amb capacitat de cobertura universal i suficientment finançats i

adaptats a les particularitats geogràfiques, culturals i socials de cada un dels països. Malgrat que en l'àmbit de la prevenció existeixen intervencions de demostrada efectivitat (vacunes, medicaments, pautes alimentàries), aquestes sovint tenen un impacte moderat o molt desigual, atès que la població no pot accedir-hi.

Entre els problemes estructurals que determinen aquesta situació, destaca la incapacitat dels sistemes de salut dels països de baixa renda, per retenir els professionals en salut en els seus països d'origen, uns actius que són reiteradament captats cap als països rics o vers organismes i organitzacions alienes als governs i als sistemes de salut propis.

En el cas particular dels medicaments, als problemes d'accessibilitat s'hi afegeixen els elevats preus i la baixa o la manca de producció de medicaments essencials per a malalties endèmiques en aquests països. Les actuals regles del joc fonamentades en la legítima protecció de la propietat industrial i la manufactura dels productes, en mans d'entitats privades fonamentalment, han de ser revisades més enllà de l'estèril confrontació actual.

Aliances públiques i privades

Els països pobres són exportadors nets de capital. A títol d'exemple, l'ajut que arriba a tot el continent africà no assoleix el 10% del total del seu deute extern

D'aquesta manera, el deute extern esdevé una modalitat contemporània d'explotació i manteniment de les desigualtats. Qualsevol model de cooperació ha de considerar aquesta premissa. En aquestes condicions, els països de baixa renda no poden garantir el correcte funcionament dels seus sistemes de salut i l'accés a les intervencions necessàries. En el cas d'Àfrica, la Nova Aliança per al Desenvolupament d'Àfrica, constitueix un clar exemple de cooperació entre els líders Africans de l'àmbit de la salut.

En conseqüència, per tal de minimitzar l'actual situació de desigualtat, segueix essent imprescindible l'aportació de més recursos per part dels països rics, acomplint els compromisos dels múltiples pronunciaments i declaracions internacionals realitzats repetidament.

Malgrat l'allau de noves iniciatives i aliances públiques i privades, els instruments de cooperació han de ser aplicats en un marc de major transparència, prioritzant els compromisos estables. L'objectiu essencial se centra en que els recursos s'aportin directament als presupostos dels governs, dotats de la màxima sobirania quant a la seva distribució i aplicació, exigint la participació lliure i real de la població, i la màxima transparència en la seva gestió.

El dret universal a la salut

No tant sols ens trobem davant d'una profunda diferència entre els països de renda elevada i els de baixa renda, sinó que també s'agreugen les desigualtats socials especialment a l'interior d'aquests darrers països. Qualsevol iniciativa de cooperació ha de prendre en consideració aquest risc, evitant que esdevingui un altre mecanisme d'increment de les desigualtats.

La consideració de la salut com un dret humà essencial, seguirà essent una fita inassolible fins que no existeixi un canvi essencial en els valors ètics de les classes més privilegiades, tant les que viuen en els països del nord com les dels països del sud. Cal seguir treballant per aconseguir-ho.

Conclusions of the dialogue Health and Development: Challenges for the 21st Century

World Health status and its determinants

During the last century remarkable advances have been reached in health indicators around the world, including the poorest countries. Nevertheless in these countries this advances have essentially benefited the richest classes while have decreased among the poorest looking deeply into health inequalities and increasing the gap among rich and poor populations.

Among the main health problems of the most social and economically deprived populations, malnutrition, maternal and child care, environmental factors, the increasing incidence of emergent and re-emerging diseases, violence in all its forms, and political determinants, have to be pointed out as the principal factors related to inequality and poverty.

Health interventions

Health interventions have to be entirely defined by the recipient countries, according to their own social and cultural background, with special consideration to the most vulnerable populations (childhood, economically deprived, disabled, etc.). Countries do need to organize, execute, and manage by themselves their health resources.

Sustainability of health resources in low income countries does require solutions that overcome the dynamics of classical interventionism. For this reason in the international cooperation framework, it becomes essential the modification of the relationship among donors and recipients. Both of them have to share common objectives and need to evolve towards models of mutual collaboration.

The scientific knowledge and its applications are capable to transform the reality, forwarding the present effects of health interventions as has been demonstrated by the essential roll of vaccines. The governments and organizations of high income countries have the responsibility to review their biomedical research priorities, focussing on the problems that affect the majority of the worldwide population.

This knowledge have to take into account the interests and priorities of the different populations, empowering the communities and the local organizations. Communities at the same time, have to be provided by the appropriate tools to analyse their health interventions, the essential rights to transform their life conditions and the appropriate strategies to promote their health status.

Access to health interventions

The huge health inequalities will not be able to be overcome without the existence of strong public health systems, with capacity of universal coverage and sufficiently financed and adapted to the social, cultural and geographical particularities of each country.

Despite that among prevention strategies there exist interventions of demonstrated effectiveness (vaccines, drugs, nutrition recommendations...) these interventions have a moderate or highly unequal impact considering the lack of access for most of the population.

Among the structural problems that lay at the basis of this situation, it is remarkable the impossibility of governments for retaining health professionals in their countries of origin. These human resources are repetitively displaced toward richer countries or international organizations and organisms outside the national health systems.

In the particular situation of drugs, a part of the existing constraints in accessibility by the poorest populations in developing countries, the high prices and the limited or absence of production of essential drugs for endemic diseases, represent some of the major challenges to be confronted. The present international regulations based upon the licit protection of the manufacture and the industrial property, essentially controlled by private companies, have to be reviewed, forwarding the inefficient existing confrontation.

Public and private partnerships

Low income countries are pure capital exporters. As an example, the external aid for the entire African continent doesn't reach 10% of their global external debt.

By this means, the external debt changes into a contemporary mode of exploitation and maintenance of inequalities. Any cooperation model has to take into account this principle. In such conditions, low income countries cannot warrant the appropriate existence and functioning of their public health systems and the accessibility of necessary health interventions. In the case of Africa, the New Partnership for African Development constitutes a clear example of cooperation among health African leaders.

In consequence, in order to minimize the present situation of inequality, it continues to be essential the obtaining of more resources from high income countries, accomplishing the written agreements of international declarations and statements repeatedly realized.

In spite of the multiple existence of new initiatives and public and private partnerships, cooperation instruments have to be applied in a framework of better transparency, giving priority to stable commitments. The essential objective, have to focus on the direct contribution of external resources to the government budgets. The national governments have to be completely independent in the application and distribution of these resources, according to the criteria of free and real participation of the population, and the transparency in the management of these resources.

Health as a universal right

Not only a progressive gap among high and low income countries is confronted, but also a permanent increase in social and economical inequalities inside this countries appears to be a major problem. Any initiative of the international cooperation has to confront this risk, avoiding its evolution to another increasing mechanism of inequalities.

The consideration of health as an essential human right will continue to be an unattainable objective while it didn't exist an essential change in ethical values of the most privileged populations, so in developed as in developing countries. We need to keep on working to reach this objective.

Lista de acrónimos

AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APL	Adaptable Program Loan/credit
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Terapia Antirretroviral (por sus siglas en inglés)
AVAD	Años de Vida Ajustados a Discapacidad
DNDi	Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas (por sus siglas en inglés)
EDCTP	European-Developing Countries Clinical Trials Partnership
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
FMI	Fondo Monetario Internacional
GAVI	Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (por sus siglas en inglés)
FGSTM	Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
HIPC	High Indebted Poor Countries
HTA	Health care Technology Assessment
IAVI	International AIDS Vaccine Initiative
I+D	Investigación y Desarrollo
ISEN	Investigaciones en Salud Esenciales para la Nación
MSF	Médicos Sin Fronteras
NEPAD	Nueva Alianza para el desarrollo africano (por sus siglas en inglés)
MTEF	Medium Term Expenditure Framework
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PRSC	Créditos de estrategia de reducción de la pobreza (por sus siglas en inglés)
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo (por sus siglas en inglés)
SUS	Sistema Único de Salud
SWAP	Sector Wide Approach
TAC	Treatment Action Campaign
TAS	The AIDS Support Organization

UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UNAIDS	The joint United Nations programme on HIV/AIDS
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
USAID	Agencia Internacional de Cooperación al Desarrollo de Estados Unidos (por sus siglas en inglés)
WHA	World Health Assembly resolutions

Organización y programa del Diálogo Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI

Organización Forum Universal de las Culturas, Barcelona 2004

Consejero delegado del Forum: Jaume Pagés

Director general del Forum: Jordi Oliveras

Directora de Diálogos: Mireia Belil

Coordinadora departamento de Servicios a Diálogos: Laura Tremosa

Responsables de operaciones Diálogo Salud y Desarrollo: Silvia Guerrero, Jose Antonio Vega

Organización del Diálogo Salud y Desarrollo: Retos para el siglo XXI

Presidente del diálogo: Pascoal M Mocumbi, ex primer ministro de Mozambique. Alto representante de European and Developing Countries Trials Partnership (EDCTP), Unión Europea.

Director: Jordi Camí, director del Instituto Municipal de Investigación Médica-IMAS y catedrático de la Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Director técnico: Josep M^a Jansà, Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Secretaría técnica: Esther Román, Pilar de la Corte, Fundación IMIM, Barcelona.

Comité organizador local:

Pedro Luis Alonso (Corporación Sanitaria Clínic, Barcelona y Centro de Investigación en Salud de Manhíça, Mozambique); Joan J Artells (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, Barcelona); F. Xavier Carné (Hospital Clínic de Barcelona); Elisabet Jané (HLSP Consulting, Londres y Barcelona); Margarita Navia (Corporación Sanitaria Clínic Barcelona y Centro de investigación en salud de Manhíça, Mozambique); Antoni Plasència (Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Generalitat de Cataluña y Universidad Autónoma de Barcelona); José Luis Puerta (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid); Gemma Revuelta (Institut Municipal d'Investigació Mèdica y Universidad Pompeu Fabra, Barcelona); Antoni Trilla (Hospital Clínic de Barcelona – Universidad de Barcelona).

Relación de Ponentes, Moderadores, Relatores y Discutidores que intervinieron en el diálogo

Capítulo I: La situación actual de la salud en el mundo y sus determinantes

Ponente: **Pascoal M Mocumbi**
Moderador: **Marina Geli**, consejera de Salud de la Generalitat de Catalunya.
Relator: **José Luis Puerta**, director da la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional, ISCIII, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Ponente: **Luis Sambo**
Moderador: **Vicente Navarro**, catedrático de Ciencias Políticas, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
Discutidor: **Ricard Gomà**, regidor ponente de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona.
Relatora: **Carne Borrell**, jefa de servicio de Información Sanitaria, Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Ponentes: **Paul Wilkinson, Ángela Wassunna**
Moderadora: **Mila García-Barbero**, directora de la Oficina Europea para Servicios Integrales de Salud de la OMS. Barcelona.
Relatora: **Margarita Navia**, Centro de Salud Internacional, Hospital Clinic de Barcelona y Centro de Investigación en Salud de Manhíça, Mozambique.

Capítulo II: Intervenciones en materia de salud

Ponentes: **Elisabet Jané, Albert Aynsley-Green**
Moderador: **Joan Guix**, gerente, Agencia de Salud Pública de Barcelona.
Relator: **Oriol Vall**, jefe del Servicio de Pediatría, Hospital del Mar. Barcelona

Ponentes: **Joaquin Lejeune, Staffan Bergström**
Moderador: **Ramon Torrent**, director de Observatori de la Globalització de la Universidad de Barcelona.
Relator: **Javier Jiménez de Gregorio**, director del Gabinete del Secretario General de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Madrid.

Capítulo III: Acceso a las intervenciones en materia de salud

- Ponente:* **Humberto Sergio Costa-Lima**
- Moderador:* **Guillem López-Casasnovas**, catedrático de Economía Aplicada, Universidad Pompeu Fabra. Barcelona
- Discutidor:* **Luis de Sebastián**, profesor de Economía, ESADE. Barcelona.
- Relator:* **Josep M^a Jansà**, director técnico del diálogo.
- Ponentes:* **Paul L. Herrling, Manto Thsabalala-Misimang**
- Moderador:* **Alberto Larraz**, consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Relator:* **Manel Corachan**, Centro de Salud Internacional, Hospital Clínic. Barcelona.
-
- Ponentes:* **Tore Godal, Richard M Scheffler, Germán Velásquez**
- Moderadora:* **Maria Lluïsa Morató**, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona-COMB y Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona.
- Relator:* **Joan Albert Arnaiz**, UASP Hospital Clínic. Barcelona.
-
- Ponente:* **Bernard Pécoul**
- Moderador:* **Josep Ribera**, Centro de Información y Documentación Internacional de Barcelona- CIDOB. Barcelona.
- Relator:* **Ignasi de Juan Creix**, gerente de la Fundación Sant Joan de Déu. Barcelona.
-
- Ponente:* **Kerstin Leitner**
- Moderador:* **Rafael Ribó**, profesor de Ciencias Políticas, Universidad de Barcelona y Presidente de la Fundación Ulls del Món. Barcelona.
- Relatora:* **M^a Luisa Vázquez**, Consorcio Hospitalario de Cataluña. Barcelona.

Capítulo IV: Alianzas en materia de salud para corregir los desequilibrios

- Ponentes:* **Christoph Benn, Alexandre Abrantes, Octavi Quintana, Murilo Alves Moreira.**
- Moderador:* **Ken Grant**, director de HLSP Consulting Group. Londres.
- Relator:* **Antoni Trilla**, Director UASP, Hospital Clínic de Barcelona y Universidad de Barcelona.
-
- Ponentes:* **Gilbert Bukenya, Pedro Alonso, Eric Buch**
- Moderador:* **Antoni Plasència**, director general de Salud Pública, Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.
- Relator:* **Joan J Artells**, director de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona.

Ponentes: **Ramón Vallescar, Montserrat Figuerola, Alfons Sancho, Jean Roy.**
Moderador: **Josep Ribera**, Centro de Información y Documentación Internacional de Barcelona- CIDOB. Barcelona.
Relator: **Ignasi de Juan Creix**, gerente de la Fundación Sant Joan de Déu. Barcelona.

Capítulo V: Estado, Sociedad civil, Derechos Humanos y Salud

Ponente: **Solomon R. Benatar**
Moderador: **Joan Rodés**, director general del Hospital Clínic. Barcelona.
Discutidora: **Maria Jesús Buxó**, Observatorio de Bioética y Derecho, Parque Científico de Barcelona y Catedrática de Antropología Cultural, Universidad de Barcelona.
Relator: **Xavier Carné**, UASP Hospital Clínic. Barcelona.
Ponentes: **Gertrude Fefoame, Helder Martins**
Moderador: **Rafael Ribó**, profesor de Ciencias Políticas, Universidad de Barcelona y Presidente de la Fundación Ulls del Món. Barcelona.
Relatora: **M^a Luisa Vázquez**, Consorcio Hospitalario de Cataluña. Barcelona.

Ponente: **Aleya Hammad**
Moderadora: **Mila García-Barbero**, directora de la Oficina Europea para Servicios Integrales de Salud de la OMS. Barcelona.
Relatora: **Margarita Navia**, Centro de Salud Internacional, Hospital Clínic de Barcelona y Centro de Investigación en Salud de Manhíça, Mozambique.

Ponente: **Richard Klausner**
Moderador: **Jordi Varela**, consejero delegado, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria-IMAS. Barcelona.
Relator: **Félix Lobo**, catedrático de Economía de la Universidad Carlos III, Madrid