



LA SALUD EL BIEN MÁS PRECIADO

Acelerar el seguimiento de la
Cumbre Mundial para el Desarrollo Social

Propuestas de
la Organización Mundial de la Salud





LA SALUD

EL BIEN

MÁS

PRECIADO

Acelerar el seguimiento de la
Cumbre Mundial para el Desarrollo Social

Propuestas de
la Organización Mundial de la Salud



ÍNDICE

LA SALUD: EL BIEN MÁS PRECIADO

- 5 **Prólogo** de Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud
- 7 **Introducción**

CINCO AÑOS DESPUÉS DE LA CUMBRE DE COPENHAGUE

- 9 **La revolución sanitaria que excluyó a mil millones de personas**
- 10 **Problemas de salud más importantes que afectan a los pobres**
 - VIH/SIDA
 - Paludismo
 - Tuberculosis
 - Malnutrición
 - Mortalidad materna
 - Enfermedades transmitidas por el agua
 - Infecciones respiratorias
 - Inmunización infantil

- 13 **Unos servicios de salud en crisis**
 - Desigualdades entre países
 - Desigualdades dentro de los países
 - Prestación de servicios desfavorable para los pobres
 - Decadencia del sector sanitario estatal

PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 15 **Hacer de la salud una fuerza para la reducción de la pobreza**
- 16 **Fortalecer la política mundial en pro del desarrollo social**
- 17 **Integrar las dimensiones de salud en la política económica y social**
 - La salud en la política macroeconómica
 - Comercio de bienes y servicios de salud
 - Salud y fomento del pleno empleo
- 19 **Crear unos sistemas de salud destinados a afrontar los problemas de salud que afectan a las poblaciones pobres y vulnerables**
 - Reducciones sustanciales de las más importantes enfermedades que afectan a los pobres
 - Sistemas equitativos de financiación de la salud
 - Fomento de una rectoría responsable de la salud

22 Referencias

PRÓLOGO

El mundo se ha comprometido a reducir a la mitad de aquí a 2015 el número de personas que viven en la extrema pobreza y se han fijado una serie de objetivos concretos. Muchos de ellos están centrados en la salud: la salud maternoinfantil, el acceso a la atención primaria de salud y a la atención de la salud reproductiva. Me parece evidente que debemos intensificar nuestra determinación de recorrer el camino que conduce de la salud a la reducción de la pobreza y al desarrollo sostenible.

Hasta época reciente, muchos especialistas en materia de desarrollo han sostenido que en sí mismo el sector de la salud es un copartícipe de menor importancia en los esfuerzos para mejorar la salud global de las poblaciones. Y la inmensa mayoría de los funcionarios encargados de finanzas y los economistas han considerado que la salud es relativamente poco importante como objetivo del desarrollo o como instrumento para la reducción de la pobreza. Se consideraba la salud un gasto en consumo y no una inversión.

Pero esa idea está cambiando. Estamos en el umbral de un importante cambio de pensamiento. Cada vez más se considera la salud un bien de importancia decisiva para los pobres. Desde esa perspectiva, proteger y mejorar la salud es fundamental para todo el proceso de erradicación de la pobreza y de desarrollo humano. El objeto de este informe es dar a conocer las opiniones de la OMS sobre la salud en el desarrollo.

Creo que el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que se celebrará en junio de 2000 en Ginebra, brinda una ocasión de lo más oportuna para el refrendo internacional de un más vigoroso planteamiento multidimensional del desarrollo humano y sus componentes sociales, en particular la salud.

Gro Harlem Brundtland
Directora General
Organización Mundial de la Salud



La salud como un bien

«La riqueza de los pobres son sus capacidades y sus "bienes". De estos el máspreciado e importante es la salud. La salud brinda a los pobres la oportunidad de participar en el mercado de trabajo o en la producción de mercancías. Es un factor decisivo para la productividad. Tener un cuerpo fuerte y en forma es un bien para todo el mundo: un cuerpo enfermo, débil y discapacitado es un lastre para las personas afectadas y también para quienes deben mantenerlas. Cuando las personas que son el sostén de una familia mueren o experimentan episodios de mala salud o discapacidad a largo plazo, los resultados pueden ser desastrosos para toda la familia, que no sólo afronta una pérdida de ingresos y cuidados, sino que, además, debe encontrar dinero para sufragar los gastos de atención médica. Las calamidades en materia de salud son una causa común de empobrecimiento.

Si la salud es un bien y la mala salud un lastre para los pobres, proteger y fomentar la salud son factores decisivos en todo el proceso de erradicación de la pobreza y desarrollo humano. Como tales, deben ser objetivos de la política de desarrollo compartidas por todos los sectores: económico, medioambiental y social. »

Introducción

«Nos comprometemos con el objetivo de erradicar la pobreza extrema en el mundo mediante medidas nacionales y cooperación internacional decisivas: se trata de un imperativo ético, social, político y económico de la Humanidad.»

Declaración de Copenhague, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, 1995

Cinco años después de que se formularan los compromisos en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de Copenhague, los avances con vistas a la consecución de los objetivos no han correspondido a las esperanzas. Mientras que la Cumbre propugnó reducciones sustanciales del número de personas que viven en la pobreza extrema, en realidad ese número ha aumentado. Tampoco se han logrado grandes avances con vistas a lograr la atención de salud universal. En algunos países el acceso se ha deteriorado, en particular para las poblaciones más pobres.

No obstante, se ha avanzado en el consenso internacional sobre los elementos esenciales del desarrollo humano. La fe en la liberalización económica ha dado paso a una preocupación social mundial. Se comprende mejor que una política eficaz en materia de desarrollo humano debe entrañar una mayor integración de las consideraciones económicas, sociales y medioambientales.

Se ha reconocido el carácter fundamental de la salud, considerada una aportación decisiva al desarrollo y resultado de él, además de un derecho humano fundamental con valor en sí mismo. En eso estriba la oportunidad que se debe aprovechar en «Copenhague más cinco», la reunión quinquenal de seguimiento que se celebrará los días 26 a 30 de junio de 2000 en Ginebra, como período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la aplicación de los resultados de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y otras iniciativas.

La salud como un bien

«La riqueza de los pobres son sus capacidades y sus «bienes». De éstos el máspreciado e importante es la salud. La salud brinda a los pobres la oportunidad de participar en el mercado de trabajo o en la producción de mercancías. Es un factor decisivo para la productividad. Tener un cuerpo fuerte y en forma es un bien para todo el mundo: un cuerpo enfermo, débil y discapacitado es un lastre para las personas afectadas y para quienes deben mantenerlas. Cuando las personas que son el sostén de una familia mueren o experimentan episodios de mala salud o discapacidad a largo plazo, los resultados pueden ser desastrosos para toda la familia, que no sólo afronta una pérdida de ingresos y cuidados, sino que, además, debe encontrar



Las mejoras en la salud resultan proporcionalmente más beneficiosas para los pobres, porque éstos dependen totalmente de su capacidad laboral

dinero para sufragar los gastos de atención médica. Las calamidades en materia de salud son una causa común de empobrecimiento.

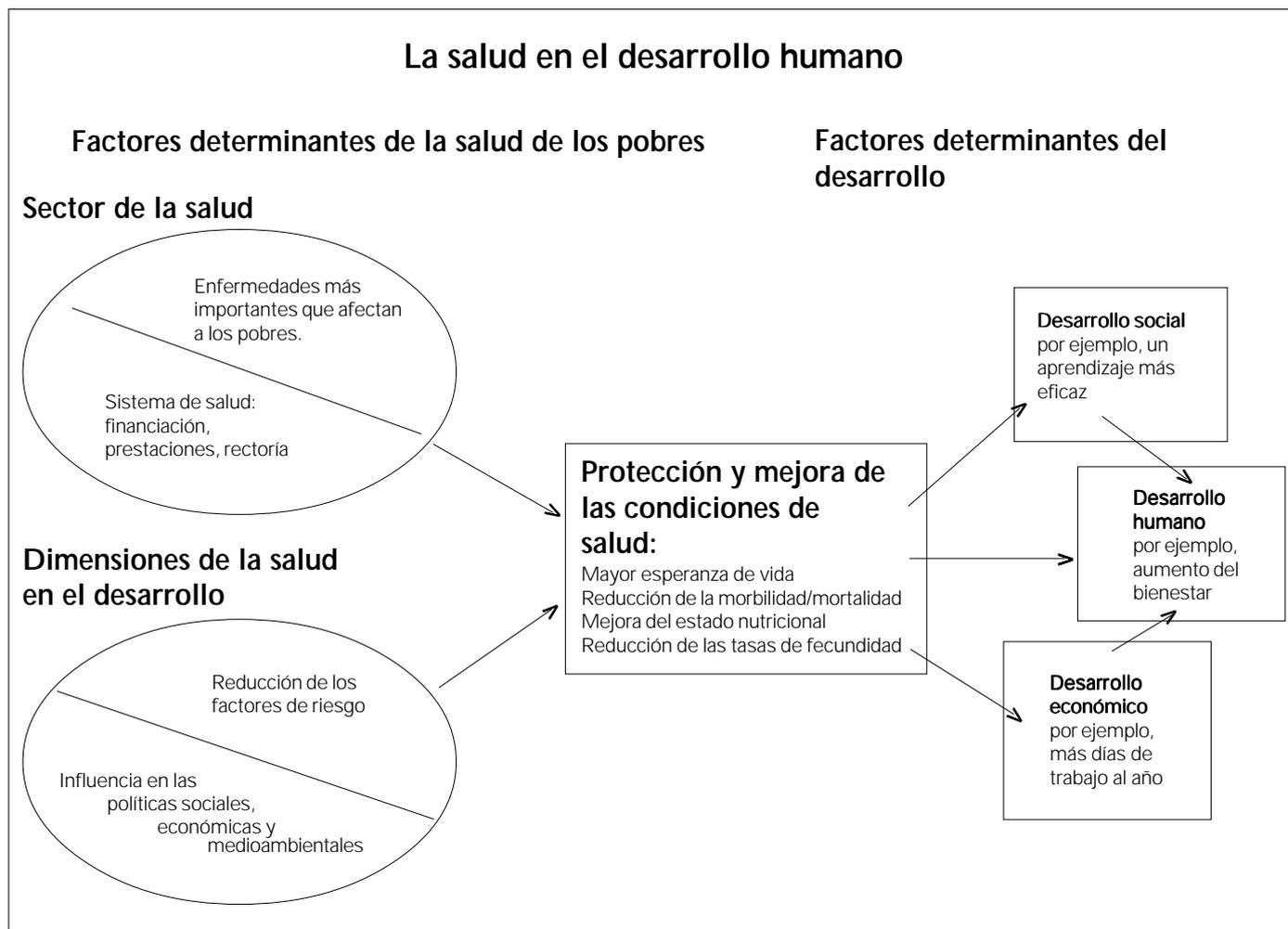
Si la salud es un bien y la mala salud un lastre para los pobres, proteger y fomentar la salud son factores decisivos en todo el proceso de erradicación de la pobreza y desarrollo humano. Como tales, deben ser objetivos de la política de desarrollo compartidas por todos los sectores: económico, medioambiental y social.»

Perspectiva multisectorial

La Declaración y el Programa de Acción de Copenhague atribuyen la misión de velar por la salud a los servicios básicos de salud. Esa concepción limitada de la salud subestima la contribución que unas mejores condiciones de salud representan para el desarrollo. Al mismo tiempo, no reconoce las posibilidades de muchos sectores para fomentar la salud de los pobres y aumentar el bienestar humano. Cualquier contribución positiva al capital social y humano es resultado de las condiciones de salud de las poblaciones y no un simple producto del sector de los servicios de salud. Una salud mejor contribuye a unos medios de subsistencia y un desarrollo humanos sostenibles.

El acceso universal a los servicios de salud no deja de ser importante. Pero, para que la salud realice sus posibilidades para el desarrollo humano, los servicios deben tener capacidad

«Cuando las personas que son el sostén de una familia mueren o experimentan episodios de mala salud o discapacidades a largo plazo, los resultados pueden ser desastrosos para toda la familia.»



Fuente: OMS/HSD

para mejorar las condiciones de salud *y también* reducir las desigualdades en materia de salud, que contribuyen, a su vez, a la mala salud.

La Organización Mundial de la Salud considera que el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que se celebrará en junio de 2000 en Ginebra brinda una ocasión de lo más oportuna para respaldar los compromisos de

la Cumbre de Copenhague obteniendo el refrendo para un más vigoroso planteamiento multidimensional del desarrollo humano con componentes sociales fortalecidos, en particular relativos a la salud.

Otros datos

Este informe, necesariamente breve y selectivo, va destinado a atender la solicitud de información sobre los avances logrados con vistas al acceso universal a los servicios de atención primaria de salud formulada por el comité preparatorio del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El informe comienza con un resumen de los datos actualizados relativos a las enfermedades y afecciones principales que afectan, proporcionalmente, más a los pobres. También se describen en él los problemas actuales en materia de servicios de salud. En la segunda sección se exponen varias propuestas de medidas, en el marco de Copenhague, que, según la Organización Mundial de la Salud, pueden hacer de la salud una fuerza importante con vistas a la reducción de la pobreza.

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* se complementará esta información.

La erradicación de la pobreza como parte del objetivo global del desarrollo

En las sociedades que tienen políticas claras en pro de la igualdad y la democracia y en las que el objetivo global en materia de equidad es el de mejorar las condiciones de salud de toda la población, existen mayores posibilidades de desarrollo de la salud para los sectores más pobres. Así lo confirman las experiencias de países con un compromiso histórico con la salud como objetivo social y con la igualdad como objetivo político. Costa Rica, Sri Lanka y el Estado de Kerala en la India han logrado considerables mejoras en las condiciones de salud de sus poblaciones mediante diversas intervenciones políticas, sociales y económicas en la sociedad en conjunto y la participación activa de las comunidades en ese proceso. En Costa Rica, donde la salud está considerada una «inversión en la nación y una necesidad para la vitalidad social y el progreso económico», las políticas de salud innovadoras han aumentado en más de un 65% los ingresos del 10% correspondiente a la población más pobre.

Fuente: «*Poverty and health: Who lives, who dies, who cares?*» Macroeconomics, Health and Development Series, N° 28, de Margareta Sköld, Departamento de Salud en el Desarrollo Sostenible (HSD), OMS/ICO/MESD.28

Cinco años después de la Cumbre de Copenhague

LA REVOLUCIÓN SANITARIA QUE EXCLUYÓ A MIL MILLONES DE PERSONAS

En el siglo XX ha habido en todo el mundo una transformación de la salud humana que no tiene parangón en la historia de la Humanidad. Se pueden ilustrar del modo siguiente las mejoras globales en materia de salud y desarrollo humano habidas en los tres últimos decenios:

- Las tasas de mortalidad infantil se han reducido de 104 por 1000 nacidos vivos en el período 1970-75 a 59 en 1996. La esperanza de vida ha aumentado, por término medio, cuatro meses al año desde 1970.
- El aumento de los ingresos por habitante en los países en desarrollo ha sido, por término medio, de un 1,3%, aproximadamente, al año, lo que ha aliviado la pobreza de millones de personas.
- Los gobiernos informan de rápidos avances en la escolarización primaria. El analfabetismo de los adultos se ha reducido del 70% al 46%.¹

Podemos abrigar esperanzas de que el mundo se vea pronto libre de la poliomielitis, no haya casos nuevos de lepra y no haya más defunciones debidas a la dracunculosis.

Pero más de mil millones de personas –la sexta parte de la población mundial– entrará en el siglo XXI sin haberse beneficiado de la revolución en materia de salud y desarrollo humano. La vida de esas personas es difícil y corta y está marcada por una enfermedad despiadada llamada «pobreza extrema». La pobreza extrema está catalogada como enfermedad con el código Z59.5 en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

Disparidades cada vez mayores

Al comienzo de este nuevo milenio, unas disparidades inaceptables y en aumento en materia de salud entre los países ricos y los pobres, entre las personas ricas y las pobres y entre hombres y mujeres son características importantes de la Humanidad. Sólo si se pueden reducir los problemas de salud de los pobres se

podrán liberar activos humanos para el desarrollo social.

Resulta difícil ofrecer una relación detallada de las tendencias en la salud de las poblaciones pobres y vulnerables desde 1995 hasta el presente. Debemos reconocer con franqueza que la deficiencia o en algunos casos la ausencia de datos constituye un obstáculo importante para averiguar las condiciones de salud de los pobres.

Sin embargo, ahora se reconoce en general que las numerosas dimensiones de la pobreza –incluidos los bajos ingresos, la falta de educación básica, la vivienda insuficiente, la exclusión social, la falta de empleo o de oportunidades, la degradación medioambiental representan una amenaza para la salud. En relación con todos los indicadores de salud estudiados por la Organización Mundial de la Salud, la situación de los pobres resulta peor que la de los sectores acomodados en cualquier sociedad. En particular, quienes viven en la pobreza absoluta tienen, en comparación con sus conciudadanos,

- cinco veces más probabilidades de morir antes de alcanzar la edad de cinco años
- dos veces y media más probabilidades de morir entre las edades de 15 y 59 años.

Infecciones potencialmente mortales, tales como el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas, afectan en mayor proporción a los pobres y tienen efectos devastadores en las familias y las economías nacionales. A consecuencia de ello, la Organización Mundial de la Salud concede máxima prioridad a la lucha contra esas enfermedades, tarea que la evolución de los microbios resistentes a los medicamentos dificulta especialmente. Importantes problemas de salud actuales, tales como la malnutrición y la mortalidad materna, presentan también una mayor prevalencia entre los pobres.

«Uno de cada seis habitantes de la Tierra entrará en el siglo XXI sin haberse beneficiado de la revolución en materia de salud y desarrollo humano».

Condiciones de salud de los pobres, en comparación con los que no lo son, en determinados países, hacia 1990

País	Porcentaje de la población que vive en la pobreza absoluta	Probabilidad de fallecer por 1.000				Prevalencia de la tuberculosis	
		entre el nacimiento y la edad de cinco años, hembras		entre las edades de 15 y 59 años, hembras		No pobres	Coeficiente pobres/no pobres
		No pobres	Coeficiente pobres/no pobres	No pobres	Coeficiente pobres/no pobres		
Total		38	4.8	92	4.3	23	2.6
Chile	15	7	8.3	34	12.3	2	8.0
China	22	28	6.6	35	11.0	13	3.8
Ecuador	8	45	4.9	107	4.4	25	1.8
India	53	40	4.3	84	3.7	28	2.5
Kenya	50	41	3.8	131	3.8	20	2.6
Malasia	6	10	15.0	99	5.1	13	3.2

Se considera pobreza unos ingresos por habitante inferiores o iguales a un dólar al día, expresado en dólares ajustados al poder adquisitivo.

Fuente: *Informe sobre la salud en el mundo 1999: Cambiar la situación.*

PROBLEMAS DE SALUD MÁS IMPORTANTES QUE AFECTAN A LOS POBRES

VIH/SIDA²

La prevalencia del VIH/SIDA va asociada a la pobreza:

- Más del 95% de todas las personas infectadas por el VIH viven ahora en el mundo en desarrollo, que ha experimentado asimismo el 95% de todas las defunciones por SIDA hasta la fecha, la mayor parte de ellas entre jóvenes adultos que normalmente estarían en sus años más productivos y reproductivos.
- Las consecuencias económicas del VIH/SIDA en las familias son devastadoras. Gracias a encuestas entre las familias llevadas a cabo en África y Asia, sabemos que las familias que viven con el VIH/SIDA padecen una reducción de ingresos de 40%-60%. Inevitablemente han de gastar los ahorros, pedir préstamos y reducir el consumo.³
- El VIH/SIDA ilustra las consecuencias de la pobreza multidimensional en la salud. Entre los factores socioeconómicos que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA figuran los siguientes: el analfabetismo relacionado con la pobreza de los ingresos, la desigualdad entre los sexos, una mayor movilidad de las poblaciones dentro de los países y entre ellos y la industrialización rápida que entraña el movimiento de trabajadores de las aldeas a las ciudades, con la consiguiente descomposición de los valores tradicionales.⁴
- El VIH/SIDA ilustra también el desfase entre unos países y otros en materia de equidad. Unas medidas idóneas en materia de salud pública han estabilizado la epidemia en la mayoría de los países desarrollados, pero eso sólo es aplicable a algunos países en desarrollo. El 95% de los casos se dan en países en desarrollo y muchos países pobres están experimentando un aumento exponencial de los casos de VIH/SIDA. Sin embargo, los países en desarrollo reciben sólo un 12%, aproximadamente, del gasto mundial en la atención a los afectados por el VIH/SIDA.⁵

«El 95% de los casos se dan en países en desarrollo... Sin embargo, sólo un 12%, aproximadamente, del gasto mundial en la atención a los afectados por el VIH/SIDA» va destinado a esos países.

Paludismo⁶

El paludismo afecta gravemente a los pobres y los vulnerables:

- Más de un millón de personas mueren de paludismo todos los años y casi el 90% de esas defunciones se producen en el África subsahariana.
- El paludismo es el causante directo de una de cada cinco muertes infantiles en África. Indirectamente, contribuye a la morbilidad y la mortalidad debidas a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y malnutrición.
- Por razones que no se acaban de entender totalmente, las mujeres son más susceptibles al paludismo durante el embarazo y, en particular, durante el primer embarazo. El crecimiento del feto y la supervivencia del recién nacido pueden resultar gravemente comprometidos.⁷

El paludismo encuentra terreno abonado en situaciones de crisis social y medioambiental, tales como la migración en masa, los conflictos militares y el descontento social, en los que los sistemas de salud son deficientes y las comunidades están desfavorecidas.

La gravedad y la urgencia de ese problema han propiciado la formación de asociaciones mundiales para la lucha contra el paludismo. **Hacer retroceder el paludismo**, iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, es una coalición en la que participan el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Esa iniciativa presta asistencia a los sistemas de salud para llevar a cabo intervenciones eficientes en la lucha contra el paludismo y cuenta con el apoyo de los sectores público y privado con vistas a obtener nuevos medicamentos y vacunas para el paludismo.

Tuberculosis⁸

La tuberculosis y la pobreza están estrechamente vinculadas. Tanto la probabilidad de resultar infectado como la de que se declare la enfermedad clínica van asociadas con factores relacionados con la pobreza. Entre dichos factores figuran la malnutrición, el hacinamiento, una deficiente circulación del aire y un saneamiento insuficiente. Dadas las condiciones de hacinamiento en que viven, muchas de las poblaciones pobres tienen más probabilidades de contraer la tuberculosis. Al mismo tiempo, quienes contraen la enfer-

Distribución mundial de las defunciones por causas principales

Las enfermedades transmisibles, tales como la tuberculosis y las infecciones respiratorias, así como las causas de los fallecimientos maternos, perinatales y neonatales, representan 20 millones de fallecimientos, aproximadamente, es decir, el 40% del total mundial. El 99% de ellos se producen en países en desarrollo.

Fuente: «Bridging the gaps», World Health Report 1995.

medad tienen más probabilidades de empobrecerse, dadas las consecuencias económicas de la enfermedad. El 95% de los casos y las defunciones se producen en los países en desarrollo.

La tuberculosis es un problema en aumento e muchas regiones del mundo. Avanza en los países en desarrollo y con economías de transición a causa de una combinación de declive económico, una insuficiente aplicación de las medidas de lucha contra la enfermedad y la epidemia de VIH/SIDA. Las personas cuyas defensas inmunitarias resultan debilitadas a causa de la infección por el VIH se convierten en presa fácil para otros microbios, incluido el bacilo que causa la tuberculosis. Las infecciones resultantes (junto con algunos cánceres) son las causantes de las enfermedades recurrentes que en sus últimas fases reciben el nombre de «SIDA» y que acaban provocando la muerte.⁹

- Entre 1993 y 1996 hubo un aumento del 13% en el número aproximado de casos de tuberculosis a escala mundial, de los cuales se puede atribuir una tercera parte al VIH.¹⁰
- El 30%, aproximadamente, de todos los fallecimientos por SIDA son consecuencia directa de la tuberculosis.¹¹
- La OMS calcula que, de aquí al final del siglo, la infección por el VIH causará 1,5 millones de casos más de tuberculosis al año.¹²

Actualmente se están organizando, por mediación de la Iniciativa «Alto a la Tuberculosis» de la Organización Mundial de la Salud, medidas concertadas para acabar con la apatía social, ampliar la coalición mundial de copartícipes en la lucha contra la tuberculosis y conseguir que se conceda carácter prioritario a esa enfermedad en el programa de la comunidad internacional. Dicha iniciativa está creando un movimiento social y político contra la tuberculosis al fomentar la utilización del eficiente tratamiento bajo observancia directa y de corta duración (DOTS).

Malnutrición¹³

Casi el 30% de la Humanidad padece actualmente una o más de las múltiples formas de malnutrición. La malnutrición proteinoenergética y la ferropenia constituyen graves motivos de preocupación, la carencia de yodo es la mayor causa prevenible de daño cerebral y retraso mental (que afecta a 740 millones de personas, es decir, el 13% de la población mundial) y la deficiencia de vitamina A sigue siendo la causa más importante de ceguera infantil prevenible. En conjunto, la malnutrición representa el 15,9% de la carga mundial de morbilidad.¹⁴

Todos los años el 49%, aproximadamente, de los 10 millones de defunciones que afectan a niños de menos de cinco años en el mundo en desarrollo están relacionadas con la malnutrición. Actualmente, el 26,7% de los

niños del mundo menores de cinco años están malnutridos, desde el punto de vista del peso correspondiente a su edad.

Logros recientes:

- Se han logrado avances notables en la lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo (TCY) en el último decenio. Ahora más de dos terceras partes de las familias que viven en países afectados por los TCY consumen sal yodada y 20 países han alcanzado la meta de la yodación universal con sal, consistente en que más del 90% de las familias consuman sal yodada.
- Desde 1990 ha habido avances en la lucha contra la deficiencia de vitamina A. En 1997, se calculaba que en unos 30 países el 50% de los niños recibían suplementos de vitamina A o tenían acceso a alimentos enriquecidos.

Sin embargo, los avances en la reducción de la malnutrición proteinoenergética entre los lactantes y los niños pequeños resultan extraordinariamente lentos y en los dos últimos decenios se han logrado pocos avances en la reducción de la prevalencia de la anemia.

Mortalidad materna

La muerte de una madre es una catástrofe en cualquier familia. En muchos países en desarrollo, priva a la familia de ingresos decisivos, además de amor y afecto. Cuando una madre muere en una familia pobre, la pérdida es tal, que puede significar también la muerte para sus hijos.

Todos los años 585 000 mujeres pobres mueren de resultados de complicaciones del embarazo y del parto. En los países en desarrollo, la mortalidad y la morbilidad maternas constituyen con mucha diferencia la causa más importante de muerte prematura y discapacidad entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. Las mujeres de la Europa septentrional tienen un riesgo de 1 entre 4000 de morir de causas relacionadas con el embarazo. En el caso de las mujeres de África, el coeficiente es 1 entre 16. No puede haber disparidad más llamativa entre el Norte y el Sur que ésta.

El objetivo -que ya no se alcanzará- de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, fue el de reducir en el año 2000 a la mitad los niveles de mortalidad materna correspondientes a 1990 y también a la mitad el año 2015.¹⁵ En el examen quinquenal, llevado a cabo en 1999, se acordaron nuevos objetivos: los de que al menos el 40% de todos los partos cuenten con asistentes de partería capacitados en los casos en que la tasa de mortalidad materna es muy elevada y en 2005 el 80% a escala mundial; esas cifras deben aumentar hasta el 50% y el 85%, respectivamente, en 2010 y al 60% y el 90% en 2015.¹⁶

En octubre de 1999, la OMS, el Fondo de

«Actualmente, el 26,7% de los niños del mundo menores de cinco años están malnutridos».

La presencia de asistentes de partería capacitados reduce drásticamente el riesgo que entraña la maternidad.



Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el UNICEF y el Banco Mundial combinaron sus esfuerzos en un compromiso conjunto de luchar con mayor eficacia contra la mortalidad materna.

Enfermedades transmitidas por el agua¹⁷

Las enfermedades diarreicas, en gran medida prevenibles mediante el acceso a agua potable y saneamiento adecuados, se cobran casi dos millones de vidas al año y representan 1 500 millones de episodios de enfermedad todos los años en el grupo de menores de cinco años. Las enfermedades diarreicas imponen una pesada carga a los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud calcula que en 1998 las enfermedades diarreicas¹ fueron la causa de la pérdida de 73 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad.²

Del total de la población mundial, que

Cuatro de cada cinco niños están completamente inmunizados contra seis enfermedades de las más mortíferas.



asciende a 6000 millones,

- Más de mil millones de personas son muy vulnerables a las enfermedades diarreicas, porque no tienen un acceso asequible a un suministro de agua potable y adecuado.
- Tres mil millones de personas, aproximadamente, son vulnerables, porque no tienen acceso a ningún tipo de servicios mejorados de evacuación de excretas.

Infecciones respiratorias

En 1998, las infecciones respiratorias agudas causaron 3,5 millones de defunciones, aproximadamente, entre las personas de todas las edades a escala mundial. Casi dos millones de dichas defunciones correspondieron a niños menores de cinco años. La neumonía mata a más niños que ninguna otra enfermedad infecciosa y el 99% de esas defunciones se dan en países en desarrollo.

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud, en 1998 las infecciones respiratorias agudas representaron una pérdida de 83 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad.³ Una proporción inmensa de esa morbilidad es atribuible a factores medioambientales. En todo el mundo mueren niños de resultados de infecciones respiratorias asociadas con la pobreza y la vivienda deficiente.

También las madres son vulnerables a las infecciones respiratorias. Centenares de millones de mujeres adultas de los países en desarrollo están expuestas a niveles extraordinariamente altos de partículas transmitidas por el aire al cocinar con combustible de biomasa. Estudios realizados en la India y Nepal han revelado que entre las mujeres expuestas a altos niveles de humo dentro de la vivienda son corrientes las afecciones pulmonares obstructivas crónicas y el *cor pulmonale*, que, además, se declaran a edad temprana.⁴

Inmunización infantil

La cobertura de la inmunización a escala mundial ha seguido aumentando lentamente. Sin embargo, uno de cada cinco niños no está totalmente inmunizado contra las seis enfermedades más mortíferas: difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis, sarampión y tuberculosis.⁵

El 31 de enero de 2000, se anunció oficialmente en el Foro Económico Mundial de Davos (Suiza) la nueva Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, que representa el compromiso por parte de la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF, el Banco Mundial, la industria, fundaciones filantrópicas y organismos del sector público de laborar en colaboración con vistas a la protección mediante vacunación de todos los niños contra las más importantes enfermedades prevenibles.

UNOS SERVICIOS DE SALUD EN CRISIS

En los 25 años transcurridos desde que se firmó la declaración de Alma-Ata no se han logrado los rápidos y sostenidos avances hacia la «salud para todos» que se esperaban. No siempre se dispone de cifras que representen cálculos aproximados fiables, comprobables y recientes sobre la cobertura de la atención de salud y el acceso a la atención. Sin embargo, el panorama que se perfila resulta profundamente inquietante. En demasiados países los sistemas de salud están mal equipados para afrontar las demandas actuales... por no hablar de las que afrontarán en el futuro. De lo que no cabe duda es de que se ha hecho caso omiso del llamamiento en pro de un acceso universal a los servicios básicos de salud, formulado hace cinco años en Copenhague.

Las desigualdades en materia de salud, tanto entre los países como dentro de ellos, son muy marcadas.

Desigualdades entre países

Se pueden ilustrar del modo siguiente las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados desde el punto de vista del acceso a los servicios:

- En los países desarrollados puede haber una enfermera por cada 130 personas y un farmacéutico por cada 2000 o 3000 personas. Se puede comprar un tratamiento con antibióticos para curar la neumonía con el equivalente de dos a tres horas de salario. Un tratamiento de un año para la infección por el VIH cuesta el equivalente de 4 a 6 meses de salario. Y se reembolsan la mayoría de los gastos en medicamentos.
- En los países en desarrollo puede haber sólo una enfermera por cada 5000 personas y un farmacéutico por cada millón de personas. Un tratamiento completo con antibióticos para la neumonía puede costar un mes de salario. En muchos países pobres un tratamiento de un año para la infección por el VIH cuesta el equivalente de los ingresos correspondientes a 30 años. Y la mayoría de las familias deben comprar los medicamentos con dinero de sus bolsillos.

En los países pobres el total de gasto estatal en servicios de salud es demasiado bajo, pese a que los servicios sociales pueden representar el 20% de dicho gasto. Un factor grave y agravante ha sido el bajo nivel de ayuda

internacional durante el pasado decenio. Con las tendencias actuales, no se alcanzarán los niveles absolutos de transferencia de recursos necesarios para ayudar a los países más pobres a alcanzar las metas internacionales en materia de desarrollo.

Desigualdades dentro de los países

En muchos casos la distribución y la prestación de servicios de salud dentro de los países perjudican a los pobres. En la mayoría de los países del mundo la distribución de los servicios sigue favoreciendo en gran medida a los sectores acomodados de la población.

Estudios recientes han subrayado modalidades de asignación de recursos, humanos y financieros, que *de facto* perjudican a los pobres. Por ejemplo, la mayoría del personal de salud se encuentra en zonas urbanas, mientras que la gran mayoría de los pobres viven en zonas rurales. Los recursos financieros favorecen la atención curativa en hospitales, mientras que los pobres necesitan una atención primaria de salud accesible y asequible. Las asignaciones favorecen también la atención médica personal, mientras que lo que más beneficia a los pobres son medidas generales de salud pública, tales como el suministro de agua potable y el saneamiento.

Prestación de servicios desfavorable para los pobres

Con frecuencia la propia prestación de la atención de salud resulta profundamente perjudicial para los pobres. Raras veces -por no decir nunca- se centra en los factores de riesgo que causan la mala salud de los pobres. Y raras veces se tiene presentes a los pobres a la hora de concebir los servicios. Para los pobres el tiempo es en verdad dinero y oportunidades perdidos, lo que se refleja en las distancias que deben recorrer para recibir un servicio, en el tiempo que tardan en llegar hasta el lugar, en el costo del transporte, en si sólo disponen de un servicio (o varios) en una sesión determinada y en el tiempo que deberán esperar. Cualquiera de esos factores puede ser un obstáculo financiero para los servicios... además de los gastos oficiales y no oficiales de hospital, laboratorio y medicación que deben afrontar.

Las mujeres afrontan limitaciones particulares en materia de tiempo y movilidad y en relación con las decisiones que pueden adoptar sobre su salud y la de sus hijos. Para ellas, esas barreras al acceso a la atención de salud representan un claro obstáculo para la salud.²³

Otro obstáculo es la acogida que reciben los pobres en los hospitales. Varios estudios

«En muchos casos, la distribución y la prestación de servicios de salud dentro de los países perjudican a los pobres».

Voces de los pobres

«Vemos morir a nuestros hijos, porque no podemos pagar las elevadas facturas hospitalarias». - Ghana, 1995.

Fuente: «*Voices of the poor. Can anyone hear us?*» Oxford University Press para el Banco Mundial, 2000.

«Ningún país puede confiar en un crecimiento espontáneo y descontrolado de su sistema de salud para velar por que se atiendan las necesidades más importantes en materia de salud».

han revelado la falta de dignidad y de respeto de que da muestras el personal sanitario. Un estudio en un centro de atención primaria de salud al servicio de una población esencialmente pobre de un país en desarrollo puso de relieve que tan sólo se concedían 54 segundos, por término medio, a cada paciente.² No hay tiempo para el diálogo ni para la explicación ni apenas para contacto humano alguno.

Las personas sin recursos, cuando caen enfermas, ni siquiera intentan buscar tratamiento. Los que tienen algunos bienes pueden venderlos a fin de obtener el dinero necesario para recibir la atención de salud o pueden utilizarlos como garantía para pedirlo a prestamistas a tipos de interés altos. Ésa es la vía que conduce de la enfermedad o del traumatismo a la pobreza y la indigencia. Con la desaparición de los bienes, en particular si quien ha caído enfermo es el sostén de la familia, la pérdida de ese preciado activo para la obtención de ingresos hace que la situación resulte particularmente desesperada.

Decadencia del sector sanitario estatal

La intervención sin restricciones del mercado en la atención de salud resulta perjudicial para los pobres. Un reciente examen de los servicios

de salud de un país concluyó lo siguiente: «Dada la situación existente en el sector estatal, ha habido un crecimiento sin precedentes del sector privado, tanto para la atención primaria de salud como para la secundaria, en todo el país. Dados los niveles éticos actuales de la profesión médica y los principios de funcionamiento de la economía de mercado totalmente basados en la tecnología, el sector privado no suele prestar una atención de salud de calidad a un costo razonable. Antes de que ese sector llegue a ser una amenaza pública, es necesario introducir normas reguladoras de carácter participativo».³

Del desarrollo de los sistemas de salud en el siglo XX se desprende una enseñanza histórica clara: ningún país puede confiar en un crecimiento espontáneo y descontrolado de su sistema de salud para velar por que se atiendan las necesidades más importantes en materia de salud. En cualquier país, los pobres son los que soportan la mayor carga de mala salud y padecen el mayor riesgo de morbilidad o mortalidad evitables. La intervención pública es necesaria para lograr el acceso universal. Si bien se aceptan en gran medida los argumentos en pro de la financiación pública universal basados en la equidad, menos sabido es que ese planteamiento logra también la mayor eficiencia.⁴

Propuestas para la acción de la OMS

HACER DE LA SALUD UNA FUERZA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA

El objetivo en última instancia del desarrollo es la mejora de la condición humana, uno de cuyos componentes esenciales es el disfrute de buena salud. Sin embargo, si bien la mejora de las condiciones de salud es un objetivo esencial del proceso de desarrollo, la capacidad de desarrollo depende, a su vez, de la buena salud.

Para que las intervenciones sanitarias garanticen una contribución máxima al desarrollo, se deben planificar y aplicar dentro de un marco de desarrollo integrado. Hoy los programas de reducción de la pobreza siguen careciendo en gran medida de componentes de salud o, si los tienen, son marginales. Por una parte, las autoridades sanitarias limitan su cometido a la producción de servicios de salud con financiación pública. Por otra, los formuladores de las políticas de reducción de la pobreza pasan por alto las contribuciones de la salud en materia de capital humano y social a unos medios de vida sostenibles.

El acceso universal a los servicios básicos de salud es importante y la consecución de ese objetivo de forma que haga una contribución importante a la reducción de la pobreza requerirá un ingente esfuerzo internacional. Sin embargo, no por ello deja de ser cierto que no basta con dejar la salud exclusivamente en manos del sector sanitario. Los más importantes factores determinantes de la salud, incluida la propia pobreza, quedan fuera del alcance de los servicios de salud.

La reunión «Copenhague más cinco» puede dar una orientación nueva y más eficaz a la futura política de desarrollo reconociendo el valor de las buenas condiciones de salud como uno de los activos más importantes de los pobres. A partir de esa base, la reunión «Copenhague más cinco» debe recomendar que se apruebe la protección y mejora de las condiciones de salud de las poblaciones pobres y vulnerables como estrategia internacional básica en pro del desarrollo que deben compartir todos los copartícipes en el proceso de desarrollo: social, económico y medioambiental.



La santé est un atout pour jouer, apprendre et travailler.

Sectores estratégicos para el seguimiento

Como contribución particular a esa nueva estrategia, la Organización Mundial de la Salud propone los tres siguientes sectores de acción como componentes intrínsecos del seguimiento de «Copenhague más cinco».

- **Fortalecimiento de la política mundial en pro del desarrollo social**
- **Integración de las dimensiones sanitarias en la política social y económica**
- **Creación de sistemas de salud que puedan atender las necesidades de las poblaciones pobres y vulnerables**

Acuerdos de colaboración

Esas iniciativas requerirán la adopción de medidas en los niveles mundial, regional y nacional en estrecha colaboración con diversos copartícipes, incluidos el Banco Mundial y el FMI. Además, se propone que se lleven a cabo algunas actividades con los auspicios de las Comisiones Económicas y Sociales de las

«La reunión «Copenhague más cinco» debe recomendar que se apruebe la prestación y la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones pobres y vulnerables como estrategia internacional básica en pro del desarrollo».

Salud y desarrollo

Es de sentido común que con el aumento de los ingresos mejora la salud, pero ése no es el único aspecto de la relación entre salud e ingresos. Los otros se refieren al papel de la salud como instrumento del crecimiento económico autónomo y del progreso humano. La mala salud no es consecuencia tan sólo de unos ingresos bajos; es también una de sus causas fundamentales. Ciertamente es que la salud y la demografía no son las únicas influencias en el crecimiento económico, pero no cabe duda de que figuran entre las más intensas.

Fuente: *The health and wealth of nations*, David Bloom and David Canning, *Science* Vol. 287, 18 de febrero de 2000.



Naciones Unidas con vistas a velar por que se adopten planteamientos holísticos e integrados de la reducción de la pobreza y se tengan en cuenta las importantes diferencias en materia de salud existentes entre las regiones. **La Comisión Económica para África (CEPA) y la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP)** serían

copartícipes particularmente importantes, ya que sus cometidos abarcan las regiones con la mayor concentración de extrema pobreza. Tanto la CEPA como la CESPAP podrían también hacer de foros para reunir a representantes de los ministerios y los sectores sociales y económicos nacionales.

FORTALECER LA POLÍTICA MUNDIAL EN PRO DEL DESARROLLO SOCIAL

El movimiento internacional en pro de la aceleración del desarrollo social que se inició en la Cumbre de Copenhague sigue extendiéndose. Ha originado intentos, aún embrionarios, de definir los principios de la futura política mundial en pro del desarrollo social. Queda mucho por hacer para colmar el desfase entre las preocupaciones sociales cada vez más intensas y la actual práctica mundial, en particular en materia de comercio mundial y relaciones internacionales.

La reducción de las marcadas desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos requiere la adopción de medidas internacionales con determinación. Hay que lograr que los beneficios de la mundialización redunden plenamente en provecho de las poblaciones pobres y marginadas. Los conceptos, el contenido y las estrategias en pro de una política mundial de desarrollo social requieren una elaboración más detenida. Hay que superar los conceptos tradicionales de prestación de servicios sociales básicos para concretar una vía explícita con vistas a la creación de bienestar social, capacidades sociales, medios de vida y

desarrollo humano.

La Organización Mundial de la Salud propone que, en el marco de la iniciativa a escala del sistema de las Naciones Unidas, se ayude a hacer avanzar el proceso de formulación de una política mundial. Las contribuciones de la OMS serán, entre otras, las siguientes:

- fortalecer las capacidades de los países para evaluar las repercusiones de los aspectos económicos, tecnológicos, culturales y políticos de la mundialización en la equidad en materia de salud y las condiciones de salud de las poblaciones pobres y vulnerables y concebir soluciones al respecto.
- Crear una base mundial de conocimientos sobre desarrollo social en materia de salud y procedimientos idóneos para proteger y mejorar las condiciones de salud de las poblaciones pobres y vulnerables.
- Fortalecer la gestión idónea de los asuntos públicos en pro del desarrollo social mediante la formulación y el fomento de normas relativas a la protección de la salud para que sirvan de orientación a los sectores empresariales nacionales e internacionales.

«La reducción de las marcadas desigualdades ... requiere la adopción de medidas internacionales con determinación para que los beneficios de la mundialización redunden plenamente en provecho de las poblaciones pobres y marginadas».

Gestión idónea de la salud a escala mundial

Existe la urgente necesidad de que los encargados de la salud pública participen en debates decisivos sobre la estructura futura de la economía política mundial y la formulación y aplicación de principios de la tan necesaria gestión idónea de la diversidad, que va rápidamente en aumento, de las actividades mundiales. Esos debates versan sobre el fomento de un sistema de comercio más justo, el alivio de la deuda, un código mundial de procedimientos óptimos en materia de política social, nuevos métodos de cooperación internacional para garantizar la prestación de servicios públicos adecuados para todos y la contribución a una mayor disponibilidad y a un mejor acceso a los bienes públicos mundiales (tales como la salud mundial). La OMS está trabajando actualmente con las Naciones Unidas, las instituciones de Bretton Woods, la Organización Mundial del Comercio (OMC) e importantes instituciones no gubernamentales y académicas del mundo entero para que incluyan la mejora de la salud en sus programas de acción y para fomentar la prestación de servicios de salud y el acceso a la salud como un bien público mundial. Debemos analizar de qué forma los nuevos acuerdos internacionales pueden sostener la salud pública. En nuestros debates técnicos en curso con la OMC, un aspecto importante de nuestro programa es lograr que el comercio contribuya a la mejora de la salud.

Fuente: «*Making globalization work better for health*» por Tomris Türmen en «*Responses to globalization: Rethinking health and equity*», *Development* Vol. 42, N° 4, diciembre de 1999.

INTEGRAR LAS DIMENSIONES DE SALUD EN LA POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL

La política macroeconómica tiene importantes repercusiones en las capacidades de los países para proteger y mejorar las condiciones de salud de sus ciudadanos, en particular los pobres y vulnerables. Las migraciones humanas, la rápida urbanización y el aumento del tráfico por carretera son consecuencias de la política económica y mediante sus efectos en el medio ambiente y en la salud humana son también la causa de ingentes sangrías del gasto público. Por ejemplo, se prevé que los accidentes de tráfico por carretera llegarán a ser la segunda causa mundial de traumatismos y morbilidad de aquí al año 2020.

Estudios econométricos recientes y las experiencias de los países del Asia oriental han puesto de relieve el importante papel que desempeñan unas buenas condiciones de salud en la estimulación del desarrollo económico y social. También se sabe que la buena salud es decisiva para un aprendizaje eficaz y para mejorar, por ejemplo, la eficacia de los programas de microcrédito.

La tarea de aprovechar al máximo las oportunidades positivas de la mundialización y reducir al mínimo sus consecuencias negativas entraña dificultades particulares. Los encargados de la formulación de políticas deben hacerse preguntas como la siguiente: ¿qué posibilidades existen de encontrar nuevas fuentes de ingresos para los servicios de salud o para regular el comercio de bienes y servicios en pro de la equidad en materia de salud? Hay que crear nuevos instrumentos, tales como el análisis de las repercusiones en la salud, para ayudar a los países a lograr la contribución máxima de la buena salud a las políticas económica, social, medioambiental y de desarrollo.

La salud en la política macroeconómica

Ahora existe considerable apoyo internacional

para que se invierta más en los determinantes sociales del desarrollo dentro de la política macroeconómica. Las experiencias de las economías del Asia oriental, perfectamente documentadas, han contribuido a esa toma de conciencia. La naturaleza de las inversiones variará según las necesidades. En el África subsahariana y en el Asia meridional la salud y la educación son prioridades importantes.

Respecto de la salud, los países necesitan considerable orientación sobre la combinación idónea de inversiones en diversos sectores para garantizar unas repercusiones sanitarias óptimas en la reducción de la pobreza. La Organización Mundial de la Salud ha creado una Comisión Internacional sobre Macroeconomía y Salud para que asesore a la OMS y a la comunidad internacional de desarrollo sobre las relaciones entre la salud y las cuestiones macroeconómicas y de desarrollo. Los principales sectores de análisis de la Comisión serán lo siguientes: la función económica de las inversiones para proteger y mejorar las condiciones de salud; políticas públicas encaminadas a estimular la obtención de medicamentos y vacunas para los pobres; la salud en la economía internacional; y la salud en la asistencia internacional al desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud propone que se faciliten los datos actuales para la elaboración de opciones técnicas y el cálculo de los costos a fin de permitir a los gobiernos, al Banco Mundial, al Fondo Monetario Internacional (FMI) y a los Bancos Regionales de Desarrollo adoptar decisiones macroeconómicas con conocimiento de causa para mejorar la salud de los pobres de aquí a 2015.

Comercio de bienes y servicios de salud

El aumento del comercio de medicamentos, la biotecnología y los servicios de salud, incluidos los seguros privados de enfermedad,

«Ahora existe considerable apoyo internacional para que se invierta más en los determinantes sociales del desarrollo».

La experiencia del Asia oriental

En el Asia oriental, la población en edad de trabajar aumentó entre 1965 y 1990 varias veces más aprisa que la población dependiente. El hecho desencadenante de todo ese proceso parece haber sido el descenso de la mortalidad de lactantes y niños pequeños, facilitado, a su vez, por el desarrollo de antibióticos y antimicrobianos (tales como penicilina, sulfamidas, estreptomycin, bacitracina, cloroquina y tetraciclina, todos ellos descubiertos y comercializados en los decenios de 1920, 1930 y 1940), la utilización de DDT (cuya comercialización se remonta a 1943) y las mejoras clásicas en la salud pública relacionadas con el agua potable y el saneamiento. Así, pues, se pueden considerar las mejoras en la salud uno de los mayores pilares sobre los que descansaron los extraordinarios logros económicos del Asia oriental, entre los cuales el dividendo demográfico tal vez representara la tercera parte de su «milagro económico».

Fuente: *The health and wealth of nations*, David Bloom and David Canning. *Science* Vol. 287, 18 de febrero de 2000.



Sin salud, las personas no pueden contribuir al desarrollo. Políticas como la atención de salud gratuita contribuyen a las condiciones de salud de los pobres reduciendo una de las causas más importantes de la pobreza.

«Mejorar y proteger las condiciones de salud de la población pobre y vulnerable... (es un) medio de mejorar su empleabilidad y su acceso a medios de vida».

tiene importantes consecuencias para la equidad en materia de salud. El Acuerdo Internacional sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) podría propiciar la obtención de nuevos medicamentos y vacunas para tratar las enfermedades de los pobres. Pero también podría empeorar, con aumentos de precios, el acceso a ellos de los pobres.

El comercio de los servicios de salud comprende la inversión extranjera directa, los movimientos de los consumidores y los prestadores de servicios allende las fronteras para recibir y prestar la atención de salud y los sectores nacientes del comercio electrónico y de la telemedicina. En principio, el aumento del comercio de los servicios de salud podría aportar la tecnología y los conocimientos especializados en materia de gestión, tan necesarios, y, en el caso de algunos países, un aumento de los ingresos de exportación. Pero también podría ahondar las actuales desigualdades en el acceso a los servicios y fomentar la migración de expertos profesionales de salud desde las zonas ya insuficientemente atendidas con vistas a ocupar empleos en el sector privado de las comunidades urbanas ricas.

La nueva apertura al comercio de bienes y servicios de salud requiere velar por que los acuerdos comerciales mejoren el acceso a servicios de buena calidad, en particular para las poblaciones pobres y vulnerables.

La Organización Mundial de la Salud propone intensificar su colaboración con la Organización Mundial del Comercio (OMC) y otros organismos **a fin de contribuir a fortalecer las capacidades de los países menos adelantados para analizar las consecuencias de los acuerdos sobre el comercio de servicios de salud en pro de la equidad en materia de salud y con vistas**

a atender las necesidades de los pobres al respecto. La OMS se propone también contribuir a la formulación de políticas y estrategias en materia de negociación colectiva para garantizar el fomento y la protección de la salud pública.

Salud y fomento del pleno empleo

La reunión «Copenhague más cinco» centrará la atención en particular en el fomento del pleno empleo, incluidos el trabajo autónomo y el empleo en el sector no estructurado. Las dimensiones sanitarias de esa política son importantes. Las personas necesitan estar en forma para trabajar y, para que sigan trabajando con eficacia, se debe proteger su salud. Si la persona es el único sostén de la familia, también hay que tener en cuenta la salud de quienes de ella dependen.

En primer lugar, millones de personas se ven imposibilitadas por su mala salud crónica, desnutrición y discapacidad para conseguir un medio de vida o competir para lograr un empleo. En segundo lugar, la falta de protección de la salud y la seguridad en el empleo pueden originar la muerte, una discapacidad permanente y la indigencia a quienes tienen empleo, en particular en el sector no estructurado. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que unos 250 millones de trabajadores sufren accidentes en el trabajo y más de 300 000 mueren todos los años de resultados de ellos. Si se tienen en cuenta las defunciones debidas a enfermedades ocupacionales, el número de fallecimientos asciende a más de un millón.

La Organización Mundial de la Salud propone que se trabaje con la OIT y otros organismos para fomentar medidas de protección de la salud en las futuras políticas nacionales e internacionales encaminadas a la consecución del pleno empleo productivo. Dichas medidas serán, entre otras, las siguientes:

- **Mejorar y proteger las condiciones de**

Sobrevivir en el sector no estructurado

La mayoría de los pobres trabajan en el sector no estructurado sin seguridad social ni protección social de ninguna clase. Se necesitan planes innovadores de microseguros para proteger a los trabajadores pobres. Se calcula que más del 90% de la fuerza laboral de la India trabaja en el sector no estructurado y en muchos otros países la proporción es también extraordinariamente elevada. La mayoría de los trabajadores del sector no estructurado son eventuales y carecen de acceso directo a la seguridad social estatal. La Asociación de Trabajadoras Autónomas ha creado el plan de seguridad social contributiva más amplio de la India en este momento. Actualmente asegura a más de 32 000 trabajadoras y puede ofrecer un modelo prometedor para aportar seguros de enfermedad, de vida y de bienes al sector no estructurado.

Fuente: «Voices of the Poor. Can anyone hear us?» Oxford University Press para el Banco Mundial, 2000.

- salud de la población pobre y vulnerable, incluidos los discapacitados, como medio de mejorar su empleabilidad y su acceso a medios de vida
- Fomentar la salubridad y la seguridad de los lugares de trabajo, en particular para las mujeres empleadas en el sector no estructurado
 - Fomentar la seguridad social y los mecanismos de solidaridad, oficiales o no,

- para liberar a las familias de la carga que representan los gastos de atención de salud debidos a causas ocupacionales, incluidos los del sector no estructurado
- Fomentar la empleabilidad de las mujeres creando servicios sociales y sanitarios en el nivel de la comunidad para los miembros de su familia enfermos y dependientes.

CREAR UNOS SISTEMAS DE SALUD DESTINADOS A ABORDAR LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LAS POBLACIONES POBRES Y VULNERABLES

Se necesitan sistemas de salud «en pro de los pobres» que asignen eficazmente los recursos con vistas a abordar los problemas de salud más graves que afectan a los pobres y que estén financiados y organizados para abordar los factores determinantes de la salud entre las poblaciones pobres y vulnerables.

Muchos son los países que no han logrado prestar servicios básicos de salud universalmente accesibles. La mayoría de los recursos van destinados a la onerosa atención curativa. No se prestan servicios de salud básicos gratuitamente o a bajo costo a los más pobres. Con frecuencia los programas de salud pública pasan por alto las necesidades de salud de las personas que sostienen a sus familias. Y los sistemas nacionales de salud no suelen lograr el control de los prestadores de los servicios del sector privado de los que los pobres reciben gran parte de su atención de salud.

Para reducir a la mitad el número de personas que viven en la extrema pobreza de aquí a 2015, los sistemas de salud deben ser más eficaces para lograr una mayor igualdad en los resultados sanitarios y una mayor equidad en la financiación de la salud entre ricos y pobres. Así, pues, se deben intensificar los esfuerzos para crear sistemas de salud sostenibles para los pobres que

- prevengan activamente la enfermedad y protejan la salud,
- protejan a los pobres y a quienes están al borde de la pobreza contra los ruinosos gastos en salud,
- destinen más recursos a mejorar y mantener la salud de quienes sostienen a sus familias e
- inciten a los prestadores de servicios privados a mejorar la salud de los pobres.

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* se abordará más a fondo lo que los encargados de la formulación de políticas y los directores de programas pueden hacer para crear sistemas de salud más eficaces y equitativos basándose en los datos actuales relativos a formas diferentes de prestar, financiar y administrar o

gestionar de forma responsable los servicios del sistema de atención de salud.

A partir de lo que ya se sabe sobre los medios más eficaces para mejorar la salud de los pobres, la Organización Mundial de la Salud insta a la comunidad internacional a aunar esfuerzos para crear sistemas de salud sostenibles y en pro de los pobres centrándose en los tres sectores siguientes:

Reducciones sustanciales de las más importantes enfermedades que afectan a los pobres

Se puede atribuir una gran proporción de la excesiva carga de morbilidad entre los pobres a un número limitado de problemas de salud: en particular, las enfermedades transmisibles, tales como VIH/SIDA, paludismo, sarampión y tuberculosis, además de las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y las complicaciones del embarazo y del parto. Existen intervenciones baratas para casi todas esas enfermedades o afecciones.

Para que esas intervenciones tengan repercusiones más positivas en la salud de los pobres, se deben dar cuatro condiciones.

- En primer lugar, se deben reasignar los recursos para prevención y tratamiento a intervenciones baratas contra las enfermedades y afecciones que afectan en mayor proporción a los pobres. Entre esas intervenciones «en pro de los pobres» figuran el Programa Ampliado de Inmunización, la lucha integrada contra las enfermedades de la infancia, la iniciativa en pro de la salud pulmonar del adulto, la lucha integrada contra las complicaciones del embarazo y el parto e intervenciones específicas contra el VIH/SIDA y el paludismo, muchas de las cuales han sido formuladas y aplicadas por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el UNICEF.
- En segundo lugar, los sistemas de salud deben hacerse cargo mejor de los pobres y de los vulnerables asignando fondos,

«Proteger a los pobres y a quienes están al borde de la pobreza de los costos de salud que empobrecen».

Los países necesitan una financiación de la salud basada en el pago anticipado y que subvencione la atención a los pobres.



personal y suministros a los servicios ubicados en zonas cercanas a aquellas en las que trabajan, viven y estudian las personas desfavorecidas. También se pueden aumentar los beneficios de esas medidas creando sistemas para proteger a los pobres contra los gastos directos (véase la página 25) y vinculando la prestación de dichos servicios con otros programas de reducción de la pobreza, tales como el microcrédito y la formación en el empleo.

- En tercer lugar, se deben movilizar más recursos para la adquisición de medicamentos y suministros rentables, tales como mosquiteros, medicamentos antituberculosos y antipalúdicos, tratamientos para las enfermedades de transmisión sexual, vacunas y la terapia de rehidratación oral. Se los puede considerar «bienes públicos mundiales», en la medida en que van destinados a países de bajos ingresos que más contribuyen a la propagación de las enfermedades transmisibles.
- En cuarto lugar, se deben hacer importantes inversiones con vistas a la creación de nuevos y mejores instrumentos para la lucha contra los problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los pobres. Por una parte, existe una grave falta de instrumentos eficientes debida a las carencias del mercado; por otra, algunos de los medicamentos que ahora se utilizan están perdiendo rápidamente su eficacia con el aumento de la farmacorresistencia.

«La OMS hace suyos varios principios fundamentales de la financiación de los sistemas de salud».

Sistemas equitativos de financiación de la salud

El de lograr una mayor equidad en materia de financiación de la salud no es sólo un objetivo loable del sistema de salud. Constituye también la clave para proteger los ingresos de los pobres y librarlos de las conmociones económicas. Uno de los mayores factores que propician la pobreza es la enfermedad, pues impide a las personas trabajar y obtener ingresos y en algunos casos les obliga a hacer grandes gastos sanitarios que constituyen una sangría para los ahorros o los bienes de las familias.

Para aumentar la protección de los pobres contra los riesgos financieros, la Organización Mundial de la Salud hace suyos varios principios fundamentales de la financiación de los sistemas de salud para aumentar la protección de los pobres contra los riesgos financieros.

En primer lugar, los países deben procurar aumentar el nivel de pago anticipado de la atención de salud mediante impuestos generales o contribuciones obligatorias a un sistema de seguridad social. Ese criterio permite repartir los gastos conforme a la capacidad de pago y contribuye a reducir la dependencia de la financiación directa. Los sistemas de pago directo limitan el acceso a la asistencia de salud a quienes pueden sufragárselos y suelen excluir a los pobres de los servicios de salud.

En segundo lugar, se deben adoptar medidas para subvencionar la atención a los

Fuente de financiación	Privada	Más privada que pública	Más pública que privada	Pública
Forma de pago	Seguro pagado por	Seguro privado el enfermo	Social	Presupuestos generales
La carga de la financiación recae sobre	Los particulares	Socialización creciente →		Toda la población
Cobertura	Los más pobres quedan excluidos	Cada vez más equitativa →		Universal
Ejemplos actuales	La mayoría de los países de bajos ingresos	EE. UU. de América	Países con ingresos medios y algunos de los países de la OCDE	Otros países de la OCDE

Financiación del sistema de salud

Esta figura muestra cómo aumentan la socialización de los riesgos en materia de salud y la proporción correspondiente al gasto público en el gasto total, a medida que los países van abandonando los métodos de pago directo. Existen varias opciones institucionales para lograr la cobertura universal. Una reciente investigación comparada, en la que se evalúa la equidad en cuanto a la carga de la financiación y la utilización de los servicios por diferentes grupos de ingresos en los países, revela que la forma menos organizada y equitativa de pagar la atención de salud es la directa; las personas pagan la atención médica cuando la necesitan y la utilizan, con lo que la carga financiera recae de forma desproporcionada sobre los más pobres (que afrontan gastos en materia de asistencia de salud mayores que los sectores acomodados de la población) y ese obstáculo financiero hace que la utilización de los servicios sea menor entre los grupos de ingresos menores, pese a que su necesidad es inherentemente mayor.

Fuente: *Informe sobre la salud en el mundo 1999: Cambiar la situación.*

pobres ampliando en gran medida el fondo común de cotizantes para que los ricos no puedan abandonarlo.

En tercer lugar, se recomienda aplicar impuestos o cuotas de cotizaciones progresivos. Si bien se pueden organizar múltiples fondos comunes para grupos particulares de cotizantes, se deben utilizar las subvenciones con cargo a todos los fondos comunes para garantizar una financiación justa.

Muchos países de bajos ingresos tienen limitaciones institucionales -altos niveles de trabajo no estructurado y sistemas deficientes de recaudación de ingresos- que dificultan la creación de sistemas de pago anticipado (basados en los impuestos o la seguridad social). A corto plazo, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y otros organismos de las Naciones Unidas pueden fomentar los sistemas de pago anticipado de carácter comunitario. Pero a largo plazo los funcionarios de salud deben trabajar en estrecha colaboración con otros sectores para desarrollar la infraestructura financiera a fin de fomentar una mayor solidaridad social en la financiación de la salud.

Fomento de una rectoría responsable de la salud

Los sistemas de salud del siglo XX han acabado abarcando una multitud de copartícipes, organismos e instituciones. A consecuencia de ello, han ido fragmentándose y con frecuencia dan muestras de estrechez de miras al perseguir objetivos al servicio de intereses particulares y a expensas de los objetivos generales en materia de salud.

En ese nuevo marco, es importante que los Estados velen por que las *funciones* fundamentales del sistema de salud -recogida y puesta en común de fondos, pagos de los servicios de salud y prestación de asistencia- contribuyan con armonía a la consecución de los objetivos globales del sistema de salud. Se puede designar esa misión con la palabra «rectoría»: la gestión responsable de las funciones y las interacciones entre los múltiples copartícipes e intereses del sistema de salud con vistas a la consecución de los fines sociales.

La rectoría responsable de la salud entraña dos características fundamentales:

La primera es la **supervisión de todos los componentes del sistema de salud**. Los Ministerios de Salud, en lugar de centrarse en los servicios prestados por el Estado, deben esforzarse por movilizar los recursos del sector privado. Dada la fuerte dependencia del mercado privado para la prestación de asistencia de salud en muchos países de bajos ingresos, las prestaciones del sector privado son particularmente importantes para los pobres. Se puede emplear una combinación de criterios para aprovechar los recursos del sector privado, incluidos los incentivos

financieros, la utilización del poder adquisitivo mediante contratos con prestadores de servicios privados, la información a los consumidores y la reglamentación estatal. La supervisión y la intervención estatales en subsectores del mercado privado -por ejemplo, los seguros, la industria farmacéutica y la formación de recursos humanos- son necesarias para velar por que esas industrias contribuyan a los fines globales del sistema de salud.

Para poner en práctica esos cometidos en materia de rectoría, los Ministerios de Salud deben cambiar radicalmente de orientación. Se trata de que sustituyan los servicios de prestación directa de la atención de salud por la supervisión general, el fomento, las adquisiciones estratégicas, la formulación de normas para la financiación y la prestación de la atención de salud por parte de diversos copartícipes y la evaluación del rendimiento global del sistema. Se debe acelerar esa sustitución -es decir, pasar de remar a ir al timón- mediante la formación y la cooperación técnica a fin de fortalecer las aptitudes necesarias para desempeñar esas funciones.

Los Ministerios de Salud deben estar mejor preparados para la consecución del consenso, la negociación y la mediación entre todos los copartícipes pertinentes -dentro y fuera de la administración del Estado- a fin de crear lazos de colaboración y coaliciones más potentes entre los diversos sectores e intereses. Deben poder exigir a todos los copartícipes una rendición de cuentas respecto de los resultados obtenidos por el país en función de objetivos de salud acordados en los niveles nacional e internacional. Para ello son necesarios sistemas de supervisión más sólidos, que aporten no sólo las tendencias medias en materia de condiciones de salud, utilización de la asistencia de salud y gasto en asistencia de salud, sino también las tendencias socioeconómicas de esos indicadores.

La segunda característica de la rectoría responsable de la salud es el **deber de sensibilización intersectorial** para influir en la política relativa a los más amplios factores determinantes de la salud de los pobres.

Cuando las políticas y las prácticas de otros sectores de la economía presentan riesgos y oportunidades para mejorar la salud, no basta con que los Ministerios de Salud se encarguen exclusivamente de la prestación de los servicios de salud estatales. Así, por ejemplo, el Ministerio de Salud debe propugnar con determinación una nutrición mejor partici-

«Una rectoría responsable de la salud entraña... la supervisión de todos los componentes del sistema de salud».

Los Ministerios de Salud deben apoyar las medidas encaminadas a aumentar el grado de instrucción de la educación femenina.



pando en los debates sobre las políticas relativas al acceso a la tierra, las subvenciones a los cultivos y otras cuestiones agrarias. Asimismo, los Ministerios de Salud deben apoyar las medidas encaminadas a elevar el nivel de educación femenina y propugnar una distribución más equitativa de los ingresos. Existen pruebas elocuentes de que esos dos elementos contribuyen positivamente a mejorar los resultados en materia de salud.

La Organización Mundial de la Salud considera que se debe hacer realidad esa

concepción de la rectoría de salud fortalecida para que la salud haga su contribución potencial a la reducción de la pobreza y al desarrollo humano. Resulta particularmente necesario en los países cuya administración de los asuntos de salud es deficiente.

Para hacer realidad esa concepción de una rectoría fortalecida de la salud, será necesario un fuerte apoyo político, financiero y técnico internacional, en particular en el África subsahariana y el Asia meridional.

REFERENCIAS

- 1 Banco Mundial. Poverty Net.
- 2 Fuente de los datos que figuran en esta sección: ONUSIDA. «La epidemia de SIDA: situación en 1998». ONUSIDA/OMS, Ginebra, 1998.
- 3 ONUSIDA. A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of Sub-Saharan Africa. ONUSIDA, Ginebra, 1999.
- 4 ONUSIDA. «Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights». ONUSIDA/IPU, Ginebra (Suiza), 1999.
- 5 Ídem.
- 6 Fuente de los datos que figuran en esta sección: Organización Mundial de la Salud. «Informe sobre la salud en el mundo 1999». OMS, Ginebra, 1999.
- 7 Steketee *et al*, 1994. Malaria prevention in pregnancy. CDC Atlanta
- 8 Fuente de los datos que figuran en esta sección: Dye *et al*. «Global burden of tuberculosis: Estimated incidence, prevalence and mortality by country in 1997». JAMA. 1999; 282:677-686.
- 9 ONUSIDA/IPU. «Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights. ONUSIDA/IPU, Ginebra, 1999.
- 10 Organización Mundial de la Salud. «Tuberculosis». Nota descriptiva N° 104. OMS, Ginebra, 1998
- 11 ONUSIDA/IPU. «Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights». ONUSIDA/IPU, Ginebra, 1999.
- 12 Ahlburg, Dennis A. «The Economic Impacts of Tuberculosis» Informe preparado para la OMS, octubre de 1999.
- 13 Fuente de los datos que figuran en esta sección: Organización Mundial de la Salud. «Nutrition for Health and Development. Progress and Prospects on the Eve of the 21st Century». OMS 1999.
- 14 Murray, C. and Lopez, A. «The Global Burden of Disease» Harvard University Press, 1996.
- 15 FNUAP. «State of the World's Population 1999". FNUAP, Nueva York, 1999.
- 16 Ídem.
- 17 Fuente de los datos que figuran en esta sección: Organización Mundial de la Salud, EOS/WSH.
- 18 Se trata de los años de vida perdidos a consecuencia de una muerte prematura y los años vividos con discapacidad, ajustados en función de la gravedad de ésta.
- 19 Organización Mundial de la Salud. «Removing Obstacles to Healthy Development». OMS/CDES/99.1.
- 20 Organización Mundial de la Salud. «Removing Obstacles to Healthy Development». OMS/CDES/99.1.
- 21 Health and Environment in Sustainable Development. OMS, 1997: 159.
- 22 Organización Mundial de la Salud. «Removing Obstacles to Healthy Development». OMS/CDES/99.1.
- 23 Vlassof, C. *et al*. «Towards the Healthy Women Counselling Guide». PNUD/Banco Mundial/OMS, 1995
- 24 UNICEF 1992, citado en Barkat, Abul, «Crisis in Governance of Public Health System in Bangladesh: A Challenge of Humane Governance». Documento preparado para su exposición en un simposio especial sobre pobreza y salud en el Asia meridional (crisis y desafío), Bangalore (India), 16 de noviembre de 1999.
- 25 Informe de una comisión independiente sobre la salud en la India. Voluntary Health Association, 1999.
- 26 Organización Mundial de la Salud. «Informe sobre la salud en el mundo 1999». OMS, Ginebra, 1999.



Departamento La Salud en el Desarrollo Sostenible, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza
Tel. : +41 22 791 2558. Fax : +41 22 791 4153. Correo-e : martinj@who.ch Sitio Internet : <http://www.who.int>