

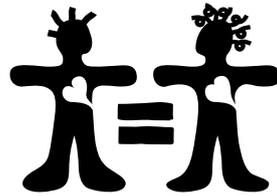


Equidad en Salud

medicmundi
andalucía

JUNTA DE ANDALUCÍA
COMISIÓN DE LA PRESIDENCIA

Unicaja
Obra Social



Equidad en Salud


medicusmundi
andalucía


JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA


Unicaja
Obra Social

Autor:

Medicusmundi Andalucía
C/ José Tamayo, 12, Edif. Puerto Lápice, Local.
18008 Granada
Teléfono: 958 135 070
Fax: 958 138 338
Correo electrónico: andalucia@medicusmundi.es
www.medicusmundi.es

Equipo de redactores:

Aparicio, Ana Ismenia (El Salvador)
Biedma López, Eugenia
Caba Porras, Mercedes
Gallardo Martín, Juan Ignacio
Herrera Sánchez, Cristina
Kaissy, Sylvia (Marruecos)
Ochoa Rodríguez, María Dolores
Rodríguez, Roxana María (El Salvador)
Sánchez Robles, Carmen

Coordinación general: Sánchez Robles, Carmen

Diseño y maquetación: Portair

Óleos originales: Elena Laura

Editorial: Grupo Editorial Universitario

Impresión: Lozano Impresores.

ISBN: 978-84-9915-116-8

Depósito legal: GR-484-2010

Esta publicación es de distribución gratuita y no se permite el uso de la misma con fines comerciales. Está permitida su reproducción haciendo debida mención de la fuente. Se puede descargar gratuitamente este libro, en formato PDF, en www.medicusmundi.es

Para citar este libro o alguna de sus partes:
Medicusmundi. Equidad en Salud: Manual para profesionales.
Medicusmundi Andalucía. Granada. 2010.

Introducción

Este manual forma parte de una exposición didáctica sobre Equidad en Salud. En este volumen se habla de diversos temas que, aunque aparentemente inconexos entre sí, se interrelacionan influyendo en las condiciones de vida de las personas y, por tanto, en su estado de salud.

No ha sido nuestra intención hacer una evaluación profunda del porqué, en este mundo globalizado, hay tantas personas excluidas de los beneficios de la globalización ni de por qué, cada vez más, tanto en los países ricos como en los pobres, se incrementa la brecha entre los más pudientes y aquellos que carecen de los recursos suficientes para poder disfrutar de la vida en el mejor posible estado de salud. Pero, informando sobre parte de las causas de esta exclusión, pretendemos despertar y/o aumentar el interés de la comunidad universitaria de ciencias de la salud y de los y las profesionales sanitarios por las consecuencias que la globalización está teniendo en la salud de las personas y de las poblaciones.

En nuestra sociedad, fuertemente medicalizada, se confunde con frecuencia la salud con la atención médica dirigida a la curación de enfermedades. Por ello, nos preocupa que tanto el personal sanitario como las personas actualmente en formación sean conscientes de la estrecha relación que existe entre las desigualdades económicas, la injusticia social, la falta de derechos humanos -entre otros, del derecho a la salud y a la educación-, la escasez de recursos o la mala inversión de los mismos por parte de los responsables políticos, en el estado de salud de las personas y de los pueblos así como de sus causas y consecuencias. Por este motivo, hablaremos de algunos temas cuya influencia en la salud consideramos que es de la máxima importancia en el momento actual.

El deterioro del medio ambiente (cambio climático, contaminación), la ausencia de agua de calidad para usos domésticos, la falta de sistemas adecuados de saneamiento, hacen que millones de personas en el mundo se encuentren expuestas a afecciones que en otros lugares son fácilmente prevenibles y que frenan su desarrollo personal así como el de la población en general.

La desnutrición, debida con mayor frecuencia a la existencia de estructuras basadas en un comercio global injusto y al deterioro medio ambiental que a la falta de alimentos, incrementa las posibilidades de enfermar y frena el desarrollo físico y mental cuando se produce en la primera infancia. La obesidad, causada por un exceso de alimentos ricos en grasas y azúcares y por la existencia de "entornos obesogénicos" que no favorecen

la práctica de ejercicio físico, está aumentando en todos los países y, con ella, una serie de enfermedades que causan una gran discapacidad a las personas, especialmente a las que tienen menos recursos y carecen de servicios sociales básicos.

El género afecta de manera diferente a la salud de mujeres y hombres, pero son las mujeres, en la mayoría de las sociedades, las que suelen presentar mayores problemas de salud como consecuencia de los roles que les han sido atribuidos. Los problemas sanitarios de las mujeres comienzan incluso antes del nacimiento y las acompañan durante todo su ciclo vital, con mayor o menor gravedad dependiendo de la sociedad en la que vivan.

La migración desde entornos rurales escapando de la pobreza está dando lugar a un crecimiento urbano sin parangón, en muchos casos excesivamente rápido y descontrolado. Aparecen barrios con una gran precariedad de condiciones de vida y de trabajo. Las personas que los habitan se encuentran especialmente afectadas por la exclusión social y económica y, con frecuencia, carecen de acceso a la educación, a cuidados básicos de salud y a la toma de decisiones. Esto da lugar a un incremento de problemas ambientales y de salud y a un aumento de las inequidades dentro y entre diferentes ciudades del mundo. El aumento de enfermedades crónicas en los países en desarrollo, la aparición de nuevas infecciones, el rebrote de otras que se creían controladas y el aumento de la resistencia de los gérmenes a los medicamentos están planteando serios retos en todos los países y, especialmente, en los que poseen menos recursos sanitarios.

Las nuevas reglas del comercio han hecho que muchos países y millones de personas vean mermado su poder adquisitivo. Esto ha tenido una repercusión negativa en los mecanismos de protección social, en el acceso a la educación y a los cuidados básicos de salud y en la calidad de la alimentación. La aplicación de patentes a los medicamentos los ha vuelto inaccesibles para millones de personas mientras la industria farmacéutica es una de las más rentables del mundo. Las nuevas tecnologías podrían permitir un mayor acceso a la formación, información e intercambio de conocimientos. Pero millones de personas no disponen de los medios ni de la formación precisas para utilizarlas e incluso, en muchos lugares, carecen de tecnologías básicas como la electricidad.

La privatización de los sistemas de salud, en muchos países, impide el acceso de un gran número de personas a los cuidados de salud o las hunde en la pobreza al tener que asumir todos los costes que implican estos cuidados. La falta de recursos humanos es un grave problema sanitario en todos los países, pero especialmente

acusado en los países en desarrollo, cuyos profesionales de la salud emigran a otros países en busca de mejores condiciones de trabajo.

Para terminar, se exponen algunas experiencias de Participación Comunitaria en Salud y se habla, someramente, de Cooperación Internacional en Salud.

Confiamos en que con este manual y la exposición que lo acompaña podamos aumentar la concienciación sobre los efectos que las desigualdades tienen en la Equidad en Salud. En medicusmundi, como organización de cooperación en el área de la salud, creemos que las y los trabajadores de la salud deben comprender claramente los factores sociales, culturales y ambientales que afectan a la salud y a la enfermedad a un nivel global, y deben ser conscientes de la capacidad y de la responsabilidad de la medicina para influenciar en ellos. Como personas individuales y como miembros de sociedades profesionales y de organizaciones privadas o públicas, las y los profesionales de la salud deberían ser los principales promotores del cuidado de la salud global.

Medicusmundi Andalucía

Prólogo

La equidad y la justicia social, claves para el desarrollo de los pueblos

“Mi causa no ha nacido de algo bueno, sino de algo amargo, se ha radicalizado con la miseria de mi pueblo, con la desnutrición que he visto y he sufrido, con la explotación y la opresión”.

Rigoberta Menchú. Premio Nobel de la Paz. 1992.

Al comienzo de este nuevo siglo, en un escenario de gran incertidumbre, nos encontramos perplejos y confundidos ante las incoherencias y falsedades de la vida pública. Debemos preguntarnos cómo contribuir a dignificar la vida colectiva; cómo recuperar el impulso hacia la moralidad y el compromiso como medios importantes para restituir una parte esencial del espíritu de lo humano. Cómo luchar contra la injusticia, la intolerancia y el fanatismo –expresión perversa del miedo a la verdad- y cómo rescatar el clamor por la equidad y la justicia social como ejes esenciales para alcanzar el desarrollo de los pueblos.

Desde los clásicos esquemas de Horwitz y Quesada-Vargas, que desarrollan ideas enunciadas con anterioridad (Johan Peter Frank. 1790. *De populorum miseria morborum genitrice*. “La miseria del pueblo madre de las enfermedades”) se acepta el criterio de la estrecha relación entre el estado de salud-enfermedad y el desarrollo socio-económico de la comunidad.

Ciclo económico de la enfermedad en los países pobres (Horwitz)



Se considera que la mayor parte del cambio en los patrones de morbi-mortalidad del último siglo, ha sido consecuencia más de los cambios sociales y económicos producidos, que de los mayores recursos invertidos en los servicios sanitarios. No obstante, este proceso, que ha hecho disminuir claramente la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida media, no ha conseguido un reparto equitativo del bienestar y ha provocado un crecimiento de las enfermedades de la conducta y un aumento de la medicalización.

En 1974, la 27ª Asamblea General de las Naciones Unidas declaró: "hemos de trabajar para corregir las desigualdades y reparar las injusticias actuales, eliminando las disparidades crecientes entre los países desarrollados y los en desarrollo". Las enormes desigualdades en materia de salud, la no equitativa utilización de los servicios, la falta de criterios de planificación y la incorrecta gestión de la asistencia hizo plantearse a la OMS una nueva alternativa del Sistema Sanitario tradicional: la Atención Primaria de Salud (Alma-Ata. 1978), después de que la 30ª Asamblea Mundial de la Salud (1977) señalara que "la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios deberá consistir en alcanzar para todos los ciudadanos en el año 2000, un grado de salud que les permita una vida social y económicamente productiva". Esta meta es la conocida como "Salud para todos en el año 2000".

Treinta y tres años después, la cruda realidad descubre la crisis de un discurso institucional lleno de buenas intenciones y objetivos sin cumplir, ya que el proceso de degradación ha continuado:

- Se ensancha la brecha que separa los países pobres de los ricos.
- Se acrecienta el escándalo del hambre.
- Se incrementan las migraciones por razones socio-económicas y políticas.
- Aumenta la desertización y la deforestación.
- Se acelera el cambio climático.
- Se refuerza la violencia, el fanatismo y la tensión social.
- Se acelera la pérdida de la biodiversidad y el consumismo depredador.

Es claro que el concepto de "Salud para todos" ha contribuido positivamente a mejorar la salud de los pueblos, como nos señalan diversos indicadores (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad maternal, acceso a recursos sanitarios), pero por el contrario, el imperativo de equidad –núcleo fundamental de la atención primaria de salud– aparece como su mayor fracaso, pues continúa creciendo la desigualdad entre los países y se aumenta la brecha entre las distintas clases sociales dentro de la mayoría de ellos.

Sirvan a modo de ejemplo: Los valores del PIB per capita (ajustados por paridad de poder adquisitivo) de Liechtenstein (85.382\$ USA) frente a los de la República Democrática del Congo (298\$ USA). De igual manera, las cifras relativas a las tasas ajustadas de mortalidad maternal entre España (4 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) y Sierra Leona (2.100/100.000). El reparto desigual del ingreso entre el 10% de la población más rica respecto al 10% de la población más pobre, valor cuyo cociente es de 6,1 en Noruega frente a 106,6 en Namibia. Y, por último, el gasto sanitario per cápita, también ajustado, que en Estados Unidos era de 6.096\$ frente a los 16\$ de Burundi.

De cualquier forma, alcanzar la equidad exigirá una recuperación de los valores, donde la búsqueda de la verdad, la justicia y la humildad sean las llaves del conocimiento, y que establezca en la solidaridad –con el hombre y la naturaleza– la base de un desarrollo sustentable y respetuoso. Ello va a exigir una profunda participación de la sociedad civil, con el impulso de sus ideales, el énfasis en el crecimiento de la racionalidad –como estímulo de lo más elevado del espíritu– y el fortalecimiento de sus organizaciones.

Y así, hacer frente a dos de los mayores problemas que avergüenzan a la especie humana: la enorme desigualdad y el escándalo del hambre.

Y con ello poder decir igual que lo hiciera el poeta: “¡Cuando será la tierra, lugar de la cosecha para todas las gentes!” (Francisco R-Contreras).

Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
Presidente de Medicusmundi Andalucía

Índice

Equidad en salud y determinantes de la salud.....	16
Influencia del medio ambiente en la salud.....	24
El agua y su relación con la salud.....	36
Malnutrición: hambre y obesidad en un mundo globalizado	48
La importancia de la equidad de género en salud.....	60
Globalización y salud I: Urbanización, enfermedades crónicas e infecciosas. Resistencia a antibióticos.....	76
Globalización y Salud II: Comercio, derechos de propiedad intelectual y nuevas tecnologías.....	90
Sistemas sanitarios y equidad en salud.....	106
Experiencias de participación comunitaria en salud	120
Cooperación internacional en salud y equidad	132



Adaptado de: Dahlgren y Whitehead, 1991

Equidad
en salud
y determi-
nantes de
la salud

Equidad en salud y determinantes de la salud

En el año 2008 se conmemoró el 60º aniversario de la creación de la Organización Mundial de la Salud y de la adopción de su constitución, en la cual se define la salud como un **“estado de completo bienestar físico, mental y social”**⁽¹⁾, concepto que incluye una amplia serie de realidades que implican mucho más que la mera ausencia de enfermedad. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas⁽²⁾. La salud, como la educación, han sido reconocidas como derechos humanos por formar parte de las capacidades básicas que dan valor a la vida humana. Sin embargo, en todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas enferman y mueren con mayor frecuencia que las que pertenecen a grupos en posiciones sociales más privilegiadas y tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto.

En la conferencia de Alma-Ara⁽³⁾, celebrada en 1978, se reconoció la existencia de graves desigualdades

en el estado de salud de la población entre unos países y otros, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de los países, aseverando que dichas desigualdades eran **“política, social y económicamente inaceptables”**, por lo que debían de ser motivo de preocupación común para todos los países. En promedio, las personas son ahora más sanas y viven más años que en el momento en que se firmó la declaración de Alma-Ara. Hay más acceso a agua de bebida mejorada, a saneamientos y a intervenciones claves de salud como la inmunización infantil y la atención prenatal. Nunca se había contado con tantos recursos para la salud como ahora. Las tasas de mortalidad infantil han disminuido constantemente en todas las regiones durante los últimos 30 años y la esperanza global de vida al nacimiento ha aumentado desde los 60 hasta los 67 años. Sin embargo, estos avances no se han producido por igual en toda la población. En el Informe sobre la salud en el mundo de 2008⁽⁴⁾ se ponen de manifiesto llamativas inequidades en los resultados sanitarios, el acceso a la atención y los pagos que deben efectuarse para recibirla. Las diferencias

entre la esperanza de vida de las personas más ricas y las más pobres superan ahora los 40 años. El 90% de la mortalidad infantil está concentrada en sólo 42 países. De los 136 millones de mujeres que se estima que darán a luz este año, unos 58 millones no recibirán atención médica de ningún tipo durante el parto y el postparto, lo que pone en peligro sus vidas y las de sus hijos e hijas. El aumento de los costos de la atención de salud y el desbaratamiento de los sistemas de protección financiera, están haciendo que el gasto personal en salud hunda cada año a más de 100 millones de personas por debajo de la línea de pobreza.

Como indica David Tejada de Rivero^a, **“las condiciones que dieron origen a la meta social y política de “Salud para todos” y a la estrategia, también social y política, de la “atención primaria de salud”, no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces”**⁽⁵⁾.

a David A. Tejada de Rivero fue subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985 y dos veces ministro de Salud de Perú.

El concepto de equidad en salud

Pero ¿qué es la equidad en salud? Aunque en castellano se habla de desigualdades en salud -no existe la palabra “inequidad”- los conceptos de equidad/inequidad no son sinónimos de igualdad/desigualdad. Utilizando un ejemplo de Amartya Sen⁽⁶⁾ sabemos que, sobre todo por motivos biológicos, las mujeres tienen más probabilidades de supervivencia que los hombres, incluso en el estadio fetal, así como menor incidencia de algunas enfermedades a lo largo de su vida. Por tanto, en las sociedades en las que los sesgos de género en cuanto a los cuidados de salud son escasos (como Norteamérica y Europa Occidental) predominan las mujeres, aunque se conciban más fetos masculinos que femeninos y nazcan más varones que niñas. Es decir, en estas sociedades existe una **desigualdad en salud** entre las mujeres y los hombres. Pero sería moralmente inaceptable proponer que las mujeres **deberían** recibir peor atención sanitaria que los hombres con el fin de hacer desaparecer esta desigualdad. En general, las desigualdades en salud que son debidas a variaciones biológicas naturales (como el sexo o la edad) o a exposición voluntaria a situaciones de riesgo para la salud (por ejemplo: practicar deportes de alto riesgo) no se pueden considerar “inequidades”.

Hablamos de inequidad cuando las desigualdades en salud son sistemáticas (aparecen de manera reiterada entre diferentes grupos socio-económicos)

18 Equidad en salud y determinantes de la salud

y debidas a causas evitables e innecesarias y, por tanto, injustas e inaceptables⁽⁷⁾. Muchas diferencias en la salud de las personas y de las poblaciones no se pueden explicar por motivos biológicos, sino que son debidas a otras causas. El hecho de que las desigualdades en salud sean consideradas o no injustas depende principalmente de si las causas que las provocan son elegidas por las personas o se escapan de su control. Por ejemplo, las personas con escasos recursos, en general, disponen de pocas opciones para habitar en viviendas de calidad situadas en entornos salubres, evitar la explotación laboral, rechazar trabajos de elevada peligrosidad así como para procurarse o proporcionar a sus familias las oportunidades (como formación, educación y cuidados sanitarios) que les permitan salir del círculo vicioso de pobreza y mala salud.

Las inequidades en salud son consecuencia de las desigualdades en la distribución del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, tanto a nivel global como nacional⁽⁸⁾. Esto tiene consecuencias inmediatas en la vida de las personas: en el acceso a la educación y a los cuidados de salud, en sus condiciones de trabajo y de ocio, en sus hogares, comunidades y ciudades y en las oportunidades de disfrutar de una vida satisfactoria.

Sociedad “global” e inequidades en salud

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las

personas. Una de las causas más importantes de ausencia de salud es la pobreza y, a su vez, no disfrutar de salud, es causa de pobreza. En los últimos años, la liberalización de los mercados y otras medidas de política económica han aumentado la vulnerabilidad económica, y por lo tanto sanitaria, de un gran número de personas en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Además, la demanda creciente y continuada de recursos por parte de los países ricos está dando lugar a grandes pérdidas de tesoros nacionales en los países en desarrollo y, en demasiadas ocasiones, a la aparición de conflictos que afectan especialmente a la población más indefensa. Los beneficios que proporciona la comercialización de estos recursos no repercute en la población que más los necesita, sino que recaen en manos de un escaso número de personas, generalmente las más sanas y poderosas del país, y en las de poderosas compañías transnacionales. Pero, además, el consumo irresponsable de estos recursos puede ocasionar alteraciones del medio ambiente cuyas consecuencias, por lo general, deben pagar aquellos que poseen menos medios para protegerse.

Determinantes de la salud

La salud de las personas no es el resultado de los cuidados médicos que recibe, aunque estos sean una parte importante de la misma, sino que es consecuencia de cómo y dónde esta persona es concebida, nace, crece, vive y se relaciona, trabaja, enferma y envejece.

Las variaciones en la salud de los individuos pueden ser debidas⁽⁹⁾ a factores genéticos, constitucionales, edad, sexo, suerte y azar o, más a menudo, ser el resultado de una inequidad. La mayor parte de las inequidades en salud son el resultado de la existencia de desigualdades sociales y/o económicas que, como ya se ha dicho, son inaceptables, evitables e injustas.

En 1986, en Ottawa⁽²⁾, se estableció que las condiciones y requisitos básicos para la salud eran "la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad". Más tarde, en Yakarta⁽¹⁰⁾, se añadieron "la seguridad social, las relaciones sociales, el empoderamiento de la mujer, el uso sostenible de los recursos, el respeto de los derechos humanos y la equidad", reconociéndose que la mayor amenaza para la salud era la situación de pobreza.

Desde la celebración de estas conferencias se han sucedido muchos cambios en las formas de consumo y comunicación y en las medidas de comercialización. Se están produciendo cambios ambientales a nivel mundial así como un aumento progresivo de la urbanización (en 2007, por primera vez en la historia, más de la mitad de la población mundial vivía en entornos urbanos⁽¹¹⁾), que han dado lugar a la aparición de crecientes desigualdades en los países y entre ellos. Estos cambios están afectando a las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares y a la cultura y urdimbre social de las comunidades⁽¹²⁾.

Se denomina Determinantes de la Salud a todos aquellos factores que influyen en el estado de salud de las personas y de los pueblos. Es decir, las condiciones reconocidas en las Conferencias de Ottawa (1986)⁽²⁾ y Yakarta (1991)⁽¹⁰⁾ a los que podemos añadir la soberanía alimentaria, los roles de género, las condiciones laborales y el acceso a cuidados básicos de salud y a métodos diagnósticos y/o terapéuticos. Pero nuestras sociedades, cada vez más complejas, están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Como consecuencia del intercambio internacional de bienes, recursos y personas estimulado por la sociedad de globalización actual, muchos de los problemas de salud que afectan a las sociedades actuales deben ser considerados desde un punto de vista "global". En la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud⁽¹²⁾, se reconoció que, hoy en día, existen otra serie de factores, todos ellos relacionados con la nueva sociedad global, que poseen una influencia crítica en la salud. Las nuevas formas de acceso a la información y a las tecnologías de comunicación; el consumo irresponsable que da lugar al agotamiento de los recursos no renovables; la aplicación de medidas neoliberales al comercio global que perjudican a los países con menos recursos; los cambios ambientales mundiales -generados en su mayoría en los países ricos- y la urbanización creciente, están generando desigualdades crecientes entre y dentro de los países.

En casi todos los países del oeste de Europa, las diferencias en mortalidad entre los distintos grupos socio-económicos son sustanciales, y han ido en aumento en las últimas dos décadas, observándose, en los grupos con bajo nivel socioeconómico, un exceso de mortalidad del 25-50%, o superior, con respecto a los de nivel más alto. Estas inequidades suelen ser mayores entre los varones que entre las mujeres, comienzan en la infancia y persisten hasta la ancianidad.

Göran Dahlgren y Margaret Whitehead. 2006⁽¹⁴⁾

Además, la existencia de barreras culturales, económicas y geográficas entre los pueblos por un lado, y la permeabilidad de las fronteras a nuevas amenazas a la salud por otro, son otros de los mecanismos que pueden incrementar las desigualdades de salud, especialmente entre las personas más vulnerables.

Según la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**⁽¹³⁾, en todos los países las personas más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y de mortalidad prematura. Pero la mala salud no depende únicamente del nivel de ingresos. Globalmente, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. Según esta Comisión, la mala salud de las personas en situación de pobreza, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países no son, en ningún caso, un

Un obstáculo para reconocer el problema es que las inequidades en salud son **invisibles** en la vida diaria, donde la enfermedad y la muerte suelen ser percibidas como avatares que golpean, más bien al azar, a amigos y familia. Imaginemos la posibilidad de observar que personas vivirán y cuales morirán precozmente debido a una causa evitable; probablemente, esta **visibilidad** cambiaría de manera radical las agendas sanitarias.

Göran Dahlgren y Margaret Whitehead. 2006⁽¹⁴⁾

fenómeno «natural», sino el resultado de una combinación deplorable de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

Aunque la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales. Por otra parte, la globalización puede crear nuevos mecanismos de promoción de la salud "global" focalizados en la equidad en salud, que aseguren beneficios en la salud para todos y todas.

Bibliografía

- 1 Organización Mundial de la Salud. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Documentos básicos, suplemento de 45ª edición, octubre de 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. (Último acceso 15 de septiembre de 2009).
- 2 **Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud**. Ottawa. 1986.
- 3 **Declaración de Alma-Ata**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- 4 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo**. 2008.
- 5 David A. Tejada de Rivero. **Alma-Ata: 25 años después**. Revista Perspectivas de Salud. 2003. 8 (1). Disponible en URL: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>. Último acceso el 16 de septiembre de 2009.
- 6 Amartya Sen. **¿Por qué la equidad en salud?** Rev. Panam. Salud Pública. 2002. 11 (5-6) doi: 10.1590/S1020-49892002000500005. Acceso el 19 de enero de 2008.
- 7 Margaret Whitehead (1990). **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/RPD 414). <http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>. Último acceso el 18 de septiembre de 2009.
- 8 Michael Marmot. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Lancet 2008; 372: 1661-69.
- 9 Margaret Whitehead y Göran Dahlgren. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. Studies on social and economic determinants of population health, 2006; World Health Organization.
- 10 **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI** 1991. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Traducción de OPS/OMS. Washington, DC.
- 11 UN-Habitat. **State of the world's cities 2008/2009. Harmonious cities**. United Nations Human Settlements Programme, 2008.
- 12 **Carta de Bangkok**. Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la salud. 2005. Bangkok.
- 13 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación**. Resumen analítico. 2008. Organización Mundial de la Salud.
- 14 Göran Dahlgren y Margaret Whitehead. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. Studies on social and economic determinants of population health. 2006; 3. World Health Organization.





Influencia del medio ambiente en la salud

Influencia del medio ambiente en la salud

Si tuviéramos acceso a 1.000 planetas y las cosas salieran mal -como cree la mayoría de los científicos- podríamos trasladarnos a otro. Pero no tenemos esa opción; no hay otro planeta al que nos podamos desplazar. Estamos condenados a vivir en la Tierra.

Joseph Stiglitz ⁽¹⁾

En 1972, el ambiente aparece por primera vez en la agenda mundial en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, en Estocolmo⁽²⁾. En su declaración final se reconocía que, así como la capacidad de transformar el entorno podía incrementar el desarrollo de los pueblos, también podía causar graves daños muchos de ellos nocivos para la salud física, mental y social de las personas. Más tarde, en 1987, el informe Brundtland⁽³⁾ –**Nuestro Futuro Común**– introdujo la idea del desarrollo sostenible como **“el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las propias”**.

“El desarrollo sostenible requiere una visión de las necesidades y del bienestar humanos que incorpore variables no económicas [...] que se disfrutan por su propio bien, el aire y el agua puros y la protección de la belleza natural. Debe también contribuir a eliminar las desventajas de los grupos desfavorecidos, muchos de los cuales viven en zonas ecológicamente vulnerables.”

“Gran parte de los actuales esfuerzos por conservar y mantener el progreso, satisfacer las necesidades y realizar las ambiciones humanas son simplemente insostenibles – tanto para las naciones ricas como para las pobres... Estamos tomando prestado capital del medio ambiente de las futuras generaciones sin intención ni perspectivas de reembolso. Es posible que nos condenen por nuestra dispendiosa manera de actuar, pero no podrán cobrar la deuda que con ellos estamos contrayendo.

Actuamos como si pudiéramos salirnos con la nuestra: las generaciones futuras no votan, no tienen poder político ni financiero, no pueden oponerse a nuestras decisiones.”

Nuestro Futuro Común. 1987 ⁽³⁾

A pesar de algún progreso, el informe Human Impact Report de 2009⁽⁴⁾ estima que, cada año, el cambio climático ocasiona la muerte de unas 300.000 personas, afecta gravemente a 350.000 y causa pérdidas económicas por valor de 125.000 millones de dólares USA. 4.000 millones de personas se encuentran en situación de vulnerabilidad y 500 millones en riesgo extremo.

Pero además del cambio climático, otros factores ambientales afectan de manera dramática la salud de mucha gente. La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de tres millones de niño/as mueren anualmente como resultado de entornos insalubres⁽⁵⁾. Entre el 80% y el 90% de los casos de diarrea son causados por factores ambientales; entre 2.000 y 3.500 millones de personas de los países en desarrollo -la mayoría mujeres y niño/as- están expuestos a los gases y otras sustancias dañinas emitidos por los combustibles, con frecuencia estiércol y carbón, que utilizan para cocinar en habitaciones generalmente mal ventiladas; en las áreas rurales, la técnica deficiente de cría de animales ocasiona la proliferación de enfermedades transmitidas por los animales y aumento de resistencia a los antibióticos⁽⁶⁾.

Cambio climático

En su informe de 2007⁽⁷⁾, el IPCC (Grupo intergubernamental de expertos sobre el cambio climático) alertó sobre el inequívoco calentamiento del clima que podía desprenderse **“del aumento observado del promedio mundial de temperatura del aire y del océano, de la fusión generalizada de nieves y hielos, y del aumento del promedio mundial del nivel del mar”**.

Aunque las variaciones del clima ocurren como parte de la evolución natural del planeta, en dicho informe se ha observado:

- Las emisiones mundiales de GEI (Gases de Efecto Invernadero) causadas por actividades humanas han aumentado, desde la era preindustrial, en un 70% entre 1970 y 2004.
- En 2005, las concentraciones de GEI en la atmósfera excedieron considerablemente el intervalo de valores naturales de los últimos 650.000 años. El aumento mundial de estas concentraciones se debe principalmente al uso de combustibles de origen fósil, con una aportación menor, aunque perceptible, de los cambios en las actividades agrícolas.
- El aumento observado del promedio mundial de las temperaturas desde mediados del siglo XX se debe en su mayor parte, muy probablemente, al aumento observado en las concentraciones de GEI por causa de las actividades humanas.

“El mundo está enfermo y no parece tener tratamiento. Esta alarmante situación afecta a todas las personas del planeta, y nadie está a salvo de las terribles consecuencias de esta patología, ni las personas pobres, ni las ricas; ni el clérigo ni el agnóstico. Es muy importante que no olvidemos el síntoma principal de esta terrible patología: la indiferencia de los habitantes de la tierra.”

Víctor Gustavo Arias Ledesma, Médico especialista en Epidemiología y Salud Pública. México. 2008 ⁽⁸⁾

El impacto del cambio climático, si no se ponen los medios necesarios para frenarlo, se dejará sentir, antes o después y en mayor o menor medida, en todas las regiones del globo. Pero mientras los gobiernos de los países -especialmente los más industrializados- discuten sobre las medidas a tomar, en los países en desarrollo, habitados por la mayoría de las personas más pobres del mundo, se están enfrentando ya a los efectos negativos del cambio climático. La mayor parte de este impacto no se muestra como sucesos apocalípticos cuyas imágenes, difundidas por los medios de comunicación a todo el mundo, conmueven los corazones de las personas. Los efectos más importantes, los que afectan a las vidas diarias de millones de personas, pasan inadvertidos. Pero la creciente exposición a sequías, tormentas más intensas, inundaciones y crisis medioambientales están frenando los esfuerzos de las personas pobres del mundo por mejorar sus vidas y las de sus hijos e hijas⁽⁹⁾.

En las últimas dos décadas, grandes tormentas e inundaciones han colocado en situación de riesgo a un número de personas cada vez mayor. En 1999, 30.000 personas murieron a causa de inundaciones y corrimientos de tierras en Venezuela. En China, las inundaciones afectaron a 130 millones de personas en 2003. Un año después, las inundaciones en Bangladesh obligaron a desplazarse a 20 millones de personas. En los Estados Unidos, el huracán Katrina se llevó 1836 vidas y fue el desastre natural más costoso de su historia⁽¹⁰⁾. Se calcula que **unos 500 millones de personas viven en países con vulnerabilidad extrema a los cambios del clima** a causa de la localización de sus viviendas y a sus circunstancias sociales. Las personas más vulnerables son pobres y viven en países que, además de ser los menos desarrollados, están expuestos a más de un desastre relacionado con el clima, así como a una degradación progresiva del medio ambiente por aumento del nivel del mar o por desertificación⁽⁴⁾.

Las consecuencias del cambio climático sobre el bienestar y la vida de las personas se relacionan con los efectos sobre muchos determinantes de la salud como la alimentación, la calidad del agua, la vivienda, los asentamientos insalubres, los desplazamientos humanos en masa, la seguridad, etc., tal y como exponen extensamente muchos documentos publicados en los últimos años^(4-7,9-13).

Algunos efectos de los cambios medio ambientales en la salud

Temperaturas extremas

Los extremos térmicos asociados al cambio climático tienen un efecto directo sobre la morbimortalidad. Las altas temperaturas pueden provocar cuadros de deshidratación, golpes de calor, calambres, lipotimias, arritmias así como agravación de enfermedades respiratorias y circulatorias ya existentes, especialmente en personas que tienen limitadas las respuestas de adaptación al calor⁽¹⁴⁾.

Eventos meteorológicos e inundaciones

Según las estimaciones del IPCC⁽⁷⁾, es muy probable que aumenten las precipitaciones intensas así como la intensidad de los ciclones tropicales. Las crecidas e inundaciones resultantes afectarían a la agricultura, a la calidad del agua y a las infraestructuras de muchas de las zonas más pobladas y productivas del planeta, como los valles y deltas de los ríos, zonas costeras y algunas islas. La fuerte presión sobre la población de estas zonas daría lugar a procesos migratorios forzados y masivos con importantes consecuencias en la salud pública, como dificultad de acceso a agua potable, aumento de enfermedades relacionadas con el uso de agua contaminada y malnutrición. En la última década del siglo XX, los desastres naturales relacionados con las condiciones meteorológicas afectaron a unos 210 millones de personas⁽¹⁵⁾ y produjeron aproximadamente 600.000 muertes en todo el mundo, el 95% de ellas en países pobres⁽¹⁶⁾. Las sequías prolongadas y las hambrunas son los sucesos menos costosos económicamente, pero los más devastadores en términos humanos. Se calcula que las hambrunas fueron las responsables del 42% de los fallecimientos en el último decenio del siglo XX⁽¹⁵⁾.

Contaminación del aire

Más de 2 millones de personas en todo el mundo mueren prematuramente cada año como consecuencia de la contaminación del aire en el exterior y en lugares cerrados⁽¹⁷⁾. El contaminante que más afecta a la salud humana es la materia en partícula fina. Los contaminantes pueden transportarse a larga distancia y afectar a las personas no responsables de las emisiones. Además, disminuyen el rendimiento de las cosechas y contaminan la cadena trófica. Todo esto da lugar a aumento de enfermedades cardiopulmonares, problemas de seguridad alimentaria y acumulación de sustancias potencialmente carcinogénicas en los alimentos.

En los lugares cerrados, especialmente en las comunidades pobres en las que se utiliza para cocinar biomasa tradicional y/o carbón, las mujeres y los niños/as suelen ser los más perjudicados.

Enfermedades transmitidas por vectores

La incidencia y la distribución geográfica de las enfermedades transmitidas por vectores pueden verse afectadas por cambios en las condiciones climáticas⁽¹⁸⁾. Las modificaciones de la temperatura, humedad, el patrón de precipitaciones y/o vientos, o de las superficies de agua tienen influencia importante en la reproducción y maduración de vectores o huéspedes intermedios de enfermedades infecciosas. Estas alteraciones podrían inducir una variación en el número de casos, localización y presencia estacional de enfermedades como la malaria, el dengue o la leptopirosis.

Origen de la contaminación química del medio ambiente

Casi todas las actividades industriales generan sustancias contaminantes, por ejemplo, la minería (drenajes de mina y de aguas lixiviadas^a), la eliminación de desechos (lixiviado de basureros, eliminación de basura en tierra y mar), la acuicultura y maricultura (microbios, eutrofización y antibióticos) y la producción y uso de hidrocarburos (petróleo).

Un sector también muy contaminante es la agricultura, con el paquete de pesticidas, herbicidas y fertilizantes que se utilizan masivamente desde la revolución verde, y que ha provocado, a lo largo de los años, el empobrecimiento de los ecosistemas y la acumulación de sustancias químicas en suelo, tierra, atmósfera y organismos vivos.

La liberación de estas sustancias puede ocurrir en forma de líquidos, sólidos, polvo, humos o gases y pueden ser conocidas y planificadas (como parte del proceso productivo), o no planificadas (debidas a accidentes industriales o fugas y escapes).

La **liberación planificada** al medio ambiente puede producirse en forma de:

- **Residuos:** los sobrantes de productos peligrosos, sus contenedores o envases y cualquier material contaminado por éstos durante el proceso productivo (ropa, guantes, aserrín, etcétera), que pueden ser depositados en vertederos, tratados en plantas especiales o quemados en incineradoras. Los residuos pueden producirse en forma de:
 - Emisiones liberadas al medio ambiente a través de chimeneas, sistemas de extracción, ventilación y ventanas y
 - Vertidos a través de alcantarillados y tuberías.
- **Bienes producidos:** Durante su uso, los bienes producidos o manufacturados pueden liberar químicos al medio ambiente. De la misma manera, muchas sustancias químicas se liberan al medio ambiente como productos finales al ser utilizados por las y los consumidores. Esto ocurre con una amplia gama de productos tales como pinturas, plásticos, cosméticos, aplicaciones eléctricas, además de, por ejemplo, los humos de los motores.

Las **emisiones no intencionales** son producto de fallas técnicas o accidentes.

Existen numerosos ejemplos de derrames o emisiones no intencionales con gravísimas consecuencias para el medio ambiente. **Solo tomando en cuenta los 10 peores accidentes de los últimos 40 años, el número de personas muertas o heridas suma cerca de 3.000.000.**

Muchas sustancias que fueron liberadas a la atmósfera o vertidas a la tierra o el agua de manera normal durante años han resultado ser sustancias altamente tóxicas, presentando efectos gravísimos mucho tiempo después o en lugares muy distantes al lugar de la emisión.

PNUMA. 2008⁽²⁰⁾

a Lixiviar: Tratar una sustancia compleja, como un mineral, con un disolvente adecuado para separar sus partes solubles de las insolubles (RAE)

Los contaminantes globales afectan a todas las personas independientemente de dónde y quién los haya producido, sin respetar fronteras. Pero las poblaciones que menos han disfrutado de los beneficios del crecimiento económico que ha acelerado el calentamiento mundial, son las que están sufriendo con mayor intensidad sus consecuencias negativas. Mientras que los 50 países menos desarrollados contribuyen menos de un 1% a las emisiones de carbono, el 98% de las personas afectadas y el 90% de las pérdidas económicas se producen en los países en desarrollo⁽⁴⁾. Se trata de una grave injusticia global de la que todos somos responsables.

El cambio climático, los conflictos y la presión ejercida sobre los recursos naturales como consecuencia del crecimiento de la población y de la degradación medio-ambiental, están intensificando la pobreza y vulnerabilidad de muchas personas⁽¹¹⁾, las cuales carecen de los mecanismos de adaptación -medios de refrigeración y/o calefacción, sistemas de protección estatales- existentes en los países con más recursos.

Contaminantes

Las sustancias químicas forman parte indispensable de nuestras vidas. Contribuyen a producir más alimentos y a menor coste en la agricultura, proporcionan fibras sintéticas para tejidos y moléculas para fabricar medicamentos. Además, son necesarias para la fabricación de automóviles, teléfonos, ordenadores, viviendas, muebles y otros muchos elementos que forman parte de nuestra vida diaria.

La eliminación de la pobreza y la promoción de un desarrollo sostenible son esenciales para un mundo equitativo y justo. Las formas actuales de consumo y producción se encuentran entre las principales causas de la degradación de los recursos de la Tierra. Si las actuales tendencias de crecimiento de la pobreza, aumento de la población y sistemas de producción y consumo persisten, irán a peor los impactos negativos sobre los recursos naturales, el medio ambiente y la salud. Y las mujeres, que constituyen la mayoría de los pobres del mundo, seguirán sufriendo de manera desproporcionada.

The Network of Women Ministers of the Environment ⁽¹⁹⁾

La producción de sustancias químicas a nivel mundial ha aumentado desde un millón de toneladas en 1930 a los 400 millones actuales⁽²⁰⁾. Aunque estas sustancias han aportado considerables beneficios a las condiciones de vida, muchas tienen efectos tóxicos para la salud y el medio ambiente y los daños que causan pueden ser irreversibles. Los riesgos pueden encontrarse en cualquier punto de su ciclo, desde el proceso de producción hasta el de eliminación, además de en los vertidos ilegales y en los filtrajes. Sin embargo, apenas una de cada 100 sustancias en el mercado ha sido sometida a una evaluación de los riesgos que supone para la salud humana y el medio ambiente⁽²¹⁾.

30 Influenia del medio ambiente en la salud

Millones de trabajadores/as están expuestos a los efectos tóxicos de los químicos en los procesos de fabricación y uso. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las sustancias peligrosas matan alrededor de 438.000 trabajadores/as anualmente⁽²⁰⁾. Además, una estimación cautelosa de la OIT indica que al menos uno de cada 10 cánceres –probablemente más– son el resultado de exposiciones profesionales predecibles y prevenibles. El número de víctimas mortales de cáncer profesional sería, según estas estimaciones, de alrededor de 600.000 al año –lo que supone un muerte cada 52 segundos⁽²¹⁾.

Además de las industrias químicas, otros sectores son una fuente importante de contaminación medio ambiental como la industria eléctrica, la minería y el metal; la automovilística y textil; la agricultura; la construcción y el transporte entre otros⁽²⁰⁾. Los contaminantes globales no perjudican sólo a las personas que trabajan con ellos, sino que se extienden por todo el planeta afectando a toda la población, independiente de quién y dónde se hayan producido, sin respetar fronteras. Los seres humanos pueden estar expuestos a estas sustancias en sus hogares o debido a la contaminación medioambiental: muchas sustancias químicas contaminan el aire que respiramos, el agua que bebemos y los alimentos que comemos. La contaminación aérea, por ejemplo, puede producir inflamación de los pulmones, aumentar el riesgo de enfermedad coronaria y de cáncer de pulmón y empeorar el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁽¹²⁾.

Las sustancias químicas pueden alcanzar bosques y lagos, destruyendo la vida silvestre y alterando los ecosistemas. Ejemplo de esto son algunos agroquímicos, como el DDT, utilizados masivamente en las décadas del 60 y 70 y que fueron prohibidos en muchos países al descubrirse, años después, que pueden producir serios daños no solo para la salud de los trabajadores/as rurales, sino también para las poblaciones y los seres vivos expuestos por contacto con agua o suelo contaminado.

Aunque se están realizando esfuerzos por limpiar la atmósfera de sustancias contaminantes, y se ha mejorado en algunos aspectos, se estima que más de dos millones de personas de todo el mundo mueren de forma prematura cada año a causa de la contaminación tanto de ambientes exteriores como interiores⁽¹⁷⁾. La contaminación del ozono a nivel de tierra está aumentando a lo largo de todo el hemisferio norte, afectando a la salud humana y a la producción agrícola, incluyendo los cultivos de primera necesidad en algunos países en vías de desarrollo. La lluvia ácida, un problema ahora mucho menos perceptible en Europa y América del Norte, supone una amenaza en ciertas partes de Asia.

La situación en países en desarrollo es particularmente alarmante. Muchas veces las sustancias químicas son utilizadas en emplazamientos industriales y agrícolas con ingredientes tóxicos altamente activos que, aunque puedan haber sido prohibidos en países industrializados, continúan siendo comercializados en

Los contaminantes orgánicos persistentes (COP) son sustancias químicas que se caracterizan por su resistencia, en diferentes grados, a la fotólisis así como a la degradación con métodos biológicos o químicos. Se acumulan en tejidos grasos y son semivolátiles, por lo que pueden viajar grandes distancias en la atmósfera antes de depositarse. Los COP son persistentes, bioacumulables y suponen un riesgo de efectos adversos para la salud humana y el medio ambiente. La bioacumulación puede ocurrir en exposiciones continuadas a bajas dosis y, en algunos COP, puede ocasionar inmunotoxicidad, problemas dermatológicos, alteraciones en la reproducción y carcinogénesis.

La mayoría de los COP se utilizan en la industria (bifenilos policlorinados), la agricultura (pesticidas) y en el control de vectores (DDT). Actualmente, su uso está prohibido o permitido con grandes restricciones en muchos países. Pero las alternativas a los pesticidas más tóxicos en otros muchos países, generalmente países en desarrollo, están obstaculizadas por su precio – más elevado que el de los productos más tóxicos –, por los recursos necesarios para su utilización o por ambos. Además, en muchos casos, las personas desconocen el riesgo de utilizar los antiguos productos químicos.

Fuente: Ritter L. 2007⁽²³⁾

países en desarrollo. Frecuentemente, los equipos de protección no están disponibles, y la información y la formación normalmente escasean. Debido a regulaciones menos estrictas y (como consecuencia) estrategias corporativas deliberadas para trasladar la producción a los países con estándares más bajos, las y los trabajadores en estos países se están convirtiendo gradualmente en las víctimas de este dumping social, medioambiental, de salud y seguridad ⁽²⁰⁾.

El crecimiento de las industrias químicas, tanto en los países en desarrollo como desarrollados, presenta una tendencia creciente para este siglo XXI. Por ello,

la reorganización de la industria química tradicional (la más contaminante de las industrias) a una química verde o sostenible parece una necesidad, no solo para disminuir la presión tóxica en los seres humanos y otros seres vivos (efectos adversos en la salud y la reproducción), sino también para mantener los beneficios que la industria química proporciona a la sociedad a través de una variedad de servicios y de los millones de puestos de trabajo que sostiene.

Bibliografía

- 1 Joseph Stiglitz. **La cuestión de alcance más mundial. Nuestro Planeta.** Revista del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Febrero 2007: 7-9.
- 2 Naciones Unidas. **Declaración de la conferencia sobre el Medio Humano.** Estocolmo. 1972. Disponible en URL: <http://www.pnuma.org/docamb/mh1972.php> (último acceso 10 de junio de 2009).
- 3 Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo. **Nuestro futuro común** (Informe Brundtland). Ed. Cast. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1988.
- 4 Global Humanitarian Forum. **Human impact report 2009. Climate change. The anatomy of a silent crisis.** Geneva. <http://www.ghf-geneva.org/> (último acceso 28 de mayo de 2009).
- 5 Bruce Gordon, Richard Mackay y Eva Rehfuess. 2004. **Inheriting the World. The Atlas of Children's Health and the Environment.** Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 6 Jean Level. **Salud. Un enfoque ecosistémico.** 2005. Centro internacional de investigaciones para el desarrollo.
- 7 IPCC. 2007: **Cambio climático 2007: Informe de síntesis.** Contribución de los Grupos de trabajo I, II y III al Cuarto Informe de evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [Equipo de redacción principal: Pachauri, R.K. y Reisinger, A. (directores de la publicación)]. IPCC. Ginebra, Suiza.
- 8 Víctor G. Arias Ledesma. **Vectors are symptomatic of the disease of this planet.** En: Global Forum for Health Research. 2008. Young Voices in Research for Health. pág. 21-22.
- 9 **Informe sobre el Desarrollo Humano.** 2007-2008.PNUD.
- 10 Global Forum for Health Research. 2008. **Strengthening the base: preparing health research for climate change.**
- 11 Commission on Climate Change and Development 2009. **The human dimension of climate adaptation: the importance of local and institutional issues.** Disponible en www.ccdcommission.org. (Último acceso el 3 de julio de 2009).
- 12 People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance. **Global Health Watch 2005-2006. An alternative world health report.** Zed Books.
- 13 World Health Organization. 2009. **Protecting health from climate change: global research priorities.** WHO.
- 14 Ferrán Ballester, Julio Díaz y José M. Moreno. **Cambio climático y salud pública: escenarios después de la entrada en vigor del Protocolo de Kyoto.** Gac Sanit. 2006; 20 (Supl1): 160-74.
- 15 Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente. 2002. **Perspectivas del medio ambiente mundial. GEO 3. Pasado, presente y futuro.** PNUMA.
- 16 **Diez datos sobre el cambio climático y la salud.** http://www.who.int/features/factfiles/climate_change/facts/es/index.html. Consultado el 30 de noviembre de 2008.

- 17 Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente. 2007. **Perspectivas del medio ambiente mundial. GEO 4. Medio ambiente para el desarrollo.** PNUMA.
- 18 Commission on Climate Change and Development 2009. **Closing the Gaps: Disaster risk reduction and adaptation to climate change in developing countries.** Disponible en URL: http://www.ccdcommission.org/Filer/report/CCD_REPORT.pdf. Consultado el 15 de julio de 2009.
- 19 **The Network of Women Ministers of the Environment.** URL: <http://www.ourplanet.com/imgversn/152/liswood.html>. Consultado el 20 de agosto de 2009.
- 20 Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente (PNUMA)/Sustainlabour. 2008. **Gestión Racional y Sostenible de Sustancias Químicas.** Un Manual para los Trabajadores/as y los Sindicatos. Disponible en http://www.unep.org/labour_environment/PDFs/training/CHEM-FULL-SP.pdf. (Último acceso el 4 de septiembre de 2009).
- 21 Federación Internacional Metalúrgica. 2007. **Cáncer Profesional/Cáncer Cero – Una Guía sindical para la prevención.** Disponible en <http://www.hazards.org/cancer/>. (Último acceso el 4 de septiembre de 2009).
- 22 Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente. 2007. **Perspectivas del medio ambiente mundial. GEO 4. Medio ambiente para el desarrollo.** PNUMA.
- 23 L. Ritter, KR. Solomon, J. Forget, M. Stemeroff and C. O’Leary. **Persistent Organic Pollutants.** 2007. Internacional Programme on Chemical Safety (IPCS). UNEP. <http://www.chem.unep.ch/pops/ritter/en/ritteren.pdf>. (Último acceso el 9 de septiembre de 2009).



A painting of a water tap with a rainbow in the background. The tap is in the foreground, and the rainbow is in the background. The text is overlaid on the painting.

El agua y su relación con la salud

El agua y su relación con la salud

Introducción

La disponibilidad de agua dulce limpia es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la humanidad hoy en día, y llegará a ser crítica en el futuro si no modificamos nuestra demanda y el uso que hacemos de ella. La insuficiencia de agua se debe, principalmente, a un abastecimiento ineficaz y no a un déficit del recurso. Dicha insuficiencia a menudo es la consecuencia de una mala gestión, corrupción, falta de instituciones adecuadas, escasa educación, inercia burocrática y falta de inversión tanto en capacidades humanas como en infraestructuras físicas.

Hay suficiente agua para todas las personas. El problema con el que nos enfrentamos en la actualidad es, sobre todo, un problema de gobernabilidad: cómo compartir el agua de forma equitativa y asegurar la sostenibilidad de los ecosistemas naturales.

Durante el último siglo la población mundial se ha triplicado, mientras que el consumo de agua se ha sextuplicado. Estos cambios han traído consigo un alto coste medioambiental: el 20% del agua dulce del mundo está en peligro, la mitad de los humedales

han desaparecido durante el siglo XX, algunos ríos ya no llegan al mar, y los efectos sobre la calidad del agua dulce y salada pueden llegar a ser críticos.

Las tendencias globales no son optimistas como resultado de las muchas presiones que se ejercen sobre los recursos hídricos. Las dificultades medioambientales, sociales y económicas van en aumento: la agricultura utiliza más agua cada año para satisfacer la demanda de alimentos; la industrialización tiene serios efectos sobre la calidad del agua y los mercados globales trasladan con frecuencia las industrias más contaminantes a los países en desarrollo, cerca de ciudades donde el crecimiento demográfico y los asentamientos ya ejercen de por sí una fuerte presión sobre los recursos hídricos.

El acceso al agua como derecho humano

“El derecho humano al agua otorga derecho a todos a contar con agua suficiente, a precio asequible, físicamente accesible, segura y de calidad aceptable para usos personales y domésticos”.

Naciones Unidas. 2002

Que el acceso al agua potable sea un derecho humano reconocido como tal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 sigue siendo aún un reto para el futuro. No obstante, el Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2002) marca un hito, pues se trata de la primera vez que se reconoce de forma explícita el agua como un derecho humano fundamental, y los 145 países que lo ratificaron están obligados a asegurar que todos sus habitantes tengan acceso al agua potable segura, de forma equitativa y sin discriminación.

La violación de tener agua limpia y un saneamiento adecuado está destruyendo el potencial humano a gran escala. Son dos aspectos fundamentales que influyen en lo que las personas pueden hacer o pueden conseguir, es decir, en sus capacidades. El acceso al agua no es sólo un derecho humano fundamental y un indicador importante del progreso humano, también es esencial para otros derechos humanos y es una condición para alcanzar los grandes objetivos del desarrollo humano.

La historia de la humanidad está marcada por la necesidad del dominio del agua. El saber administrarla ha sido la clave para la supervivencia de las civilizaciones. Culturas como las precolombinas o las árabes crearon sofisticados sistemas de irrigación para aprovechar cada gota del recurso, mientras que el pueblo egipcio logró convivir con las inundaciones y las transformó en bendición de los dioses al fertilizar

extensas áreas ribereñas del Nilo. Hoy en día la relación entre el agua, la higiene y la salud es algo que se da por descontado, pero la realidad es que millones de personas carecen aún de este derecho humano fundamental, el acceso al agua limpia y en cantidades adecuadas es para ellas una lucha diaria. La inmensa mayoría de los pueblos que carecen de este derecho viven en Asia, sin embargo, es importante señalar que en África son muchas más las personas que carecen de los servicios de abastecimiento y saneamiento del recurso hídrico.

La crisis de agua y saneamiento que enfrentan los hogares pobres de los países en desarrollo tiene un paralelismo con un período anterior de la historia de los países desarrollados de hoy en día. Son pocas las personas en los países industrializados que reflexionan sobre la profunda importancia de contar con agua limpia y saneamiento para forjar la historia de sus países o las circunstancias de sus vidas. Generaciones atrás, los habitantes de Londres, París o Nueva York afrontaban las mismas amenazas que actualmente lo hacen Lagos o Río de Janeiro. El agua contaminada de residuos originó crisis sanitarias, debilitó el crecimiento y mantuvo a las personas sumidas en la pobreza. Las nuevas tecnologías y los recursos financieros hicieron posible el acceso al agua limpia y un saneamiento universal, gracias al apoyo fundamental de la política. Reformistas sociales, profesionales de la salud, líderes municipales y empresariales formaron poderosas coaliciones que convirtieron al agua y el saneamiento en una prioridad máxima de la agenda

política. Forzaron a los gobiernos a reconocer que curar las enfermedades causadas por el agua no segura no era suficiente ni resultaba económico: la prevención a través del agua limpia y el saneamiento era la mejor cura.

Para las personas que viven en países desarrollados es difícil imaginar lo que significa la inseguridad de agua en los países en desarrollo. Las preocupaciones sobre la crisis de agua versan sobre la disminución de las reservas y los caudales de los ríos o las alertas políticas referentes al uso de menores cantidades de agua. Pero casi todo el mundo dispone de acceso a agua segura con sólo abrir un grifo y el acceso al saneamiento privado e higiénico es universal, con la excepción de algunos suburbios urbanos. Casi nadie muere a causa de falta de agua limpia o de saneamiento y las niñas y mujeres adolescentes no deben dejar de ir a la escuela para ir en busca de agua.

Abastecimiento y saneamiento para todas las personas

Promover y proteger un agua libre de impurezas y un saneamiento adecuado son dos factores indispensables para asegurar la salud e invertir el ciclo de pobreza e indefensión, que mantiene atrapados a los pueblos y ententece la capacidad de desarrollo de las sociedades.

Informe sobre Desarrollo Humano 2006

Para mejorar los progresos relacionados con la salud humana hay que garantizar el suministro y el saneamiento, sin agua limpia no podemos tener buena salud. Como sabemos, el estado de pobreza de muchas personas empieza por causa del acceso o no al agua potable.

El primer requisito para obtener agua limpia es asegurar que el agua que captamos de un río, embalse, acuífero, fuente, etc. tiene las condiciones adecuadas de salubridad. Lo más habitual es que la mayoría de estas fuentes de agua no sean de la calidad esperada y puedan contener contaminantes químicos (pesticidas, metales, sales,...) o biológicos, por lo que debemos tratar el agua previamente y garantizar que llegue en buenas condiciones para su consumo.

Hablar de saneamiento significa tener las condiciones necesarias para garantizar la evacuación de manera segura y fácil del agua sucia, lo cual implica un sistema de retretes, letrinas, conducciones de evacuación, desagües e instalaciones de tratamiento (estaciones de depuración de agua residual), que garanticen la separación del agua potable de los agentes patógenos que contienen las sustancias fecales.

Al igual que en otras áreas del desarrollo humano, también se han producido avances en el tema de agua y saneamiento, pero a comienzos del siglo XXI aún hay más de 1.000 millones de personas, la mayoría de las cuales viven en las zonas rurales y en tugurios urbanos, que todavía no se han beneficiado de las mejoras en el acceso a fuentes de suministro de

agua mejorada. Más sangrantes son los datos respecto al saneamiento, donde los progresos son mucho más lentos: unos 2.600 millones de personas carecen de retretes y otros servicios mejorados de saneamiento. Cifra que aumentaría hasta unos 4.000 millones aproximadamente si tomamos como punto de referencia el modelo de saneamiento de los países desarrollados. Estas cifras totales mundiales ocultan grandes diferencias entre regiones. África subsahariana cuenta, de lejos, con las tasas de cobertura más bajas (55%), aunque la mayoría de las personas sin acceso a agua limpia viven en Asia meridional. La mitad de la población de Asia oriental y una cuarta parte de la de América Latina carece de acceso incluso al saneamiento más básico. En aquellas zonas donde el suministro de agua mejorada no llega al hogar deben adquirirla por medio de una serie de intermediarios como empresas suministradoras de agua, camiones cisterna o en la venta ambulante, casi siempre a un precio muy superior al que pagarían por un servicio de abastecimiento público y general. No solo a un precio más elevado, sino también de calidad variable. Con frecuencia, ignoramos el hecho de que la población pobre que vive en los barrios con menos recursos sociales, paga entre 5 y 10 veces más por cada litro de agua que la población con mayores recursos de la misma ciudad. En otros casos, hay que ir a buscar el agua a pozos, fuentes públicas o ríos. Las personas responsables de este trabajo son mayoritariamente las mujeres y las niñas, que ven perjudicado como consecuencia su acceso a la escuela y, por lo tanto, su educación con respecto a los varones.

Más de mil millones de personas no tienen acceso a fuentes de agua mejorada.

Dos mil seiscientos millones carecen de servicios básicos de saneamiento.

La población de los barrios pobres debe pagar entre cinco y diez veces más por cada litro de agua que la población con mayores recursos en la misma ciudad.

Tampoco debemos olvidar que la carencia de agua potable se debe tanto a la falta de inversiones en sistemas de agua como al mantenimiento inadecuado de estos sistemas. En los países en desarrollo, cerca del 50% del agua se pierde por fugas, conexiones ilegales y vandalismo. En los países desarrollados, en general, no podemos hablar de tantas pérdidas, pero sí son datos importantes a tener en cuenta si concedemos al agua la importancia que se merece. Ningún otro recurso en el mundo sufre tanto despilfarro en el transporte hacia su destino final.

La posibilidad de disponer de agua segura y en cantidades suficientes permite a la población, y especialmente a las mujeres, niñas y niños de países en desarrollo, que son habitualmente las personas responsables del hogar, acortar el tiempo que deben dedicar a las tareas domésticas y de cuidados y disponer de más tiempo para incrementar su educación, disfrutar de tiempo de ocio o desarrollar actividades económicas. Aún más importante para la dignidad personal es contar con un saneamiento apropiado. Esto no sólo protege contra enfermedades que afectan el desa-

rollo físico e intelectual, sino que también permite un mayor bienestar y participación en la vida económica. La mala calidad del agua y un abastecimiento no sostenible frenan el desarrollo económico de una nación.

El legado histórico no determina el estado de la infraestructura de agua y saneamiento del presente de los países en desarrollo, pero pesa considerablemente. Como comentamos anteriormente, en Europa y Norteamérica el objetivo político fue lograr el rápido progreso hacia el acceso universal al agua, lo que impulsó la financiación y la tecnología, pero no fue así en la mayor parte del mundo en desarrollo. Un claro ejemplo lo encontramos en África a comienzos del siglo XX. En los países colonizados -la inmensa mayoría de los países africanos- el comercio europeo y la clase política invertían en la infraestructura urbana de agua y saneamiento. Pero esta inversión se concentraba en los enclaves prósperos y los primeros esfuerzos para extender esta infraestructura hacia los distritos más pobres, fueron rápidamente abandonados ante el aumento de los costos. Este modelo de desarrollo no logró el acceso universal a los bienes públicos; por el contrario, generó segregación y refugios con seguridad de agua para la élite.

En líneas generales podemos afirmar que los niveles de cobertura de agua y saneamiento aumentan con los ingresos: cuanto más desarrollado es el país, mayor cobertura. Norma que no siempre vemos cumplida. Filipinas cuenta con un nivel de ingresos promedio superior al de Sri Lanka, pero la proporción de

habitantes que dispone de acceso al saneamiento es inferior. De forma similar, India puede superar a Bangladesh como un ejemplo de gran crecimiento en la globalización, pero las cosas cambian en el ámbito del saneamiento: a pesar de contar con un ingreso promedio un 60% superior, la tasa de cobertura de saneamiento en India es inferior. Con unos ingresos promedios inferiores, Egipto cuenta con niveles más altos de acceso a agua limpia que China. Como vemos, la importancia de las políticas públicas que cada país lleve a cabo es vital para convertir la riqueza en progreso de desarrollo humano.

Pero por lo general, para la mayoría de los países menos desarrollados, las restricciones de los ingresos limitan su capacidad de financiación, por lo que el respaldo de la asistencia internacional se hace imprescindible para ellos. La mayoría de los países donantes reconocen la importancia del agua y el saneamiento. Sin embargo, la asistencia para el desarrollo ha descendido durante la última década y pocos son los países donantes que consideran este sector como una prioridad.

Agua y salud humana

El agua hace posible que el medio ambiente sea saludable pero, paradójicamente, también puede ser el principal vehículo de transmisión de enfermedades. Sus agentes patógenos son biológicos, más que químicos, y los males que provocan casi siempre son contagiosos.

Organización Mundial de la Salud

El estado de salud humana está estrechamente vinculado a toda una serie de condiciones relacionadas con el agua: potabilidad, saneamiento adecuado o la existencia de unos ecosistemas de agua dulce saludables. El principal problema de salud derivado del agua es que muchas personas la ingieren en malas condiciones y contraen enfermedades debidas a agentes infecciosos como el cólera, la hepatitis o la disentería. Los patógenos transportados por el agua incluyen muchos tipos de virus, bacterias, protozoos y, en ocasiones, helmintos, todos ellos muy diferentes en tamaño, estructura y composición. Pero también nos encontramos con enfermedades de origen vectorial relacionadas con el agua, en las que los parásitos son transmitidos por la picadura de un vector que se cría y vive cerca del agua. Esta heterogeneidad hace que su supervivencia en el medio hídrico y su resistencia a los diferentes procesos de tratamiento de aguas varíen mucho, por lo que existe una amplia gama de condiciones y parámetros en torno al agua que determinan la salud de las comunidades.

En el ámbito doméstico, ya sea en zonas urbanas o rurales de países en desarrollo y suburbios de ciudades industrializadas, como hemos visto anteriormente, son muchos los hogares que carecen todavía de acceso a cantidades suficientes de agua potable y de infraestructuras para la separación de las aguas residuales. Esta realidad ocasiona que las personas se vean forzadas a defecar en las cunetas de las carreteras, en bolsas de plástico o en las acequias. No tener acceso a agua limpia significa que las perso-

nas viven a grandes distancias de la fuente de agua segura u obtienen el agua de drenajes, acequias o arroyos que pueden estar contaminados con agentes patógenos y causar graves enfermedades e incluso la muerte. El problema no reside tanto en que las personas desconozcan los peligros sino en que, simplemente, no tienen otra opción.

Más de 2.300 millones de personas en todo el mundo sufren este tipo de enfermedades. Supone una tragedia humana que cada año causa la muerte a más de 5 millones de personas, mayormente niños y niñas menores de cinco años. La Organización Mundial de la Salud calcula que la morbilidad y mortalidad derivadas de las enfermedades más graves asociadas al agua se reduciría entre un 20% y un 80% garantizando su potabilidad y adecuada canalización. La mejora del suministro y del saneamiento previene la diarrea y puede reducir los casos de infección intestinal por helmintos y de esquistosomiasis. En 2002, las enfermedades diarreicas y el paludismo sumaron 1,8 y 1,3 millones de muertes respectivamente, en su mayoría de menores de 5 años. En los países en vías de desarrollo, la diarrea representa el 21% de las muertes en menores de 5 años. En 2006 se registraron 247 millones de episodios de paludismo, uno de los problemas de salud más graves a nivel mundial y más urgente de remediar, pues su porcentaje no deja de aumentar. En África y Asia estas enfermedades siguen representando una carga especialmente importante para la salud, siendo las zonas de África subsahariana y Sur de Asia las regiones más afectadas.

Está demostrado que el desarrollo de los recursos hídricos influye en la incidencia del paludismo y de otras enfermedades transmitidas por vectores. La proliferación de mosquitos está a menudo relacionada con el inadecuado diseño y mantenimiento de los sistemas de riego y con las prácticas desacertadas de gestión hídrica. A largo plazo, muchas de las acciones en salud medioambiental han resultado ser más rentables que las intervenciones médicas. Pero para los países en desarrollo, el coste estimado de inversión en estas acciones sigue siendo muy superior a los niveles de ingresos habituales de dichos países. En primera instancia, tecnologías de bajo coste, tales como los grifos públicos y las letrinas, frente a las redes domésticas de agua corriente y alcantarillado universal, podrían suponer avances en la disminución de enfermedades relacionadas con el agua, pero no la solución a largo plazo.

La mejora de salud humana no sólo está vinculada al uso de agua limpia, sino también a los hábitos de higiene personal y al acceso a servicios sanitarios. Debemos otorgar cada vez más importancia a los programas de salud que se fundamenten en una mejor información a la población de cómo protegerse de este tipo de enfermedades: la mejor prevención empieza por la educación y por el acceso a la información.

Los desastres y el agua

En las zonas del planeta donde las amenazas naturales conforman una característica más del lugar, los esfuerzos para reducir el riesgo de sufrir catástrofes se han de integrar de forma sistemática en las políticas, planes y programas de desarrollo sostenible.

Estrategia Internacional de Reducción de Desastres

Las amenazas naturales no son necesariamente desastrosas; para que lo sean es necesaria la presencia del ser humano, es decir, una amenaza natural se convierte en desastre en el momento en que afecta a los seres humanos y sus actividades. Las amenazas relacionadas con el agua pueden ser ocasionadas ya sea por su escasez (sequías) o por exceso (tormentas, ciclones, huracanes, inundaciones). La ocurrencia de estos desastres ha aumentado en los últimos años, probablemente debido al contexto medioambiental cambiante. El 90% de los desastres naturales estuvieron relacionados con el agua. Los tsunamis, las inundaciones, las sequías o las oleadas de tormentas son tan sólo algunos ejemplos de todos aquellos peligros que pueden poner en riesgo a las sociedades y comunidades. Cuando estos riesgos no se gestionan con el objeto de reducir la vulnerabilidad humana, se convierten en catástrofes. Las inundaciones y las sequías son los desastres relacionados con el agua dulce que resultan ser más mortales, quebrando además el desarrollo socioeconómico, sobre todo en los países en desarrollo.

Usos del agua y su valor

En el último siglo, el consumo de agua dulce se ha multiplicado por seis mientras que la población sólo lo ha hecho por tres. Los recursos hídricos mundiales deben responder a múltiples demandas: agua potable, higiene, producción de alimentos, energía, bienes industriales o mantenimiento de los ecosistemas naturales, lo que hace muy complicada la gestión del agua y, sobre todo, las labores de los responsables en la toma de decisiones (políticos y gestores), que han de afrontar el desafío de gestionar y desarrollar de forma sostenible unos recursos hídricos sometidos a las presiones del crecimiento económico, el gran aumento de la población y el cambio climático.

En la actualidad, los seres humanos utilizan el agua principalmente para riego y agricultura como en el pasado. No obstante, desde principios del siglo XX, el agua utilizada por la industria y por los municipios ha ido en aumento. También ha ido creciendo la brecha entre el crecimiento demográfico y la demanda de agua: a medida que el mundo se ha ido enriqueciendo e industrializando, cada uno de sus habitantes ha ido utilizando una mayor cantidad de agua.

Las personas tienen una necesidad básica mínima de agua de entre 20 y 50 litros por día, mientras que se necesitan unos 3.000 litros por persona para generar los productos necesarios para nuestra alimentación diaria. Se necesita una cantidad de agua ocho veces mayor para cultivar una tonelada de azúcar que una tonelada de trigo. Conseguir un Kg. de carne de

Para producir alimentos se requiere una cantidad de agua aproximadamente 70 veces mayor que la que la gente usa para fines domésticos.

La producción de una sola hamburguesa demanda alrededor de 11.000 litros, el equivalente a la cantidad diaria disponible para 500 personas de un barrio pobre urbano sin conexión a la red de abastecimiento de agua.

vacuno requiere unos 15.000 litros de agua. Cuando las personas disponen de más dinero consumen más carne y más azúcar, esto explica que los aumentos en nuestro nivel de ingresos y los cambios en la dieta den lugar a un crecimiento del uso del agua muy por encima del crecimiento demográfico. A medida que el mundo se enriquece aumenta su sed.

Mirando hacia el futuro, está claro que a medida que se acelera la urbanización y el sector agrario y agrícola, continuará creciendo la demanda de agua por parte de la industria y los municipios. Dos consecuencias importantes surgen de estas tendencias: de un lado aumentarán las extracciones de agua en los países en desarrollo y de otra, se producirá una redistribución del agua desde la agricultura hacia la industria y los municipios. El cambio de la distribución de agua entre sectores traerá consigo importantes consecuencias para la distribución de agua para las personas. Es muy probable que salgan perdiendo aquellas personas cuyo medio de sustento depende de la agricultura pero que no cuentan con derechos establecidos, poder económico, ni voz política.

44 El agua y su relación con la salud

La escasez de agua puede ser física, económica o institucional y como el agua misma, puede fluctuar en el tiempo y en el espacio, pero en última instancia es una función de la oferta y la demanda. Los hidrólogos suelen evaluar la escasez midiendo la ecuación población-agua. Se considera, en general, que el umbral nacional para satisfacer los requerimientos de agua es de 1.700 metros cúbicos por persona y año, entendiéndose que la disponibilidad por debajo de los 1.000 metros cúbicos representa un estado de "estrés por falta de agua" y por debajo de los 500 metros cúbicos "escasez absoluta".

Alrededor de 700 millones de personas en 43 países viven por debajo del umbral de estrés de agua. El Medio Oriente es la región del mundo más afectada por el estrés de agua, con una disponibilidad promedia anual de aproximadamente 1.200 metros cúbicos por persona, mientras que África subsahariana es la región que incluye la mayor cantidad de países que lo sufren. Los/as expertos/as nos recuerdan que para el año 2025 más de 3.000 millones de personas podrían estar viviendo en países que sufren estrés de agua.

La explotación en exceso del agua daña inevitablemente el medio ambiente, alimentando un ciclo de estrés de agua en el que las personas se ven sumidas. Los síntomas físicos del abuso del agua los vemos reflejados en la desecación de los ríos, los lagos y cursos de agua interiores. En China el río Yangzé y el río Amarillo están secos en sus cuencas más bajas durante gran parte del año. En 1960 el Mar Aral te-

nía el tamaño de Bélgica, en cambio, hoy día, se ha transformado en un lago hipersalino prácticamente sin vida que tiene un cuarto de su tamaño anterior. Entre los problemas menos visibles pero más generalizado, se encuentra la disminución de los niveles freáticos, consecuencia de utilizar el agua subterránea más rápido de lo que tarda en recargarla el ciclo hidrológico. En Yemen, partes de India y el norte de China, los niveles freáticos disminuyen a razón de un metro por año.

No sólo la cantidad de agua compromete el desarrollo de las personas, también su calidad hace disponible su uso. La contaminación del agua sucede de forma natural -el agua al caer en forma de lluvia arrastra impurezas del aire y al circular por la superficie terrestre o a nivel de capas profundas se le añaden otros contaminantes químicos, físicos o biológicos- pero al tiempo existe otra, más notable en estos tiempos, de procedencia humana. Los sistemas naturales cuentan con la capacidad autodepurativa del agua para eliminar los residuos. Los problemas surgen porque la producción de contaminantes del mundo es tremenda y pone a prueba la capacidad de las corrientes de agua para asimilar o librarse de la contaminación. A partir de cierto nivel cuantitativo o cualitativo puede plantear un serio problema de Salud Pública.

Pocos países, sea en desarrollo o industrializados, han protegido adecuadamente la calidad del agua y han controlado su contaminación. Muchos países ca-

La disponibilidad de agua a un precio asequible produce cada vez más inquietud a nivel político y económico. Teniendo en cuenta las propiedades y los papeles innumerables que llega a desempeñar, el agua goza de numerosos valores que han de ser considerados a la hora de elaborar políticas y programas relacionados con el agua si se pretende conseguir una gestión de los recursos hídricos que sea equitativa, eficiente y sostenible para el medio ambiente.

Informe Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo 2006

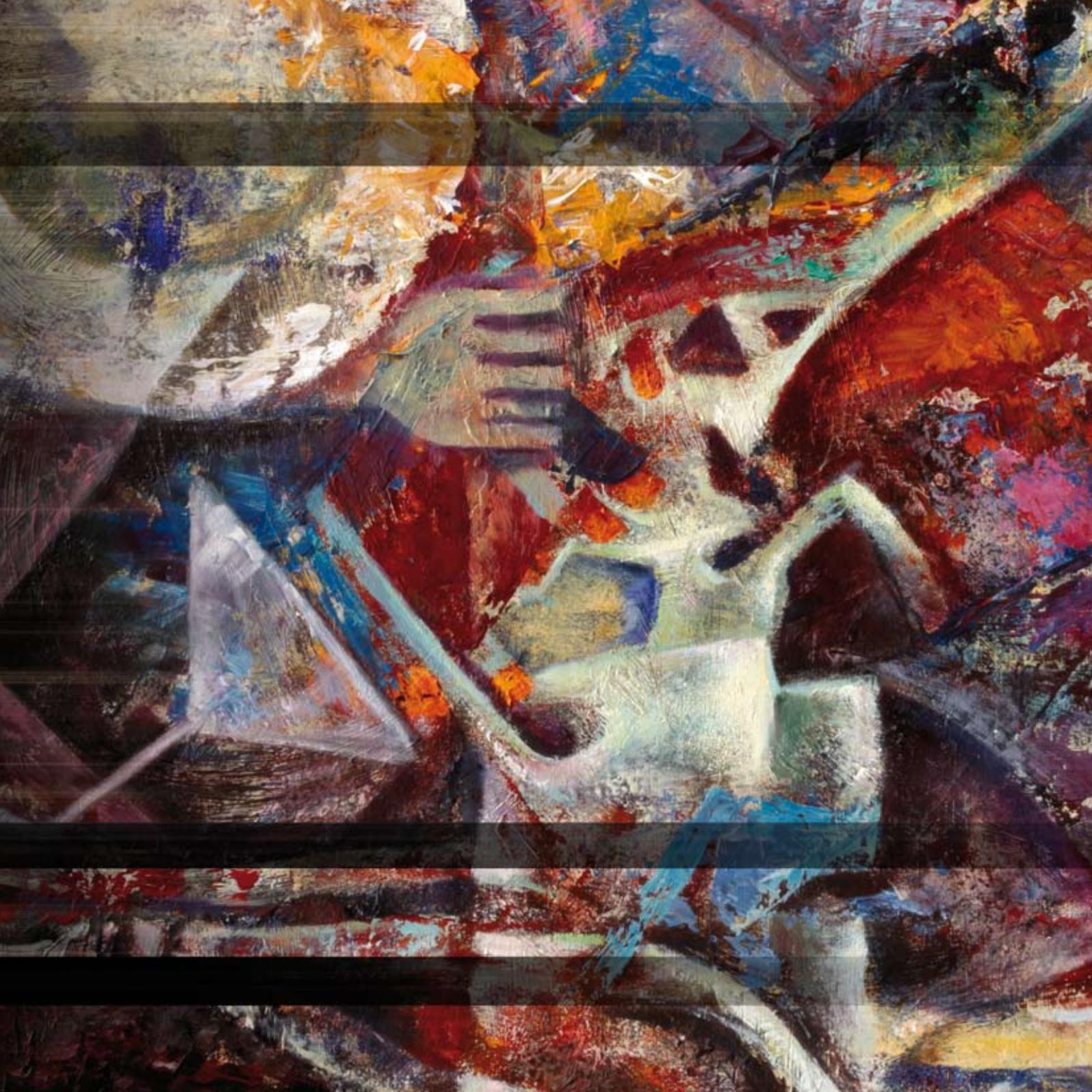
recen de normas para controlar el agua de manera adecuada, mientras que los que sí disponen de ellas no las hacen cumplir. Los países en desarrollo deben dedicar más atención a la prevención y el mejoramiento de la calidad del agua, pero el mundo desarrollado también debe gastar y esforzarse más para limpiar las corrientes de agua degradadas. La buena gestión de los recursos hídricos es esencial para reducir la contaminación y minimizar los riesgos para la salud.

El ser humano de todos los tiempos ha utilizado los recursos hídricos según sus necesidades y apetencias. Hoy en día, con tanta disfunción y degradación hidrológica a nuestras espaldas, la gestión de este recurso necesario, imprescindible e insustituible, no debería ser planteada fuera del marco de equilibrio responsable: la distinción entre el "valor" y el "precio" del agua debe reflejar el modo en el que la sociedad percibe la valía del agua en sus diferentes usos, lo que implica

reconocer el valor cultural, estético, social, económico y medioambiental del agua y de los servicios ligados a ella. En un mundo en el que la competencia por los recursos se ha intensificado, mejorar la eficiencia en el uso del agua resulta cada vez más importante y la sociedad exige reformas en la política hídrica que además reflejen con mayor apreciación los valores no comerciales del agua.

Bibliografía

- 1 Naciones Unidas. **Informe sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo 2006**. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- 2 Naciones Unidas. **Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. 2002
- 3 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe sobre Desarrollo Humano 2006**. Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua.
- 4 Naciones Unidas. **Estrategia internacional para la reducción de desastres 2003: Agua y desastres**. http://www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2003/pa-camp03-sg-spa.htm. Último acceso el 30 de septiembre de 2009.
- 5 Naciones Unidas. Decenio internacional para la acción. **El agua, fuente de vida**. 2005-2015. <http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/unwater.html>. Último acceso el 30 de septiembre de 2009.
- 6 Medicusmundi Andalucía 2007. Agua, salud y desarrollo. **Exposición didáctica sobre la situación del agua en el mundo y su impacto en la salud y el desarrollo de las sociedades**. Disponible en URL: www.expomundi.org.





Malnutrición:
hambre y
obesidad en
un mundo
globalizado

Malnutrición: hambre y obesidad en un mundo globalizado

Lo que hace que el extendido problema del hambre sea una tragedia aún mayor es el hecho de que hemos acabado aceptándolo y tolerándolo como si constituyera una parte integral del mundo moderno, como si fuera una tragedia imposible de evitar.

Amartya Sen. 1999⁽¹⁾

Malnutrición

Un buen estado de nutrición es esencial para la supervivencia así como para el desarrollo físico e intelectual, la adquisición de habilidades, la productividad, la salud y el bienestar en todas las fases de la vida humana, incluidos los estadios iniciales del desarrollo fetal y la edad adulta⁽²⁾.

Según los últimos datos de la FAO⁽³⁾, el número de personas desnutridas en el mundo se ha incrementado en el último decenio a expensas, sobre todo, de los habitantes de los países en desarrollo, donde más de 900 millones de personas pasan hambre, 20 millones más que hace 10 años. Sin embargo, en el primer lustro de los años 90, tanto el porcentaje como el número total de personas que sufrían desnutrición había comenzado a disminuir, excepto en África y Oriente Medio⁽⁴⁾. Pero los rápidos cambios sociales y

económicos acaecidos en los últimos años; la expansión en crecimiento de una urbanización caótica con escasos o inexistentes servicios sociales; las pesadas cargas que, en muchas ocasiones, deben afrontar las mujeres; la erosión de la amplia familia tradicional y del apoyo comunitario; la disminución de los recursos de salud, en especial los destinados a la nutrición; el aumento de desastres relacionados con el clima y el deterioro del medio ambiente; los conflictos armados; etc. han hecho que se incrementen las dificultades para asegurar la buena nutrición y la salud⁽⁵⁾ aumentando el número de familias que padecen inseguridad alimentaria, tanto en zonas rurales como urbanas.

Mientras tanto, el mundo se ve afectado en proporciones crecientes por otro tipo de malnutrición. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, unos 1.600 millones de personas adultas en el mundo tienen sobrepeso y al menos 400 millones pueden considerarse como clínicamente obesas⁽⁶⁾. La desnutrición, las deficiencias en nutrientes específicos y las enfermedades crónicas relacionadas con el sobrepeso y/o la obesidad coexisten cada vez más en las comunidades, e incluso en un mismo hogar, en muchos

países. Como consecuencia, una epidemia global de enfermedades crónicas está afectando, no sólo a los países desarrollados, sino de manera progresiva a los de bajos ingresos contribuyendo a una doble carga de malnutrición⁽⁷⁾.

Desnutrición

Gracias al progreso económico y a la globalización, actualmente podemos encontrar en los mercados productos procedentes de todos los lugares del mundo. Pero este intercambio económico no ha disminuido el hambre y la desnutrición en el mundo sino que los ha incrementado, especialmente entre muchos pequeños agricultores/as de países en desarrollo.

En los últimos años, las organizaciones internacionales han realizado muchos esfuerzos para combatir el hambre con el resultado de una reducción importante en su incidencia durante los años 80 y la primera mitad de la década de los 90. Sin embargo, en la última década, el hambre ha ido aumentando, lenta, pero de forma continuada, en prácticamente todas las regiones del mundo⁽⁸⁾.

El problema radica en que la mayoría de estos esfuerzos han sido parciales y limitados a áreas específicas. Se ha atendido al déficit puntual de alimentos, ignorando causas más profundas como el comercio injusto, los oligopolios internacionales, la deuda que agobia a los países, la distribución desigual de las tierras y la degradación del medio ambiente⁽⁷⁾. Ha habido algunos éxitos pero, por lo general, la respuesta internacional al hambre ha sido descoordinada e

insuficiente tanto en recursos como en compromiso político⁽⁷⁾. A pesar de las mejoras en la producción de alimentos y del aumento generalizado del poder adquisitivo, que han hecho que los alimentos sean fácilmente asequibles para un sector más amplio de la población, existen aún millones de personas en el mundo que no pueden asegurar su derecho a una alimentación adecuada.

Mercado global, agricultura y alimentación

Los productos relacionados con la alimentación y la agricultura se han ido concentrando, de forma progresiva, en poderosas firmas multinacionales. Las grandes corporaciones imponen los precios tanto a proveedores/as como a consumidores/as obteniendo beneficios desorbitados. Mientras tanto, las condiciones de vida de muchas familias que trabajan en el sector de la alimentación y las de los consumidores/as más pobres y vulnerables, empeoran.

La globalización y liberalización de los mercados para los productos básicos de la agricultura ha ocasionado la ruina de muchos pequeños agricultores/as⁽⁹⁾. Al incluir la agricultura en la Organización Mundial del Comercio (OMC), los países desarrollados, especialmente Estados Unidos y Europa, lograron mantener un sistema de apoyos para sus agricultores mientras evitaban que el resto de países lo hicieran. Al bajar los aranceles, las exportaciones desde los países desarrollados pudieron competir en precio con los productos básicos nacionales de los países en desarrollo mientras que, al mismo tiempo, se imponían condi-

ciones para la importación de productos desde esos mismos países. La llegada masiva de productos subvencionados y de bajo precio desde los países ricos hizo que los precios locales cayesen drásticamente. Los agricultores arruinados pidieron nuevos préstamos que no hicieron sino endeudarlos aún más. Se calcula que la mitad de las personas que pasan hambre en el mundo son las que poseen y cultivan sólo un pequeño terreno⁽¹⁰⁾.

Mientras tanto, los productos relacionados con la alimentación y la agricultura – así como los de otros sectores vitales como los medicamentos – se han ido concentrando en grandes corporaciones que dominan el mercado internacional⁽¹¹⁾: el 82% de las semillas que se venden en el mercado mundial están patentadas; dos tercios de este comercio está controlado por diez compañías, de las cuales, tres de ellas, acaparan cerca de la mitad del mercado. El 89% del mercado global de plaguicidas lo controlan diez firmas; seis de ellas son también gigantes de la venta de semillas. La falta de competencia permite a estas empresas multinacionales imponer los precios de venta y adquisición de productos, con el fin de obtener las mayores ganancias posibles⁽¹¹⁾: los beneficios de Monsanto, principal compañía de venta de semillas, aumentaron un 42% en junio de 2008 coincidiendo con la crisis alimentaria mundial; las ventas de fertilizantes aumentaron un 30% en la última década como consecuencia del aumento de las cabezas de ganado y de las plantaciones para biocombustibles, y sus precios aumentaron más de seis veces

entre 2007 y 2008. Por tanto, los posibles beneficios que pudieron obtener los agricultores/as con la subida de precios de los alimentos en 2008, los perdieron al incrementarse también los de las semillas y los fertilizantes. La imposición de precios a los proveedores/as por parte de las empresas que fabrican comestibles y bebidas envasados y de las que venden alimentos ocasiona bajada de salarios, peores condiciones de trabajo y/o desempleo para las personas que trabajan la tierra, en plantas de procesamiento y en las tiendas de venta al público.

Todos estos factores, añadidos al aumento de los precios de los alimentos, disminución de los ingresos y aumento del desempleo que se produjo en 2008, especialmente entre los más pobres, ha contribuido al gran incremento del hambre y la desnutrición que se ha producido en ese año⁽⁸⁾.

Afortunadamente, las tres cuartas partes de los agricultores del mundo siguen guardando semillas de su cosecha y cultivan variedades mejoradas localmente -que no participan en el mercado mundial de semillas- creando millones de variedades de semillas, la mayoría, de cultivos alimenticios. Se calcula que 1.400 millones de personas dependen de estas semillas guardadas localmente.

Efectos del hambre y la desnutrición

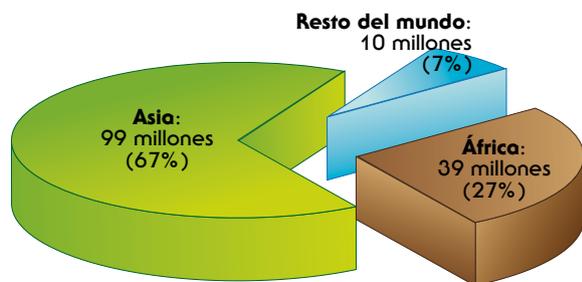
La desnutrición es un proceso que, con frecuencia, da comienzo en el útero y que, en particular en el caso de las niñas y las mujeres, puede durar toda la vida: una niña que padece retraso en el crecimiento, probablemente lo padecerá también en la adolescencia y en edad adulta. Una nutrición precaria supone un riesgo para la salud de las mujeres y aumenta las probabilidades de que padezcan problemas durante el embarazo y el parto. Además, los bebés de madres desnutridas tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso. Se calcula que el 15% de todos los recién nacidos nacen con un peso inferior al normal⁽¹²⁾. Este bajo peso es la causa subyacente en un 60–80% de las muertes neonatales. La mayoría de estas muertes se producen en Asia meridional y en África subsahariana, regiones que presentan los índices más elevados de desnutrición entre las mujeres y las niñas⁽¹²⁾,

como consecuencia, especialmente en Asia, de prácticas discriminatorias en la alimentación de las niñas y mujeres.

La desnutrición es, también, directa o indirectamente, la causa de la muerte del 60% de los niños y niñas menores de cinco años⁽⁵⁾. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. Los niños y niñas desnutridos tienen más posibilidades de caer enfermos, además de presentar con mayor frecuencia retraso en su desarrollo físico y mental. Por tanto, la malnutrición, tanto a corto como a largo plazo, tiene consecuencias devastadoras en la salud, además de sociales y económicas para las personas y la sociedad en la que viven.

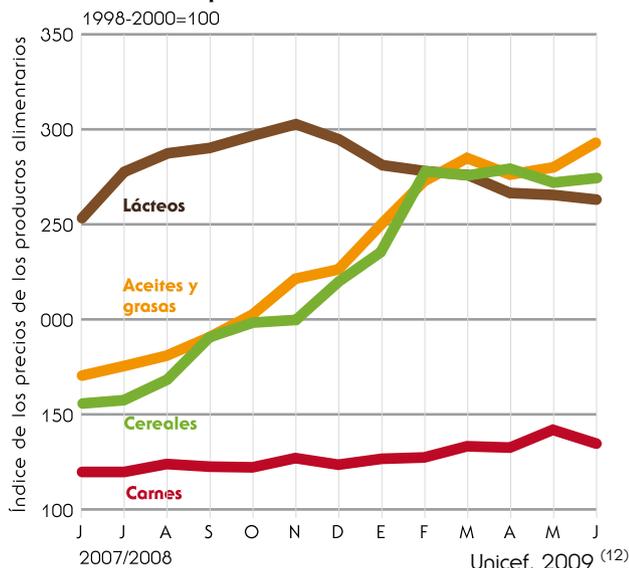
El mayor número de personas desnutridas se encuentra en Asia meridional (313 millones – el 21% de la población) y África subsahariana (212 millones – el 30% de la población)⁽⁴⁾. En esta última región están la mayor parte de los países en los que la desnutrición afecta a un 35% o más de su población. El hambre en el mundo se incrementó especialmente en 2008 a causa del aumento en los precios de los alimentos básicos, afectando sobre todo a los hogares más pobres y con menor diversidad dietética. Aunque a finales de 2008 se produjo una caída de precios de los cereales, estos seguían siendo más elevados que en 2007. Según la FAO⁽³⁾, las dificultades de las familias para adquirir alimentos han hecho que, actualmente, el hambre afecte a una de cada seis personas, más de mil millones en todo el mundo.

Menores de cinco años con bajo peso. 2007



Unicef. 2009 ⁽¹²⁾

Evolución de los precios de los alimentos



Sobrepeso y obesidad

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías⁽¹³⁾. La ingesta de alimentos y el gasto de energía están controlados por un sistema complejo en el que participan miles de genes, lo cual refleja la importancia biológica del adecuado balance entre aporte de nutrientes y gasto energético. Porciones importantes del sistema nervioso, tanto de las personas como de los animales, están implicadas en la adquisición de alimentos como mecanismo básico de supervivencia, con el fin de mantener unos límites mínimos de grasa. Estos sistemas evolucionaron de forma que el hecho de obtener e ingerir alimentos en un medio en el que escaseaban y que, con frecuencia, era hostil, desencadenaba la aparición de

intensas emociones positivas⁽¹⁴⁾. Actualmente, estos mecanismos han sido desbordados por la abundancia de alimentos, la falta de predadores y de otras dificultades que amenazaban su obtención y salvo, desgraciadamente, en algunas zonas, la ausencia de periodos de hambre prolongada.

A lo largo del siglo XX y en el actual, el gasto energético de las personas en actividad física ha disminuido considerablemente tanto en los países desarrollados (PD) como en muchos países en desarrollo (PED). La reducción de las tareas manuales que requerían esfuerzo físico, la difusión de los medios de transporte motorizados y la urbanización en crecimiento han provocado una disminución de la actividad física tanto en el trabajo como en el tiempo libre.

Por otro lado, la mayor disponibilidad en todos los países de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, a precio más económico que otros alimentos de mayor calidad nutritiva, está contribuyendo a lo que la Organización Mundial de la Salud ha llamado "la epidemia de obesidad del siglo XXI".

Factores socioeconómicos asociados a la obesidad

Se han asociado a la obesidad cierto número de factores como la edad, el género, el hábitat rural o urbano y la situación socioeconómica. En los países desarrollados, la tendencia es hacia un aumento progresivo de peso con la edad, con un pico máximo hacia los 50-60 años, tanto en hombres como en mujeres. En los países en desarrollo esta relación de la obesidad con la edad es similar, pero los promedios

máximos de obesidad tienden a alcanzarse hacia los 40 años, una década o dos antes que en los países desarrollados. La disminución de la prevalencia tras esta edad suele relacionarse parcialmente con la menor supervivencia de las personas obesas⁽¹⁵⁾.

La mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en los PD se encuentra en Estados Unidos donde es superior al 66% y 32% respectivamente. Además, más del 50% de los adultos tienen sobrepeso en Seychelles, Nueva Zelanda y Australia⁽¹⁶⁾. En los PED, la mayor proporción de personas con sobrepeso y obesidad se encuentra en Arabia Saudita^a, con un 72,5% y un 35,6% respectivamente, superior incluso a la de Estados Unidos. En general, en todos los países está aumentando la prevalencia de exceso de peso a un promedio anual que oscila entre un 0,2-18,5% en PD y un 0,1-35,3% en PED⁽¹⁶⁾.

En la mayoría de los países, incluida España⁽¹⁷⁾, se observan claras diferencias de género en la prevalencia de obesidad, la cual suele ser más elevada en las mujeres que en los hombres. En los PED, esta diferencia puede relacionarse, en parte, con factores culturales que asocian el exceso de peso a la belleza y a la riqueza, además de un nuevo factor aparecido en las últimas décadas que asocia la delgadez a la enfermedad por VIH/SIDA. Así, en Ghana la obesidad es seis veces más frecuentes en mujeres que en hombres; en Marruecos cuatro veces y en Sudáfrica dos veces más común⁽¹⁸⁾. En los países desarrollados se ha observado

a Estos datos se refieren a 1995-2000. En estas fechas, Arabia Saudita estaba situada entre los países de desarrollo humano medio (Informe de Desarrollo Humano. 2001).

también que, entre las personas con menor formación y nivel socioeconómico, la proporción de obesidad entre las mujeres dobla la de los hombres^(17,19). Por el contrario, en los niveles socioeconómicos más altos la obesidad es más prevalente en los varones.

En general, en los PD las personas con menos ingresos y niveles menores de formación tienen mayor tendencia a la obesidad que las de mayores ingresos y niveles de formación altos. Esto podría estar relacionado, como se verá más adelante, con la mayor facilidad de estos últimos para acceder a alimentos sanos, entornos que favorecen la actividad física y mayores cuidados de salud. En los países en desarrollo esta relación se invierte, observándose también mayores índices de obesidad en las zonas urbanas que en las rurales, como consecuencia del cambio en los estilos de vida^(16, 17, 19).

Nutrición, actividad física y obesidad

Los cambios producidos en la producción, procesamiento y distribución de los alimentos, así como en las formas de adquirirlos y comerlos han cambiado globalmente, existiendo actualmente una mayor cantidad y accesibilidad a los alimentos ricos en calorías⁽²⁰⁾.

El tipo de comercios de alimentos que rodean a los consumidores explica algunas de las variaciones étnicas y socioeconómicas en la nutrición y en la salud⁽²¹⁾. Los alimentos más sanos – como productos lácteos bajos en grasas, frutas y vegetales – son menos accesibles o de menor calidad en las áreas económicamente más deprimidas o donde habitan las minorías étnicas.

54 Malnutrición: hambre y obesidad en un mundo globalizado

nicas. El número de comidas realizado fuera de casa también influye negativamente en la salud, pues al comer fuera, especialmente en restaurantes de comida rápida, se consumen más grasas y menos vegetales y fibra. Este tipo de restaurantes, económicamente más asequibles, suelen concentrarse en las zonas más pobres lo cual sería otro factor contribuyente a los mayores índices de obesidad en las personas con menor nivel económico. En los Estados Unidos es raro encontrar restaurantes en los que algún plato principal esté compuesto por fruta, vegetales o legumbres.

Por otra parte, en los PD se ha comprobado que los entornos en los que existen parques, aceras amplias y calles que favorecen desplazarse a pie por caminos más directos, favorecen la práctica de actividad física tanto en la infancia como en la edad adulta. Por el contrario, la lejanía del lugar de residencia de los centros de trabajo y de las áreas comerciales o el vivir en zonas urbanas diseñadas para favorecer el transporte motorizado, de calles amplias y con recorridos largos para los peatones, hace que las personas sean menos activas físicamente⁽²¹⁾. En la actividad física infantil influyen también las preocupaciones de los padres y madres sobre el juego o el desplazamiento de los niños/as en entornos con mucho tráfico y poco seguros para ellos. Varios estudios han comprobado que el diseño actual de los entornos urbanos no estimula la práctica de ejercicio físico⁽²²⁻²⁴⁾. A esto se añade el aumento de entretenimientos sedentarios, como la televisión, ordenadores y videojuegos, que favorecen la disminución del ejercicio físico y la aparición de obesidad ya desde la infancia⁽¹⁹⁾. Se ha observado tam-

bién, al menos en Estados Unidos^(20,21), la existencia de inequidades en la distribución de espacios recreativos o estéticamente agradables que favorezcan su práctica, siendo los entornos particularmente hostiles en las zonas donde habitan las personas con menos ingresos, menos formación o las minorías étnicas.

En los PED, se está produciendo la llamada "transición nutricional"⁽²⁵⁾. La mayor accesibilidad a aceites vegetales y alimentos ricos en grasas y azúcares está favoreciendo un mayor consumo de estos productos⁽²⁶⁾ en detrimento de las legumbres, vegetales y cereales, especialmente en áreas urbanas. Las dietas con mucha grasa y azúcares son más variadas y sabrosas y los seres humanos, si son asequibles, tienden a elegirlos ante otras opciones menos apetitosas. Además, el aumento de la urbanización y de los desplazamientos motorizados; el incremento del número de trabajos sedentarios; la mecanización progresiva de muchos trabajos y del hogar y la introducción de entretenimientos pasivos como la televisión, hace que la actividad física en los entornos urbanos sea muy inferior a la que se realiza en las zonas rurales. En muchos países africanos, además, influyen factores culturales que consideran que caminar o ir en bicicleta "es de pobres", por lo que la población económicamente mejor situada tiende a utilizar transportes motorizados en sus desplazamientos. Por tanto, el desarrollo económico conduce a un aumento en la disponibilidad de alimentos y mayor seguridad alimentaria y por tanto, mejor salud, pero tiene también consecuencias negativas al aumentar los índices de obesidad tanto en la infancia como en la edad adulta.

Exceso de peso y desnutrición

El exceso de peso y la desnutrición se tratan habitualmente como problemas diferentes, pero podrían presentar causas comunes. La obesidad en aumento en las personas adultas de los PED se ha relacionado con la desnutrición de la madre durante el embarazo y con la desnutrición infantil. Se cree que la desnutrición de la madre durante el embarazo podría dar lugar a un estado metabólico desadaptado en el feto y, como consecuencia, al mejorar más tarde la situación nutricional de esta persona, tendería a adoptar una serie de estrategias de supervivencia alimentándose en exceso⁽¹⁸⁾. Esta desnutrición fetal, añadida a la producida en la primera infancia, merma la competencia humana para desarrollarse tanto física como intelectualmente. La dificultad consiguiente para adquirir conocimientos y formación, unido a la urbanización creciente puede facilitar la adopción de "estilos de vida de los países desarrollados" que favorecen la aparición de obesidad⁽²⁷⁾.

En muchos PED, sobre todo de Latinoamérica, coinciden la desnutrición infantil con el sobrepeso y la obesidad, incluso en una misma familia⁽¹⁸⁾. Esta paradoja se ha observado también en África, donde está creciendo de forma alarmante desde el comienzo de los años 90. En esta región se está incrementando la existencia de menores con sobrepeso por exceso de ingesta de grasas y azúcares, pero malnutridos por falta de nutrientes esenciales para su crecimiento adecuado⁽²⁸⁾. En Sudáfrica⁽²⁷⁾, se encuentra una elevada prevalencia de desnutrición infantil (el 35% de

la población infantil) junto a una proporción muy alta de sobrepeso y obesidad en la edad adulta (54.5% en hombres blancos y 58.5% en mujeres africanas). Esto podría explicarse, en parte, por malas prácticas de las madres en la alimentación de sus hijos/as y por los episodios recurrentes de enfermedad infecciosa en la infancia. En todo caso, aunque existan dudas sobre si mantener un adecuado estado de nutrición y de salud de las madres y enseñarles buenas prácticas para la alimentación de sus hijos/as puede o no prevenir la aparición de obesidad en la edad adulta, es un objetivo importante a lograr ya que siempre beneficiará la salud de las mujeres y de la infancia.

Conclusión

A pesar de los esfuerzos de los organismos internacionales, el hambre y la desnutrición siguen aumentando a nivel mundial y, al ritmo actual, muchos países no alcanzarán la meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre para 2015.

El hambre es causa y consecuencia de la pobreza que afecta a millones de personas en todo el mundo, sobre todo en los países en desarrollo, pero también a las poblaciones marginadas de los países desarrollados. La desnutrición consecuyente es causa de muchas enfermedades, facilita la aparición de otras y, especialmente cuando ocurre en los primeros años de la vida, impide un correcto desarrollo físico, intelectual y social de las personas que marcará el resto de sus vidas. Pero además de la desnutrición, otra causa de malnutrición está afectando de manera creciente a todos los países del mundo. Los cambios en los estilos

56 Malnutrición: hambre y obesidad en un mundo globalizado

de vida, que favorecen el consumo de dietas ricas en grasa y azúcares y el sedentarismo, son una causa importante de sobrepeso y obesidad. El exceso de peso es, a su vez, una de las causas subyacentes más importantes en la aparición de enfermedades crónicas no comunicables que, como veremos en otro capítulo, están aumentando de manera preocupante a nivel global y con especial rapidez en los países en desarrollo.

Como hemos ido viendo a lo largo del capítulo, la malnutrición depende de la interrelación de múltiples factores -políticos, económicos, sociales, ambientales, etc.- que pueden ser muy difíciles de controlar por las personas individuales o por los grupos sociales. Así, por ejemplo, es muy posible que la tendencia global a la obesidad no se deba simplemente a una elección personal sino, sobre todo, a la existencia de "entornos obesogénicos"⁽²⁹⁾ que favorecen una mayor ingesta calórica y un menor gasto de energía.

El concepto de seguridad alimentaria incluye la disponibilidad y el acceso a alimentos apropiados que sean nutritivos y de calidad; la estabilidad en la disponibilidad y el acceso así como la existencia de otros factores no nutritivos que favorecen su utilización como acceso a agua potable y servicios básicos de salud que garanticen el bienestar nutricional⁽³⁰⁾. Es decir, este concepto, aunque aplicado habitualmente a su escasez, puede aplicarse también al exceso de alimentos, especialmente cuando los alimentos más disponibles son aquellos con poco valor nutritivo y abundancia de grasas y azúcares.

Por tanto, para asegurar la nutrición adecuada de las poblaciones debe trabajarse tanto para evitar el hambre como el exceso de peso. Ambas situaciones ha sido claramente demostrado que afectan especialmente a las personas y poblaciones más vulnerables y contribuyen de manera importante a aumentar la carga de enfermedad de los países, especialmente en los países en desarrollo.

Bibliografía

- 1 Sen A. **Desarrollo y libertad**. 1999. (traducción E. Rabasco y L. Toharia). Ed. Planeta. 2000.
- 2 http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/en/index.html. Consultado el 12 de julio de 2009.
- 3 <http://www.fao.org/news/story/en/item/20568/icode/>. Consultado el 13 de julio de 2009.
- 4 FAO. **L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2008**. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
- 5 Organización Mundial de la Salud. 2003. **Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño**.
- 6 Organización Mundial de la Salud. **Obesidad y sobrepeso**. Nota descriptiva n° 311. Septiembre de 2006.
- 7 United Nations System. Standing Committee on Nutrition (SCN). **Strategic framework**. <http://www.unscn.org/>. Consultado el 14 de junio de 2009.
- 8 <http://www.fao.org/news/story/es/item/20690/icode/>. Consultado el 14 de julio de 2009.
- 9 Patel R. 2008. **Obesos y famélicos. El impacto de la globalización en el sistema alimentario mundial**. (Traducción A. Manara). Ed. Los libros del lince.

- 10 FIAN International annual report 2008.
- 11 ETC group **¿De quién es la naturaleza? El poder corporativo y la frontera final en la mercantilización de la vida.** 2008. Communiqué n° 100. En <http://www.etcgroup.org>. Consultado el 18 de julio de 2009.
- 12 UNICEF. **Estado mundial de la infancia 2009.**
- 13 Organización Mundial de la Salud. **Obesidad y sobrepeso.** Nota descriptiva n°311. Septiembre de 2006. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Consultado el 16 de julio de 2009.
- 14 Lenard NR, Berthoud HR. **Central and peripheral regulation of food intake and physical activity: pathways and genes.** *Obesity* (Silver Spring). 2008; Dec;16 (suppl. 3):S11-22.
- 15 **The Global Challenge of Obesity and the International Obesity Task Force.** <http://www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm>. Consultado el 16 de julio de 2009.
- 16 Low S., Chin MCh., Deurenberg-Yap M. **Review on epidemic of obesity.** *Ann Acad Med Singapore.* 2009; 38: 57-65.
- 17 Gutiérrez-Fisac JL, Royo-Bordonada MA; Rodríguez-Artalijo F. **Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad.** Informe SESPAS 2006. *Gac Sanit.* 2006; 20(supl1): 48-54.
- 18 Prentice AM. **The emerging epidemic of obesity in developing countries.** *Int J Epidemiol.* 2006; 35: 93-99.
- 19 Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakim A, Freemark M y cols. **CONSENSUS STATEMENT: Childhood Obesity.** *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(3): 1871-87. doi: 10.1210/jc.2004-1389.
- 20 Popkin BM, Duffey K, Gordon-Larsen P. **Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance.** *Physiol Behav.* 2005. 86(5):603-13. Epub 2005 Oct 24.
- 21 Sallis JF and Glanz K. **Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic.** *Milbank Q.* 2009; 87 (1): 123-154.
- 22 French SA, Story M, Jeffery RW. **Environmental influences on eating and physical activity.** *Annu Rev Public Health.* 2001;22: 309-35.
- 23 Townshend T, Lake AA. **Obesogenic urban form: Theory, policy and practice.** *Health Place.* 2008 Dec 25.
- 24 Booth KM, Pinkston MM, Poston WS.J. **Obesity and the built environment.** *Am Diet Assoc.* 2005 May;105(5 Suppl 1):S110-7.
- 25 Swinburn BA, Caterson I, Seidell JC y James WPT. **Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity.** *Public Health Nutrition.* 2004. 7(1A): 123-146. doi: 10.1079/PHN2003585.
- 26 Drewnowski A, Popkin BM. **The nutrition transition: new trends in the global diet.** *Nutr Rev.* 1997.
- 27 Vorster HH, Kruger A. **Poverty, malnutrition, underdevelopment and cardiovascular disease: a South African perspective.** *Cardiovasc J Afr.* 2007 Sep-Oct;18(5):321-4.
- 28 Organisation mondiale de la Santé. 2006. **Rapport sur la santé dans la région africaine.**
- 29 Luque E. **La obesidad, más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios.** Fundación "La Caixa". Colección Estudios Sociales. 2008: 130-149.
- 30 FAO. **Seguridad alimentaria. Informe de políticas.** 2006 (2). Disponible en URL: ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf. Consultado el 14 de agosto de 2009.



A woman's face is shown in profile on the left side of the image, looking towards the right. The background is a vibrant, abstract composition of colors including shades of blue, green, yellow, and red, with a textured, painterly appearance. The text is overlaid on the right side of the image.

La importancia de la equidad de género en salud

La importancia de la equidad de género en salud

¿A qué llamamos género?

El concepto de "género" se refiere a lo que diferencia a las mujeres y a los hombres en sus relaciones sociales. Estas diferencias son adquiridas, cambian a lo largo del tiempo y presentan grandes variaciones entre diversas sociedades y culturas. El sexo se refiere a las diferencias biológicas que existen entre mujeres y varones. El género es la construcción social que define, en una sociedad concreta y en un momento dado, cuáles son roles de las mujeres y de los varones, que pasan a desempeñar funciones y a tener responsabilidades sociales diferentes. Los roles de género son asignados por la sociedad, se aprenden y son diferentes para las mujeres y para los varones. Tradicionalmente, los hombres han ocupado el espacio público y tienen asignado el rol productivo (mantenimiento y sustento económico), al que se asocia el poder y el prestigio. Los roles reproductivos, que son asignados de forma mayoritaria a las mujeres, se refieren a las actividades relacionadas con la reproducción, crianza de hijos/as, cuidados sanitarios, apoyo emocional, etc. y pertenecen al terreno de las actividades menos valoradas social y económicamente.

Al hablar de los sistemas de discriminación de género debemos incluir otras variables que crean diferencias entre las personas de un sexo u otro como la edad, la clase social, la pertenencia étnica, la nacionalidad y la religión así como por el medio geográfico, económico y político. Estas dimensiones repercuten sobre la salud de las personas y sobre sus oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud.

Análisis de género

El análisis de género es una herramienta que nos permite diagnosticar, en un contexto determinado, las diferencias sociales entre mujeres y varones (debido a los roles que tradicionalmente se les han asignado a unas y a otros), en aspectos tales como sus actividades específicas, el poder en la toma de decisiones, condiciones de vida, necesidades, acceso y control sobre los recursos, beneficios, etc., tratando de identificar de esta forma las relaciones de desigualdad con el objetivo de transformarlas, ya que las relaciones de género son susceptibles de cambio y evolución. Traducándolo al área de salud, es una herramienta muy útil para estudiar los procesos de salud y enfermedad de mujeres y varones y para reducir las desigualdades en el acceso a los recursos sanitarios. El análisis de gé-

nero requiere reunir datos desglosados por sexo e información sensible a las cuestiones de género sobre la población estudiada. Para ello es necesario analizar:

- la división sexual del trabajo: qué papeles están asignados en la sociedad con la que vamos a trabajar; qué tipo de trabajo realizan mujeres y varones.
- los conceptos de acceso y control de los recursos: a qué recursos tienen acceso mujeres y varones; quién tiene el control y se beneficia de ello.
- la condición y posición de las mujeres: qué necesidades e intereses tienen mujeres y varones; qué factores -culturales, legales, políticos, económicos, medioambientales- afectan a las relaciones de género; quién participa y toma las decisiones; cómo lo hace; en qué lugares y espacios...

Esta herramienta conceptual y metodológica es el punto de partida, en una planificación sensible a las cuestiones de género, para promover la igualdad entre las mujeres y los varones y, en materia de salud, asegurar una distribución equitativa de los recursos para garantizarla.

¿Por qué salud y género?

Lo que una sociedad considera que significa ser "hombre" o ser "mujer" tiene diferentes consecuencias en la salud, la enfermedad y el bienestar individual de mujeres y hombres. La aproximación a la salud desde la perspectiva de género nos permite una mayor comprensión de los factores que afectan a la salud de niñas, niños, mujeres y varones. Existen

ciertos problemas de salud que, al estar determinados por el sexo biológico, son diferentes en mujeres y varones (como las enfermedades de los aparatos reproductores femenino y masculino); otras enfermedades, por motivos que aún se desconocen, suelen ser más frecuentes en un sexo u otro. Pero, como veremos más adelante, existen muchos problemas de salud que están más relacionados con el "género" que con el sexo, es decir con lo que una sociedad considera que significa "ser mujer" o "ser hombre". En general, en la mayoría de las sociedades, y en casi todas las épocas, las desigualdades de género han dado lugar a que las mujeres se encuentren en desventaja con respecto a los varones en todos los ámbitos de la sociedad, dando lugar a relaciones de poder desiguales⁽¹⁾ y a la aparición de diferentes problemas de salud en unas y en otros, como consecuencia de esta desigualdad. La equidad de género en salud no significa que se deban alcanzar las mismas tasas de morbilidad y mortalidad en ambos sexos, sino que se debe asegurar que las mujeres y los varones tengan las mismas oportunidades para poder gozar del mejor estado de salud posible⁽²⁾.

Hasta hace relativamente poco tiempo, la preocupación sobre la salud de las mujeres estaba limitada a todo aquello relacionado con su sistema reproductor. Los estudios de género han permitido ampliar el campo "**salud de las mujeres**", incluyendo en él todas aquellas situaciones que pueden afectar a su salud a lo largo de todo su ciclo vital, desde la concepción hasta la ancianidad.

62 La importancia de la equidad de género en salud

Gracias a esta aproximación, se han identificado una serie de determinantes que afectan a la salud de las niñas y de las mujeres, entre los cuales se encuentran⁽¹⁾:

- Menores oportunidades para la educación, la formación y el empleo remunerado.
- Posición y condición social inferior en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad en general.
- Limitaciones en el acceso y control de los recursos.
- Reducido poder para la toma de decisiones.
- Vulnerabilidad aumentada a la violencia basada en el género, debido a la existencia de instituciones sociales, normas y creencias que la mantienen y la legitiman.
- Escaso valor otorgado a la salud y a la vida de las mujeres fuera de los años reproductivos.

El comportamiento de los varones, hasta hace poco considerado como "lo normal", es decir, como la vara con la que se medía la conducta de las mujeres (que bajo este punto de vista era considerada como "el otro" o, con mayor frecuencia, "lo a-normal o inferior")⁽³⁾, ha dejado de ser considerado como algo inherente al ser "masculino" y, gracias al análisis de género, actualmente se considera también como el resultado de la construcción social del género^(2,4). La socialización masculina, al igual que la femenina, tiene desventajas, pues en muchos casos les obliga a ajustarse a unos modelos muy rígidos que les suponen limitaciones y tienen efectos considerables sobre su salud emocional y psicológica. Aunque el control de los recursos, el poder y la autoridad les propor-

cionan privilegios, también suponen un costo para su salud emocional y psicológica: se espera que se comporten como seres competitivos, valientes y exitosos; se les conforta poco afectivamente; se les reprime la expresión positiva de los afectos y se les permite e incluso estimula a expresar sentimientos negativos como la agresividad. Esto hace que, en casi todas las sociedades, los varones se vean impelidos hacia comportamientos de riesgo para probar su "masculinidad". Como resultado, los varones muestran mayor propensión que las mujeres hacia el uso de la violencia de género y entre pares, el contacto sexual inseguro, el tabaquismo y el consumo de alcohol y drogas, los cuales pueden contribuir a explicar la mayor incidencia, a nivel global, de muerte prematura entre los varones que entre las mujeres.

Las mujeres que faltan en el mundo

Uno de los hechos que los estudios de género nos han permitido conocer es el déficit tan importante de mujeres que existe en el mundo. La mayoría de las personas que viven en sociedades occidentales piensan que, debido a la mayor longevidad en general de las mujeres, en el mundo hay más mujeres que varones (la proporción en estos países suele ser de 106 mujeres por 100 varones). En realidad, es muy posible que debiera ser así, ya que parece que el sexo femenino tiene una ventaja biológica que, en igualdad de condiciones con los hombres, hace que las mujeres tengan una supervivencia mayor.

De hecho, se conciben y nacen más niños que niñas (alrededor de 105-106 niños por cada 100 niñas), pero las niñas, tanto en el útero como en los primeros años de vida, sobreviven más que los niños. Entre las personas de mayor edad también se observa una mayor supervivencia de las mujeres comparadas con los varones. Hace ya unos años, Amartya Sen, en un artículo publicado en 1990⁽⁵⁾, llamó la atención sobre el hecho de que esto no ocurría igual en todo el mundo. En gran parte de Asia y en el norte de África, la supervivencia de las mujeres es inferior a la de los varones. Esto se podría atribuir a la pobreza y al abandono relativo, sobre todo en cuidados de salud. Sin embargo, en África subsahariana, la zona más pobre del mundo, existe también un mayor número de mujeres con una relación aproximada mujeres/hombres de 1.04. La situación más alarmante se produce en algunas zonas de Asia en las que la proporción es de 0.77⁽⁶⁾. El déficit calculado de mujeres en el sur de Asia, Asia occidental y el norte de África es de un 11%. Solo en China, esto significa que faltan 50 millones de mujeres. Entre 35 y 45 millones sería el número de mujeres "desaparecidas" en India⁽⁷⁾. Sumando a estos números el déficit observado en el resto de Asia y África, la cifra se eleva a más de 100 millones de mujeres que "han desaparecido" en el mundo.

Las causas de este déficit de mujeres, aunque diversas según las zonas, está relacionado fundamentalmente con la situación de desigualdad y discriminación de género a la que se ven sometidas las mujeres. En el

estado indio de Kerala, por ejemplo, la relación de mujeres/varones es de 1.03 mientras que en algunos de los estados más ricos de la India es de 0.86. En Kerala, a diferencia del resto de su entorno, las mujeres poseen un elevado índice de alfabetización y trabajos remunerados, la propiedad se hereda por línea femenina y los gobernantes, desde hace décadas, han prestado una atención especial a la instrucción pública primaria⁽⁸⁾. En China, por el contrario, la preferencia por los hijos varones ha llevado al abandono de las niñas (se las alimenta peor, no se les proporciona atención médica si enferman o se las atiende demasiado tarde) e incluso al infanticidio y, últimamente, al aborto selectivo de los fetos femeninos. En la India y en Pakistán ocurre algo similar: de los ocho mil abortos practicados en Bombay en 1990, más de siete mil fueron de fetos hembras⁽⁸⁾. En Pakistán, las probabilidades de morir antes de los cinco años de edad son entre un 30 y un 50% superiores para las niñas que para los niños⁽⁶⁾. Según estimaciones de UNICEF, más de un millón de niñas fallecen cada año como resultado de desigualdades en el acceso a cuidados de salud, alimentación insuficiente u otras formas de abandono⁽⁹⁾. A esto se suma la violencia física y sexual que se practica en muchos países contra las niñas, adolescentes y mujeres: abusos sexuales, matrimonios forzados o mutilación genital femenina, entre otros, a lo que se añade la escasa atención profesional que reciben para muchos de sus problemas de salud incluidos los relacionados con su vida sexual y reproductiva.

Mortalidad precoz en los hombres

Entre el momento del nacimiento y los 45 años, el 76% de las muertes de varones son debidas a accidentes de tráfico, violencia, suicidios y VIH/SIDA⁽³⁾. Todas estas causas de muerte son secundarias a comportamientos de riesgo que los varones asumen como relacionados con la masculinidad y la heterosexualidad. Estos roles de género explican casi todo el exceso de mortalidad de los hombres por debajo de los 45 años y casi el 50% del exceso más allá de los 60:

- Una de cada cuatro muertes de varones entre los 15 y 29 años está relacionada con el alcohol⁽¹⁰⁾.
- Globalmente, los varones mueren en accidentes de tráfico 2,7 veces más que las mujeres debido a su mayor tendencia a conducir de manera peligrosa⁽¹¹⁾.
- La participación en "maras" o pandillas es una causa importante de violencia en Centroamérica donde se calcula que hay entre 30.000 y 285.000 miembros y unos 50.000 simpatizantes⁽¹²⁾.
- En el año 2000 unas 530.000 personas fueron asesinadas. El número de varones muertos por homicidio fue más de tres veces superior al de mujeres. La mayor tasa mundial de homicidios (19,4 por 100.000) se produjo en varones entre los 15 y los 29 años⁽¹³⁾. En todos los países, los varones jóvenes son tanto los principales perpetradores como las principales víctimas de los homicidios.

Género y salud sexual y reproductiva

En la Conferencia de El Cairo (1994)⁽¹⁴⁾, se definió la salud reproductiva como "**un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos**". La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos/as con el menos riesgo posible para su salud y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, con qué frecuencia y con quién. Esto implica que, tanto la mujer como el varón, tienen derecho a acceder a los medios necesarios para poder planificar su familia y regular su fecundidad; a los servicios de atención de salud necesarios para que la mujer tenga embarazos y partos sin riesgo; servicios de atención para enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y los medios de prevención de la violencia sexual y del cáncer del sistema reproductor.

Gozar de salud sexual, por otra parte, significa que las relaciones sexuales sean libres, responsables, seguras y satisfactorias y que estas relaciones se mantengan en condiciones de igualdad y respeto mutuo entre las personas.

Las diferentes normas aplicadas a la conducta sexual de mujeres y varones estimulan el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas en los hombres que en las mujeres, la promiscuidad de los

varones, su rechazo a los preservativos y el uso de violencia como un medio de castigo contra las mujeres. Además, para muchos hombres, buscar ayuda o información es visto como un síntoma de debilidad, por lo que es menos probable que acudan voluntariamente a recibir asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual o a realizarse pruebas de detección del VIH^(11,15). Sin embargo, para las mujeres, estas normas implican que, a menudo, no puedan tomar decisiones con respecto a su vida sexual y reproductiva y que estén expuestas a abusos sexuales, embarazos de alto riesgo o no deseados, abortos realizados en condiciones de riesgo, problemas de salud relacionados con el embarazo y el parto y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA⁽¹⁶⁾.

Salud reproductiva

El quinto objetivo del milenio (mejorar la salud materna), se fijó como primera meta reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes en 2015 con respecto a las cifras de 1990⁽¹⁷⁾. Sin embargo, según los últimos datos obtenidos⁽¹⁸⁾, la mortalidad materna es aún inadmisiblemente alta en gran parte del mundo en desarrollo. **En 2005, murieron más de 500.000 mujeres durante el embarazo, el parto o las seis semanas posteriores. 68.000 casos fueron debidos a abortos practicados en condiciones de riesgo. El 99% de estas muertes sucedieron en regiones en desarrollo, 86% de ellas en el África subsahariana y el Asia meridional.** En el África subsahariana, el riesgo de mortalidad materna es de 1/16, mientras que en las regiones desarrolladas es de 1/2.800.

Apenas ha habido progreso hacia la primera meta del objetivo desde 1990. Más que ningún otro problema de salud, la maternidad en los países en desarrollo sigue siendo la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva. Se han observado avances en algunas regiones (norte de África, Asia, Latinoamérica), pero apenas en África subsahariana donde la mortalidad materna ha disminuido sólo un promedio anual de un 0,1%. Sin embargo, la mayoría de los problemas relacionados con la reproducción son evitables: una adecuada atención al embarazo y al parto, sin necesidad de medios muy sofisticados, disminuye la morbilidad y la mortalidad de forma apreciable. Pero en los países más pobres los servicios sanitarios tienden a estar dispersos o inaccesibles y los recursos humanos y de equipamiento de que disponen son escasos. En muchos casos, las mejoras en materia de servicios de salud pública benefician sobre todo a las personas acomodadas y apenas llegan al quintil más desfavorecido ni a los grupos más vulnerables. Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causa de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de enfermedades y defunciones de las mujeres en edad fértil. En África y en Asia, sólo el 46.5% y el 65.4%, respectivamente, de las mujeres dan a luz con asistencia profesional. Los niveles más bajos se encuentran en África del este (33.7%), África del oeste (41.2%) y Asia central y meridional (46.9%)⁽¹⁹⁾. En algunos países, las cifras son incluso más inconcebibles: Níger (17,7%); Chad

(14,4%); Afganistán (14,3%); Etiopía (5,7%)⁽¹⁹⁾. En Latinoamérica, aunque el promedio supera el 88%, se observan grandes desigualdades dentro de algunos países (como Guatemala, Bolivia, Perú, Nicaragua y Haití) entre los quintiles más ricos -en los que más del 90% de las embarazadas tienen controles prenatales y atención al parto- y los más pobres, donde sólo el 20-40% tiene acceso a estos servicios⁽¹²⁾.

Por cada mujer que muere, hay 20 mujeres que sufren enfermedades graves, discapacidad o daño físico a causa de las complicaciones asociadas al embarazo y parto. Además de la falta de atención durante el parto, existen otras causas que influyen en la elevada mortalidad y morbilidad de las mujeres durante su edad reproductiva⁽²⁰⁾:

- La mala nutrición de las niñas y la anemia frecuente en las mujeres en edad reproductiva.
- El inicio precoz de la actividad sexual y los embarazos en la adolescencia.
- La pobreza, las tradiciones culturales y los obstáculos legales que restringen su acceso a los recursos financieros.
- La limitación en el acceso a la educación, la información y los medios que podrían evitarles embarazos repetidos.
- El hecho de que, en muchas ocasiones, no se les permita intervenir sobre el uso de anticonceptivos o el lugar donde quieren dar a luz.
- En ocasiones se sienten intimidadas por las actitudes del personal sanitario hacia ellas, o presionadas a aceptar tratamientos reñidos con sus valores o cos-

tumbres, por lo que son reacias a acudir a los centros de salud.

- La elevada prevalencia de VIH/SIDA entre la población femenina de África al sur del Sáhara -el 59% de los adultos infectados son mujeres⁽¹¹⁾ -, cuyo diagnóstico y tratamiento presenta grandes dificultades en los entornos con pocos recursos. En la embarazada, la infección por VIH aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto.

Exclusión sanitaria por motivos socio-económicos

En algunos países, como Burkina Faso y Níger, las mujeres que viven en entornos rurales y que precisan de atención obstétrica para dar a luz, deben recorrer entre 50 y algo más de 100 Km. para llegar al hospital más cercano. Dada la ausencia de infraestructuras (carreteras y/o transportes), el 79% de estas mujeres no pueden recibir la atención que precisan y, la mayoría de ellas, mueren.

Informe sobre la salud en el mundo. 2005

Trabajo, salud y género⁽²¹⁾

En todo el mundo, las mujeres y los varones padecen incomodidades, malestar, enfermedades, lesiones e incluso mueren a causa de su trabajo. Por lo general, los problemas asociados al mundo laboral masculino son más conocidos. Pero actualmente se están identificando una serie de riesgos asociados al trabajo de las mujeres.

Problemas de las mujeres relacionados con el trabajo

Las mujeres tienden a trabajar con mayor frecuencia en sectores de economía informal: trabajo doméstico, venta ambulante, trabajadoras sexuales... Pueden trabajar en sus casas, en cuyo caso su trabajo es invisible o ni siquiera es considerado un trabajo, incluso por las mismas mujeres que lo realizan. Cuando se encuentran en el sector formal, las mujeres, como grupo, suelen sufrir más por la presión competitiva y las estrategias para la conservación del trabajo.

El trabajo de las mujeres en los países en desarrollo

En estos países las mujeres trabajan con mayor frecuencia en el sector informal que en el formal. Estos trabajos no están reconocidos, están socialmente infravalorados y carecen de protección legal y seguridad social. Sin embargo, las tareas que realizan son con frecuencia muy duras, como transportar agua y leña desde largas distancias, lavar en aguas contaminadas e infestadas o cocinar en espacios pequeños y mal ventilados. Todas estas actividades les pueden ocasionar lesiones osteomusculares, problemas reproductivos, infecciones y parasitosis, problemas respiratorios crónicos... Muchas mujeres realizan tareas agrícolas lo que las expone a padecer enfermedades causadas por los pesticidas y otros contaminantes orgánicos. Cuando realizan trabajos remunerados suelen ser repetitivos y de escaso valor social lo que, unido a la casi ausencia de servicios sociales, hace que compartir el trabajo remunerado con las tareas

familiares sea una carga muy pesada para ellas y una fuente de estrés.

Problemas en el mundo industrializado

En general, el número de enfermedades y lesiones de origen laboral suele estar subestimado en todo el mundo, pero en el caso de las mujeres ocurre con mayor frecuencia y, además, se les suelen rechazar las reclamaciones por problemas de salud relacionados con el trabajo y se les ofrecen menores medidas de rehabilitación que a los varones. Las mujeres sufren más discriminación y acoso sexual que los hombres. En Europa, se ha observado que padecen más intimidación y acoso laboral y psicológico. Un estudio de los datos de 200 ocupaciones (1970-1990) mostró que la tercera parte de las trabajadoras en Finlandia, Noruega y Suecia —países en los que, según los informes de desarrollo humano, existe la menor desigualdad de género— tuvieron que cambiar de trabajo para evitar la discriminación de género⁽²²⁾.

Problemas específicos de los hombres

Los varones, en casi todas las sociedades, suelen tener más accidentes laborales y mortalidad por causas relacionadas con su trabajo -por violencia o accidente- que las mujeres. Además, en los países desarrollados están más expuestos al ruido, vibraciones, temperaturas extremas, productos químicos y a transportar grandes pesos. Esto está relacionado con la idea, aceptada en muchas sociedades, de que son los hombres quienes deben realizar las tareas más duras y peligrosas, aunque esto no ocurre en todos los lugares.

Formas de violencia contra las mujeres

Prácticas tradicionales perjudiciales⁽²³⁾

Feminicidio: El aborto selectivo de fetos femeninos es actualmente el método más utilizado para eliminar a las niñas no deseadas. Aún así, se estima que en la India se producen unos 10.000 feminicidios de niñas anualmente. La carga de la dote ha sido utilizada como justificación para los abortos selectivos. En la India, las clínicas en las que se determina el sexo buscan a sus clientes con eslóganes como "Mejor 500 ahora que 5000 después", donde 500 es el precio del test de determinación del sexo y 5.000 el precio de la dote de la novia⁽²⁴⁾.

Matrimonio precoz⁽²⁴⁾:

40%: Porcentaje de niñas en Nepal que se casan antes de los 15 años.

50%: Porcentaje de niñas de Amhara (Etiopía) que se casan antes de los 15 años.

1 de cada 3: Proporción de adolescentes egipcias casadas a las que su marido les pega habitualmente.

41%: Porcentaje de estas niñas egipcias que están embarazadas en el momento de la paliza.

12 años: Edad de una niña nigeriana a la que su marido le cortó las piernas tras reiterados intentos de escapar de él.

2.000.000: Número de mujeres con fístula obstétrica en el mundo.

10-15 años: Edad en la que la fístula obstétrica es más frecuente como complicación del parto. Las niñas y mujeres con fístula es fácil que sean condenadas al ostracismo por su comunidad y que su marido se divorcie de ellas.

15-19 años: Edad en la que la principal causa de mortalidad, en todo el mundo, son las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

Mutilación genital femenina: Entre 100 y 140 millones de mujeres en el mundo han sido sometidas a alguna forma de mutilación genital femenina y 3 millones de niñas se encuentran en riesgo de sufrir esta práctica cada año⁽²⁵⁾.

Otras prácticas tradicionales nocivas: Violencia relacionada con la dote; crímenes "de honor"; maltrato de viudas (incitación al suicidio); dedicación de las niñas pequeñas a templos; restricciones sobre el derecho a casarse de la segunda hija; restricciones dietéticas a las embarazadas; alimentación forzada; matrimonio forzado con el hermano del marido fallecido o con el marido de la hermana muerta.

Fenómenos culturales que conforman la violencia contra la mujer pero que no son reconocidos como tales⁽²³⁾.

Violencia durante una cita: "el 40% de las adolescentes de 14 a 17 años dicen que conocen a alguna compañera de clase a la que un novio ha golpeado o le ha dado una paliza [y] una de cada cinco estudiantes universitarias de sexo femenino sufrirá alguna forma de violencia en una cita".

Trastornos de la alimentación: La dieta de hambre (anorexia) y la bulimia (alimentación excesiva), se vinculan con valores culturales: "hay estudios que indican que las expectativas relativas al peso corporal y a la apariencia, en particular orientadas hacia las niñas, provienen de los padres y madres, los pares, la industria dietética y las imágenes de los medios de comunicación".

Abuso sexual de menores

El abuso sexual de menores generalmente no es notificado o reconocido, lo que hace difícil estimar su prevalencia. Los niños/as no saben defenderse a sí mismos y con frecuencia carecen de los recursos necesarios para comunicarlos e incluso para reconocer los abusos. No obstante, el abuso sexual de menores está ampliamente difundido en todo el mundo y las niñas tienen entre 1,5 y 3 veces más probabilidades de sufrirlo que los niños⁽¹⁶⁾. Las tasas de prevalencia a nivel mundial varían entre el 7 y el 36% para las mujeres y entre el 3 y el 28% en el caso de los hombres. A pesar de que las tasas de abuso sexual aumentan después de los 10 u 11 años, los niños/as también pueden ser víctimas de abuso a temprana edad. La mayoría de los abusadores son varones y, además, son conocidos por las víctimas.

En África subsahariana, pero también en Asia y en el Caribe, existe el mito de que mantener relaciones sexuales con una virgen cura el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

Tráfico de personas

De 600.000 a 800.000 personas son objeto de tráfico a través de las fronteras internacionales cada año. El 80% son mujeres y niñas y la mayoría lo son para dedicarlas a la industria del sexo. Aunque el dinero suele ser el medio de intercambio, el tráfico puede incluir también el comercio de alimentos, drogas u otros bienes o servicios o hacerse a cambio de protección y/o alojamiento⁽²⁴⁾.

Violencia doméstica⁽²³⁾

Es la forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo. Abarca una serie de actos sexual,

psicológica o físicamente coercitivos practicados contra mujeres adultas o adolescentes, por una pareja actual o anterior. Los resultados del estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud⁽²⁶⁾, indican que el porcentaje de mujeres que habían sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja oscilaba, en la mayoría de los lugares, entre el 24% y el 53%. Es decir, **entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres del mundo sufren violencia doméstica alguna vez en su vida**. Las mujeres más jóvenes, sobre todo entre los 15 y los 19 años, tenían más riesgo de ser objeto de violencia física y/o sexual. Entre el 20 y el 75% de las mujeres habían sufrido maltrato psicológico. Las afectadas consideraban que este tipo de violencia es aún más devastadora que la violencia física. En general, **las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir experiencias violentas a manos de sus parejas o conocidos que a manos de extraños**.

En España, según la macroencuesta realizada en 2006⁽²⁷⁾, **1.200.000 mujeres han sufrido maltrato por parte de su pareja o expareja, alguna vez en su vida. En 2007 se realizaron 63.347 denuncias por violencia de género y 71 mujeres murieron por esta causa**⁽²⁸⁾.

Violencia sexual durante los conflictos armados

En la última década, los datos en aumento sobre las guerras están sacando a la luz uno de los grandes silencios de la historia: las violaciones y torturas sexuales realizadas a mujeres y niñas durante los períodos de conflictos bélicos⁽²⁴⁾. Esta violencia puede ser ejercida tanto por los combatientes -como arma de guerra para desestabilizar las comunidades o para obtener "esclavas sexuales"-, como por hombres de la misma comunidad que aprovechan el conflicto para violentar a las mujeres sin miedo a posibles castigos. Las mujeres desplazadas por los conflictos también se encuentran en riesgo elevado de sufrir violencia sexual o se ven obligadas a intercambiar servicios sexuales por comida, seguridad, protección u otros recursos necesarios para su supervivencia y la de su familia.

El empleo de la violación y otras formas de violencia sexual en Kosovo (ex Serbia y Montenegro) en 1999 como armas de guerra y métodos de depuración étnica fue precedido por una propaganda oficial del Estado e informaciones en los medios de comunicación que presentaban a las mujeres kosovares albanesas como sexualmente promiscuas y explotaban los temores serbios acerca del crecimiento de la población albanesa.

Human Rights Watch, 2000⁽²⁹⁾

Violencia contra las mujeres

"Las mujeres son golpeadas por sus esposos, golpeadas por sus padres e incluso golpeadas por sus hermanos varones.... La mayor parte de esta violencia queda oculta. No se registra y no se habla de ella. Las mujeres, en su mayoría, no piensan que son víctimas de violencia, aun cuando sus esposos las maltraten, puesto que consideran que se trata de "un derecho del esposo": una actitud que comparten los hombres.

Estado de la población mundial 2008. UNFPA

La violencia contra las mujeres funciona como un mecanismo para mantener la autoridad de los hombres y tiene grandes consecuencias para ellas, para sus hijos e hijas, para la comunidad y para toda la sociedad. La violencia ocasiona a las mujeres diversos problemas de salud y reduce su capacidad para ganarse la vida y participar en la vida pública⁽²³⁾.

Desigualdad de género en los sistemas sanitarios

Sesgo de género

Las diferencias biológicas y de género existentes entre mujeres y varones dan lugar a variaciones en los estados de salud y modos de enfermar de unas y otros. Sin embargo, los estudios sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, exceptuando los referidos a los sistemas reproductivos, se han realizado fundamentalmente en hombres generalizándose después los resultados a las mujeres. Esta extensión ha dado lugar a errores que están actualmente poniéndose de manifiesto⁽³⁰⁾.

Uno de los ejemplos más conocidos es el **sesgo en la investigación de las enfermedades cardiovasculares**: aunque la cardiopatía isquémica es más frecuente en los varones que en las mujeres, estas presentan mayor mortalidad por su causa. Diversos estudios⁽³¹⁻³⁴⁾ han demostrado que las mujeres acuden más tarde al hospital cuando presentan síntomas de cardiopatía isquémica, deben esperar más tiempo para ser atendidas y en ellas se utilizan menos métodos diagnósticos y terapéuticos que en los hombres. Tanto el retraso en acudir a urgencias de las mujeres como la tardanza en atenderlas y diagnosticarlas puede deberse a un fallo en el reconocimiento de unos síntomas que, al ser diferentes en las mujeres del modelo predominante masculino, no son considerados como un signo de enfermedad grave ni por las propias mujeres ni por el personal sanitario que las atiende.

Pero esto no ocurre sólo en la cardiopatía isquémica. En general, se ha observado que, ante la misma necesidad, los ingresos hospitalarios y el acceso a las tecnologías son superiores en los hombres que en las mujeres. Este sesgo de género puede afectar también negativamente a los varones: en los servicios de pediatría, las diferencias en las hospitalizaciones entre niñas y niños hacen que los niños estén más expuestos que las niñas a servicios sanitarios innecesarios⁽³⁵⁾.

Medicalización de procesos fisiológicos de las mujeres

Con frecuencia las mujeres se ven expuestas a procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios

o excesivos para procesos fisiológicos que hacen que sucesos naturales -como el embarazo, el parto o la menopausia- sean controlados en los medios sanitarios como si de enfermedades se tratara.

Entre algunos podemos citar^(36,37):

- La realización rutinaria -en lugar de hacerlas de modo selectivo- de ecografías múltiples durante el embarazo que obliga a las mujeres a realizar continuas visitas al tocólogo y al hospital.
- Práctica frecuente de rasurado perineal y episiotomía en el parto, especialmente en los centros privados.
- Aplicación de anestesia epidural para el parto "sin dolor" sin informar a las mujeres de las posibles consecuencias: aumento del riesgo de alargamiento del parto, distocia, parto instrumental y necesidad de cesárea.
- Aumento progresivo en el número de cesáreas practicadas en todos los centros -con mayor proporción en los privados que en los públicos-, aumento y distribución que no se explican con un aumento y distribución paralelos de los partos de riesgo.
- Administración generalizada, hasta hace relativamente poco tiempo, de hormonas para el "tratamiento" de la menopausia. Incluso actualmente, a pesar de las publicaciones que demostraron que sus beneficios eran dudosos y que en las mujeres que las utilizaban aumentaba el riesgo de eventos trombóticos y de cáncer de mama y colecistitis⁽³⁸⁾, se continúan administrando a muchas mujeres sin informarlas de los posibles riesgos.

Aumento del trabajo reproductivo

Además de lo anterior, los sistemas sanitarios, cuando realizan medidas de ajuste estructural en las que reducen gastos recortando servicios, desplazando estos servicios -como el cuidado de personas dependientes, discapacitadas o con enfermedades mentales- al núcleo familiar, lo que están haciendo es aumentar el trabajo de las mujeres, que son las que habitualmente se ocupan de estas tareas⁽³⁹⁾.

Conclusión

El género afecta de manera diferente a la salud de mujeres y hombres, pero son las mujeres, en la mayoría de las sociedades, las que suelen presentar mayores problemas de salud como consecuencia de los roles que, históricamente, les han sido atribuidos. Los problemas sanitarios de las mujeres comienzan incluso antes del nacimiento y las acompañan durante todo su ciclo vital, con mayor o menor gravedad dependiendo de la sociedad en la que vivan. Pero incluso en las sociedades "occidentales" con menores desigualdades de género, las ideas de predominio de lo "masculino" sobre lo "femenino" hacen que las mujeres se encuentren expuestas a situaciones que pueden afectar gravemente a su salud.

Las normas y valores que definen el género no son inmutables. Evolucionan con el tiempo, varían de forma importante de un lugar a otro y son susceptibles de cambio. Ser conscientes de su existencia es el primer paso para hacerlas cambiar. Por tanto, las mujeres y los varones deben trabajar juntos para

lograrlo partiendo del convencimiento de que **las consecuencias negativas que las diferencias e inequidades de género tienen para la salud de unos y otras pueden ser modificadas.**

Bibliografía

- 1 WHO 2009. **Gender or women's health: why should WHO work on this?** http://www.who.int/gender/about/gender_or_womens_health/en/index.html. Visitado el 7 de octubre de 2009.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. **Equidad de género en salud** (sin fecha). Hoja informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderEquityinHealthsp.pdf>. Último acceso 7 de octubre de 2009
- 3 Susan P. Phillips. **Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come.** Int J Equity Health. 2005; 4:11. doi:10.1186/1475-9276-4-11.
- 4 Lesley Doyal. **Sex, gender, and health: the need for a new approach.** BMJ. 2001;323:1061-3. doi:10.1136/bmj.323.7320.1061
- 5 Amartya Sen. **Faltan más de 100 millones de mujeres.** Ediciones de las mujeres 1996. Nº 15 (2º ed.). Isis Internacional. Traducción española del artículo publicado en The New York Review, diciembre 1990.

- 6 Fariyal F. Fikree, Omrana Pasha. **Role of gender in health disparity: the South Asian context.** *BMJ* 2004;328:823-826. doi:10.1136/bmj.328.7443.823
- 7 Naciones Unidas. **Broken bodies, broken dreams. Violence against women exposed.** 2005. OCHA/IRIN.
- 8 Francisco Fernández Buey. **Las mujeres desaparecidas y la cuestión del género.** En *Ética y filosofía política.* Edicions Bellaterra, Barcelona, 2000.
- 9 UNICEF. **La violencia doméstica contra mujeres y niñas.** *Innocenti Digest* 2000. 6.
- 10 World Health Organisation. **The Global Status Report: Alcohol and Young People.** 2001. WHO. Geneva.
- 11 World Health Organisation. **Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it.** Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. September 2007.
- 12 Organización Panamericana de la Salud. **Salud en las Américas.** 2007.
- 13 Organización Mundial de la Salud. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** 2002.
- 14 **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.** Resumen del programa de acción. El Cairo. 1994.
- 15 Estado de la población mundial 2008. **Ámbitos de convergencia. Cultura, género y derechos humanos.** UNFPA.
- 16 Reproductive Health Outlook (RHO). **Género y salud sexual. Aspectos clave.** http://www.icmer.org/RHO/html/gsh_keyissues.htm Último acceso el 16 de octubre de 2009.
- 17 <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>. Último acceso el 17 de octubre de 2009.
- 18 Naciones Unidas. **Objetivos de desarrollo del milenio.** Informe 2008.
- 19 Organización Mundial de la Salud. 2008. **"Proportion of births attended by a skilled health worker—2008 updates"**. Fact Sheet. Department of Reproductive Health and Research Fact Sheet. Ginebra: OMS. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/2008_skilled_attendant.pdf. Visitado el 17 de octubre de 2009.
- 20 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2005.**
- 21 Karen Messing y Pirooska Östlin. **Gender equality, work and health: a review of the evidence.** World Health Organization 2006. Disponible en <http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>. Consultado el 7 de octubre de 2009.
- 22 Helinä Melkas y Richard Anker. **Occupational segregation by sex in Nordic countries: An empirical investigation.** *International Labour Review* 1997. 136 (3):341-63.
- 23 Naciones Unidas 2006. **Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer.** Informe del Secretario General. A/61/122/Add.1.
- 24 Naciones Unidas. **Broken bodies, broken dreams. Violence against women exposed.** OCHA/IRIN 2005.
- 25 WHO. **Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement.** OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008.

- 26 Organización Mundial de la Salud. **Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe.** Organización Mundial de la Salud. 2005.
- 27 **Contra la violencia de género.** Boletín nº 4. Diciembre 2007. www.migualdad.es Visitado el 21 de octubre de 2009.
- 28 <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/w805.XLS>. Visitado el 21 de octubre de 2009.
- 29 Human Rights Watch. **Gender-based violence against Kosovar Albanian women** (New York, Human Rights Watch, 2000), http://www.hrw.org/reports/2000/fry/Kosov003-02.htm#P113_16068. Visitado el 22 de octubre de 2000.
- 30 M^o Luisa Lasheras Lozano, Marisa Pires Alcaide, M^o del Mar Rodríguez Gimena. **Género y salud.** Unidad de igualdad de género. Junta de Andalucía.
- 31 Jaime Marrugat; Joan Sala; Rafel Masiá; Marco Pavesi; Ginés Sanz; Vicente Valle, y cols. **Mortality differences between men and women following first myocardial infarction.** JAMA, 1998; 280(16): 1405-1409.
- 32 Kevin A. Schulman, Jesse A. Berlin, William Harless, Jon F. Kerner, Shyrl Sistrunk, Bernard J. Gersh y cols. **The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization.** NEJM, 1999; 340. 8: 618-626.
- 33 Stuart E. Sheifer, Jose J. Escarce, Kevin A. Schulman. **Race and sex differences in the management of coronary artery disease.** Am Heart J. 2000. 139, 5: 848-857.
- 34 Sociedad Española de Cardiología. **Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España** (sin fecha). Informe realizado para el Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf> Visitado el 30 de octubre de 2009.
- 35 María T. Ruiz-Cantero, María Verdú-Delgado. **Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico.** Informe SESPAS 2004. Gac Sanit, 2004. 18(supl 1): 118-25.
- 36 M. Pérez Fernández, J. Gervas. **Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres.** Semergen, 1999; 25(3): 239-248.
- 37 Federación de Asociaciones de Matronas de España. **Iniciativa Parto Normal.** Documento de consenso. 2007.
- 38 Heidi D. Nelson, Linda L. Humphrey, Peggy Nygren, Steven M. Teutsch, Janet D. Allan. **Postmenopausal Hormone Replacement Therapy: Scientific Review.** JAMA. 2002;288:872-881.
- 39 Iolanda Iriarte Salinas. **Globalización y equidad de género en el sector de la salud.** Globalización y salud. 2005. FADSP.





Globalización
y salud I:
Urbanización,
enfermedades
crónicas e
infecciosas.
Resistencia
a antibióticos.

Globalización y salud I: Urbanización, enfermedades crónicas e infecciosas. Resistencia a antibióticos.

Para que una persona pueda decidir estar sana, debe estar en condiciones de elegir una salud mejor.

Dra. Gro Harlem Brundtland

Introducción

Los medios de comunicación actuales permiten una transmisión casi instantánea de información, así como el desplazamiento en masa de personas, bienes y animales, en pocas horas, de un punto a otro del planeta. Esto ha dado lugar a lo que se ha llamado "globalización", o lo que es lo mismo, que cualquier persona, esté donde esté, podría utilizar y disfrutar los beneficios que el desarrollo proporciona. Pero aunque es cierto que la "globalización" ofrece oportunidades, también plantea nuevos desafíos -y amenazas- a todos los países del mundo y, especialmente, a los países en desarrollo.

Las enfermedades infecciosas continúan siendo la primera causa de morbilidad y mortalidad en los países más pobres del mundo. Pero otro tipo de problemas de salud está surgiendo como consecuencia de la

urbanización creciente y descontrolada, el envejecimiento de la población y la adopción en los países en desarrollo de estilos de vida "occidentales" que acarrearán un incremento de los factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades mentales. El progresivo aumento de estos problemas de salud, hasta ahora ignorados en muchos países en desarrollo, plantea un nuevo reto para muchos sistemas sanitarios que se encuentran ya gravemente deteriorados. En palabras del Dr. Luís Gomes Sambo*, "necesitamos intervenciones rápidas y firmes para difuminar esta inexorable bomba de tiempo. Pero para ello, se requieren medidas a nivel global que complementen las acciones nacionales y locales"⁽¹⁾. Por otra parte, los desplazamientos en masa facilitan la aparición de una nueva clase de enfermedades infecciosas y posibilitan rebrotes de enfermedades que se creían controladas, amplificando sus efectos, mientras que el uso indiscriminado de antibióticos hace más problemático su tratamiento por aparición de cepas resistentes.

a El Dr. Luís Gomez Sambo es el Director de la Oficina Regional de África de la Organización Mundial de la Salud.

Urbanización

En el año 2007, por primera vez en la historia, la mayoría de la población mundial habitaba en ciudades. La rapidez de urbanización ha sido especialmente alta en las regiones más pobres, donde el crecimiento de asentamientos irregulares⁽²⁾ ha provocado la aparición de nuevos problemas ambientales y de salud⁽³⁾. Se cree que, para el año 2030, la población urbana de África, Asia y Latino América aumentará en unos dos millones de personas. Esta cifra es la mitad del total del crecimiento esperado para el año 2030. Es decir, en los próximos 20 años, la mitad del crecimiento de la población total se producirá en las áreas más pobres, necesitadas y vulnerables del mundo.

Según UN-Habitat⁽⁴⁾, en el año 2005 uno de cada tres habitantes urbanos de los países en desarrollo vivía en asentamientos irregulares (unos 500 millones de personas en Asia, 175 en África y 117 en Latinoamérica). En los países más pobres de África subsahariana, esta proporción aumenta a dos tercios de los que, más de un 25%, se encuentra en situación de necesidad extrema. Estos asentamientos existen también en los países de ingresos altos donde un 6% de las personas que viven en zonas urbanas -muchas de ellas inmigrantes- viven en barrios marginales⁽⁵⁾.

a : Se consideran asentamientos irregulares o barrios marginales ("slum" en la literatura anglosajona) a aquellos que cumplen dos o más de las siguientes condiciones: carencia de acceso a agua de buena calidad; ausencia de saneamientos; viviendas con estructuras de mala calidad; espacio insuficiente para vivir e inseguridad en la posesión de la propiedad ⁽²⁾.

Una causa importante del aumento de la urbanización es la migración desde los entornos rurales huyendo de la pobreza. La deforestación, la minería y los proyectos hidroeléctricos son responsables del desplazamiento de millones de residentes rurales a localidades urbanas en busca de trabajo y de una vida mejor⁽⁶⁾. La pobreza de los nuevos/as migrantes se agrava al desaparecer los medios de subsistencia y los lazos de soporte existentes en las áreas rurales. Los datos procedentes de barrios marginales muestran que las desigualdades dentro de las ciudades están elevadas de manera alarmante, en relación con la situación socio-económica y las condiciones de vida. Aunque, en general, las zonas urbanizadas suelen disponer de mejores servicios que las rurales, una urbanización demasiado rápida, en un contexto de capacidad institucional debilitada y con limitaciones financieras, ha hecho que el desarrollo de servicios e infraestructuras no haya ido en consonancia con el crecimiento de la población en la mayoría de los países en desarrollo. Esto ha dado lugar a la aparición de una economía informal y a la existencia de condiciones de vida y de trabajo precarios, de forma que los y las migrantes se encuentran especialmente afectados por la exclusión social y económica y, a menudo, carecen de acceso a la educación, a los cuidados básicos de salud y a la toma de decisiones. Como resultado, se produce un incremento de problemas ambientales y de salud y un aumento de las inequidades dentro, y entre diferentes ciudades del mundo.

En estas zonas, podemos encontrar varios factores que afectan negativamente a la salud de sus habitantes:

1. Efectos directos de la pobreza

La mayoría de los habitantes de los barrios marginales realizan trabajos mal remunerados o en el sector informal. Los bajos ingresos y una elevada tasa de paro hacen que el acceso a una alimentación adecuada sea muy desigual. Además, estas personas han perdido los beneficios que disfrutaban en las áreas rurales, en las que podían disponer de alimentos procedentes de sus cultivos privados. En algunos países subsaharianos -como Mozambique, Nigeria y Uganda- las mayores diferencias de nivel socioeconómico y desnutrición infantil se han encontrado dentro de las zonas urbanas⁽⁷⁾. Las deficiencias nutricionales causan un aumento de la morbilidad y la mortalidad, deterioro cognitivo o retardo del desarrollo mental y, como consecuencia, una disminución de la capacidad de aprendizaje en la escuela. Además, muchas de las familias que viven en los entornos urbanos más pobres, no pueden permitirse los gastos que supone la educación de los hijos. Las niñas son las que salen más perjudicadas: los prejuicios culturales y sociales existentes sobre ellas (deben ayudar en las tareas domésticas, casarse y tener hijos muy jóvenes) limitan especialmente sus oportunidades de progreso. La escasa formación de los y las jóvenes de estos barrios reduce su posibilidad de acceso a trabajos mejor remunerados y sus oportunidades para salir del gueto en el que se encuentran.

2. Condiciones ambientales creadas por el hombre

El hacinamiento en viviendas de escasa calidad, la contaminación interior por utilización de combustibles sólidos en áreas mal ventiladas y la acumulación de residuos sólidos domésticos en la vecindad, favorecen la exposición a enfermedades infecciosas. Esta situación se ve empeorada aún más por la escasa higiene secundaria a la falta de acceso a agua segura y saneamientos.

El hacinamiento en las viviendas facilita la transmisión de enfermedades infecciosas como tuberculosis, meningitis y gripe⁽⁸⁾. La contaminación interior es la causa principal de enfermedades respiratorias en mujeres y niños/as que viven en los suburbios de Asia y África⁽⁴⁾. La persistencia de los residuos domésticos en las calles favorece la aparición de enfermedades transmitidas por vectores (mosquitos, moscas y roedores), diarreas, parasitosis y lesiones físicas.

Terremotos y calidad de las viviendas

En 1994, un terremoto de intensidad 6,7 sacudió el sur de California (Estados Unidos), a 32 Km de Los Ángeles -una ciudad densamente poblada-, causando 57 muertos y unos 5.000 heridos⁽⁹⁾. En enero de 2001, El Salvador sufrió un terremoto de 7,6 grados en la escala de Richter cuyo epicentro se encontraba a unos 30 Km. de la capital. El terremoto causó 1.130 muertos, cerca de 8.000 heridos y destruyó 75.000 viviendas⁽¹⁰⁾. La mala calidad de las viviendas en las poblaciones afectadas de El Salvador y, en muchos casos, su situación (construcciones en laderas que las hacen muy vulnerables cuando se producen corrimientos de tierras) incrementó las consecuencias catastróficas del seísmo.

La mala calidad de las viviendas y el hecho de que, en muchas ocasiones, estos asentamientos estén situados en zonas peligrosas, hace que estas poblaciones se vean especialmente afectadas cuando ocurren desastres naturales como terremotos, huracanes, inundaciones, movimientos de tierras, etc.

3. Problemas sociales y psicológicos

La aglomeración que suele acompañar a una urbanización demasiado rápida, la falta de sistemas de soporte, la elevada tasa de paro y la exclusión social, contribuyen a la aparición de problemas sociales, psicológicos y de comportamiento⁽⁶⁾. Las consecuencias afectan especialmente a los jóvenes y adolescentes manifestándose como violencia juvenil, abuso de drogas, traumatismos, homicidios, enfermedades de transmisión sexual y, en las mujeres, además, como explotación y agresión sexual, embarazos de riesgo y/o no deseados, abortos realizados en condiciones de riesgo y matrimonios precoces.

4. Servicios de atención a la salud inadecuados

La atención a la salud en los barrios marginales suele ser proporcionada por una mezcla de servicios públicos, privados y ONGs. Esta atención, habitualmente no coordinada, suele ser insuficiente y, en muchas ocasiones, poco sostenida a lo largo del tiempo. Esto, además de facilitar la aparición y persistencia de los problemas de salud previamente descritos, permite la progresión de enfermedades prevenibles como la hipertensión y la diabetes y un aumento del riesgo

de infecciones con resistencias múltiples a antibióticos, como la tuberculosis multiresistente. La cobertura de vacunación en estos barrios suele ser muy inferior a la de otras zonas, en parte por falta de infraestructuras adecuadas y, en parte, por la ausencia de concienciación por parte de la población⁽⁸⁾.

Conclusiones

El acceso a una vivienda y un alojamiento de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano y una condición indispensable para una vida sana⁽⁵⁾. Aunque las ciudades son entornos complejos en cuyo funcionamiento influyen gran cantidad de factores, las desigualdades en salud que se observan en ellas afectan generalmente a la población que se encuentra en los niveles socioeconómicos más bajos. Esta población tiende a agruparse en barrios marginales en los que las condiciones de exclusión social, pobreza y morbilidad aumentada, crean un círculo vicioso que limita sus posibilidades de acceder a una mejor situación. Para romperlo, es preciso gestionar las ciudades priorizando las necesidades de la población más vulnerable, independientemente de su capacidad de pago.

Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas

A menudo se piensa que las enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes y otras, son problemas de salud significativos sólo en los países de ingresos altos. Pero, en realidad, son la primera causa de

morbilidad tanto globalmente como en los países de ingresos medios y altos⁽¹¹⁾. Sólo en los países más pobres son superadas por el conjunto de enfermedades transmisibles, carencias nutricionales y afecciones perinatales. Además, sólo el 20% de las muertes debidas a las enfermedades crónicas ocurren en los países ricos, mientras que el 80% restante se produce en los países de ingresos medios y bajos, en los cuales vive la mayoría de la población. Además, el impacto de estas enfermedades en los países en desarrollo está creciendo con rapidez. Sólo la enfermedad cardiovascular causó la muerte de cinco veces más personas que el VIH/SIDA⁽¹²⁾. Las enfermedades crónicas representan una carga económica considerable para los más pobres y precipitan a un número considerable de personas, así como a sus familias, a la pobreza⁽¹¹⁾.

Las enfermedades crónicas son la primera causa global de morbilidad, pero el 80% de la mortalidad que originan se produce en los países de ingresos medios y bajos. Sólo la enfermedad cardiovascular causó la muerte de cinco veces más personas que el VIH/SIDA.

El aumento en las enfermedades no comunicables se debe, por un lado, al aumento de adultos de edad avanzada y, por otro, a cambios en los estilos de vida a consecuencia de la globalización y de la urbanización: tabaquismo, ingesta excesiva de alcohol, sedentarismo y una alimentación rica en grasas animales. El mercado global del tabaco, alcohol y de los alimentos ricos en grasas, azúcar y sal ha alcanzado

a todas las regiones del planeta. El desplazamiento a zonas urbanas ha aumentado el sedentarismo y disminuido las dietas ricas en frutas y vegetales. La persistencia de los factores de riesgo modificables, unida a otros factores que no se pueden variar -la edad y la herencia- da lugar a los factores de riesgo intermedios: hipertensión, aumento del colesterol, obesidad e hiperglucemia, que originan la mayoría de las enfermedades crónicas.

Según los últimos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud⁽¹³⁾, el grupo de enfermedades no comunicables fue el que causó el mayor número de muertes en 2004 (el 57,9% de mujeres y el 61,5% de hombres murieron por esta causa). La enfermedad cardiovascular se encontró entre las dos primeras causas de muerte en todos los países, independientemente de su nivel económico.

Las enfermedades no comunicables causan actualmente casi la mitad de la carga de enfermedad de las personas adultas (15-59 años) en los países de ingresos medios y bajos. La enfermedad isquémica cardiaca provoca una pérdida de 62,2 millones de años de buena salud mundialmente, de los cuales cerca del 88% (54,9 millones) se producen en países de ingresos medios y bajos⁽¹³⁾.

Pero cuando se abordan los problemas de los países en desarrollo, las enfermedades crónicas no comunicables no se tienen en cuenta y se subestima su influencia en la economía y en la vida de las personas y poblaciones. La mayoría de los gobiernos se toman

poco interés en su prevención descargando la responsabilidad sobre los individuos⁽¹⁴⁾.

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud enorme y creciente para América Latina y el Caribe, ocasionando dos de cada tres muertes en la población general y casi la mitad de todas las defunciones en el grupo de edad de menos de 70 años. Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades, limitan la productividad y requieren de tratamientos costosos.

Aunque un número considerable de los países de América Latina parece tener sistemas de vigilancia para las enfermedades crónicas, hay escasez de datos publicados para evaluar el estado actual de las enfermedades crónicas en estos países.

Salud en las Américas 2007⁽¹⁵⁾

Tabaco y salud

Una de las causas más importantes, y evitable, de la aparición de enfermedades crónicas es el aumento del tabaquismo. Está claramente demostrado que el tabaco es la causa principal del cáncer de pulmón, así como de la enfermedad respiratoria crónica y de algunas enfermedades cardiovasculares. A pesar de ello, el consumo de este producto aumenta cada año y se calcula que, para el año 2020, el tabaco será la

principal causa de muerte en todo el mundo⁽¹⁶⁾. Sin embargo, la industria tabaquera ha logrado mantenerse sana mientras sus clientes enferman. Compañías tabaqueras rivales han sumado sus esfuerzos para oponerse a las legislaciones contra el tabaco, utilizando tácticas como financiar campañas políticas a cambio de favores; utilizar los medios para moldear la opinión pública e incluso crear grupos aparentemente "espontáneos" a favor de los derechos de los fumadores/as; movilizar a cultivadores, distribuidores, vendedores y agencias publicitarias de tabaco; intimidar a sus oponentes y comprar respetabilidad social apoyando el arte, los deportes y las actividades culturales⁽⁶⁾.

En el año 2003, la Organización Mundial de la Salud, consciente de todos estos problemas, redactó el Convenio Marco para el Control del Tabaco en el que se establecen medidas para proteger a la población de la exposición al humo del tabaco (sitios sin humo) así como prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y reducir su consumo⁽¹⁷⁾.

Aún así, los programas que brindan ayuda financiera a los países en desarrollo no tienen en cuenta la lucha contra el tabaquismo y la recaudación de fondos no incluye la prevención de tabaquismo como uno de los objetivos prioritarios. Por tanto, la ayuda necesaria para prevenir las enfermedades crónicas secundarias al tabaco no llegará hasta que se reconozca su peligro⁽⁶⁾.

Efectos en la salud de algunas intervenciones preventivas

Muchos países desarrollados han logrado mejorar y alargar la vida de sus ciudadanos y ciudadanas gracias a la prevención y al tratamiento de las enfermedades crónicas, especialmente de la enfermedad cardiovascular. Algunas de las medidas implementadas para lograrlo no implican gasto económico alguno para las personas como hacer una dieta sana, disminuir la cantidad de sal en los alimentos, hacer ejercicio y no fumar.

En otros casos, intervenciones de bajo coste pueden lograr grandes resultados: el tratamiento preventivo con varios medicamentos administrados a personas con alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, en países en desarrollo, evitaría 17,9 millones de muertes por esta causa, el 70% en personas menores de 70 años. El coste del tratamiento sería de aproximadamente 1,08 dólares por persona y año⁽¹⁹⁾. La reducción de la ingesta de sal en un 15% y la puesta en marcha de cuatro elementos clave para el control de tabaco (aumento de los impuestos sobre el tabaco; creación de espacios libres de fumadores; etiquetado del tabaco según las normas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y campañas públicas sobre los riesgos del tabaco), podría evitar 13,8 millones de muertes, en un período de 10 años, a un coste inferior a 0,4 dólares por persona y año en los países de ingresos medios y bajos y, en los de ingresos altos, a un coste de 0,5-1 dólares⁽²⁰⁾. Además, estas intervenciones reducirían de manera

substantial la morbilidad y discapacidad por enfermedades crónicas.

Problemas de salud mental

Según la OMS, la depresión es, en importancia, la causa que contribuye en tercer lugar a la carga mundial de enfermedad, siendo la octava en los países más pobres, y la primera en países de ingresos medios y altos⁽¹³⁾.

Pero en este estudio no se incluyen otros tipos de trastornos mentales como la ansiedad, los trastornos relacionados con el estrés, el abuso de drogas, la demencia y otros trastornos orgánicos, etc., los cuales aumentarían la carga global de enfermedad debida a procesos mentales en todos los países.

La enfermedad mental está profundamente relacionada con el entorno cultural y social en el que cada persona vive, por lo que, para mejorarla, hay que cambiar los factores sociales y económicos negativos.

Entre estos factores se encuentran⁽⁶⁾:

La pobreza, la riqueza y la desigualdad: Aunque los niveles de ingresos pueden tener un efecto independiente en el bienestar mental, las sociedades con mayor grado de estrés mental, más violentas y más deterioradas son aquellas en las que desigualdades son más pronunciadas. Los países más pobres, pero con una distribución más igualitaria de la riqueza, son más felices que las naciones más ricas, pero más desiguales.

La globalización y la industrialización: El concepto de “desarrollo” ha sido igualado a consumismo, materialismo y crecimiento económico, lo cual está erosionando las formas tradicionales de vida. La velocidad del cambio es tal, que las sociedades tienen dificultades para adaptarse. Millones de personas se han visto obligadas a abandonar sus entornos rurales habituales para vivir en zonas urbanas alienantes en las que se enfrentan a una desintegración de la familia y de la comunidad. Además de estos movimientos internos, una gran cantidad de personas se desplaza a nivel internacional y su integración en los países de acogida puede resultarles muy estresante. Cuando se trata de refugiado/as políticos que huyen de conflictos violentos, los problemas se magnifican y su salud mental puede resultar gravemente afectada.

La violencia de género: Las desigualdades de género son un determinante social muy importante de estrés mental. En todas las sociedades existe una diferencia de género consistente en el riesgo de salud mental. Los múltiples papeles que deben desempeñar las mujeres, añadidos a la violencia de género, son factores que contribuyen a esta diferencia. Además, en los países pobres, se añaden las circunstancias asociadas a la pobreza y a su escaso acceso a la educación.

Las mujeres inmigrantes presentan otros factores añadidos, ya que deben enfrentarse a un doble proceso⁽²¹⁾: la crisis de la separación de su medio habitual y la adaptación al nuevo entorno, más la discrimi-

minación de la que suelen ser objeto, tanto en el país de origen como en el de acogida.

Nuevas enfermedades infecciosas y resistencia a antibióticos

Las enfermedades infecciosas afectan a todos los países. Pero la vulnerabilidad ha aumentado en todas las poblaciones y países y la situación está empeorando en lugar de mejorar. Las enfermedades infecciosas pueden extenderse rápidamente cruzando fronteras y amenazando la salud de las personas y la economía global a gran escala.

En las últimas décadas del siglo XX empezaron a aparecer enfermedades nuevas a razón de una o más por año, un ritmo sin precedentes. Entre 1973 y 2000 se identificaron 39 agentes infecciosos nuevos capaces de causar enfermedades humanas⁽²²⁾ y antiguas enfermedades están rebrotando con mayor virulencia^(23, 24).

Entre las causas de la aparición de nuevas enfermedades infecciosas, y de la re-emergencia de otras que se consideraban controladas, podemos citar⁽²³⁾:

- Los movimientos masivos de población: migraciones internas y externas que causan un aumento desordenado de la urbanización y generan condiciones de vida precarias, con escaso acceso a agua potable y saneamientos; desplazamientos de millones de personas como consecuencia de las

guerras, la inestabilidad civil y los desastres naturales, que crean unas condiciones extremadamente favorables para la aparición de epidemias (hacinamiento, malnutrición, malas condiciones sanitarias, exposición a nuevas enfermedades...); viajes comerciales y turísticos en medios rápidos de transporte que permiten llevar enfermedades, en pocas horas, de unos países a otros...

- El enorme crecimiento del comercio internacional, que incluye el transporte de animales vivos y productos de animales, contribuye a propagar las enfermedades a zonas donde nunca antes habían existido.
- Los cambios ambientales como la deforestación, construcción de carreteras y presas, sistemas intensivos de agricultura y producción animal, la extensión descontrolada de zonas urbanas y la contaminación, hacen que las personas tengan contacto más estrecho con animales e insectos portadores de enfermedades contra las cuales no tienen inmunidad.
- La falta de recursos sanitarios de muchos países, favorece que muchas enfermedades que estaban bajo control, o que pueden ser controladas, resurjan con más virulencia
- El uso indiscriminado de insecticidas y de antibióticos ha ocasionado la aparición de resistencias en los vectores (insectos y otros) y en los gérmenes contra los que iban dirigidos. La resistencia a los antibióticos constituye un problema sanitario, especialmente grave, a escala mundial: aumenta la morbilidad y la mortalidad debidas a las enferme-

dades transmisibles, ocasiona una disminución en la calidad de vida y produce un aumento de los costes suplementarios en materia de salud y asistencia sanitaria^(25, 26).

Resistencia a antibióticos

La capacidad de los antibióticos para curar enfermedades infecciosas que en el pasado eran mortales, ha desembocado en la falsa noción de que se trata de "medicamentos milagrosos" con "poderes" que en su mayoría superan a lo que realmente se puede atribuir a sus propiedades farmacológicas⁽²⁵⁾. El uso excesivo -y en muchos casos inapropiado- en medicina, en veterinaria y en la agricultura, ha dado lugar a un aumento del número de gérmenes resistentes a los medicamentos a una velocidad tal, que supera la capacidad de investigar nuevos fármacos que los sustituyan⁽²²⁾. De hecho, muchos de los antiguos antibióticos, o bien han dejado de ser eficaces, o son mucho menos fiables que antes.

La consecuencia más grave es la aparición de nuevas cepas bacterianas resistentes a diversos antibióticos al mismo tiempo. Las infecciones causadas por estos agentes patógenos causan un aumento de las complicaciones clínicas, lo que incluye el riesgo de sufrir una enfermedad grave que, hasta la fecha, se podría haber tratado con éxito. El peor supuesto, que, por desgracia, no es improbable, es que los agentes patógenos peligrosos adquieran con el tiempo resistencia a todos los antibióticos hasta ahora eficaces, lo que daría lugar a epidemias incontroladas de enfermedades bacterianas imposibles de tratar⁽²⁵⁾.

Los antibióticos son indispensables en la lucha contra las enfermedades infecciosas. Por ello, es imperativo preservar la eficacia de los productos farmacéuticos que aún la tienen.

Entre las causas que producen la aparición de resistencias se encuentran:

- Utilización de antibióticos para enfermedades en las que no son necesarios -por ejemplo, para una gripe- por mala prescripción médica o por automedicación.
- Tratamientos incompletos: se suspende el tratamiento antes de completarlo, bien porque la persona "ya se encuentra bien", bien porque se carece de dinero para comprar la cantidad necesaria de medicación.
- En los países en desarrollo no es rara la venta de medicamentos falsificados así como la adquisición de estos a vendedores callejeros sin ninguna fiabilidad.
- Casi la mitad de todos los antibióticos consumidos se emplean para tratar a animales enfermos, a modo de promotores del crecimiento o para destruir diversos patógenos en los alimentos. Estas dosis continuadas -con frecuencia a un bajo nivel- favorecen el desarrollo de resistencias en las bacterias del ganado. Estas cepas resistentes pueden "saltar" de los animales a los seres humanos.

El riesgo de propagación mundial de las enfermedades infecciosas ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a la elaboración de un Reglamento

El problema de la tuberculosis

Durante la década de los 90, la tuberculosis reapareció como una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. En el año 2006 esta enfermedad se cobró la vida de unos 1,7 millones de personas⁽²⁷⁾. La situación es especialmente difícil en los países pobres donde la expansión de la enfermedad está estrechamente relacionada con la epidemia de VIH/SIDA. Además, la escasa adhesión del paciente al tratamiento está dando lugar a la rápida aparición de cepas con resistencia cruzada.

La tuberculosis resistente a múltiples medicamentos (MDR-TB) es cada vez más frecuente en el mundo -se estima que cerca de medio millón de personas la desarrollan cada año⁽²⁸⁾- en concreto en Europa del este, África y Asia. Los medicamentos que, hasta la fecha, eran eficaces y baratos, se han de sustituir ahora por largos tratamientos continuados, mucho más caros, más difíciles de hacer y con efectos secundarios más graves.

Sanitario Internacional⁽²⁹⁾ -en vigor desde el 15 de junio de 2007-, en el que se establecen normas de vigilancia y alerta sanitarias y de respuesta a las enfermedades. El Reglamento obliga a todos los Estados Partes a crear, reforzar y mantener capacidades básicas de salud pública en materia de vigilancia y respuesta. Pero, en muchos países pobres del mundo, será necesario un gran apoyo por parte de los organismos internacionales y de los países ricos en orden a fortalecer sus sistemas de salud. Sólo así podrán llevar a cabo las tareas requeridas de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades infecciosas.

Bibliografía

- 1 **African Health Monitor. 2008.** 8(1). WHO. Regional Office for Africa.
- 2 UN-Habitat. **Global report on human settlements 2003. The challenge of slums.**
- 3 Montgomery MR, Hewett PC. **Urban poverty and health in developing countries: household and neighbourhood effects.** 2004. Policy Research Division Working Papers. The Population Council.
- 4 UN-Habitat. **State of the world's cities 2008/2009. Harmonious cities.**
- 5 Commission on Social Determinants of Health. 2008. **Closing the gap in a generation.** World Health Organization.
- 6 Global Health Watch 2. **An alternative world health report.** People's Health Movement. Medact. Global Equity Gauge Alliance. Zed Books. London & New York. 2008.
- 7 Fotso, J-C. **Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural areas.** Int J Equity Health 2006, **5**:9. doi:10.1186/1475-9276-5-9.
- 8 Unger A, Riley LW. **Slum Health: From Understanding to Action.** PLoS Med. 2007; 4(10): e295. doi:10.1371/journal.pmed.0040295.
- 9 Northridge Earthquake. **Pacific Earthquake engineering research center.** 2005. <http://nisee.berkeley.edu/northridge/>. Consultado el 18 de mayo de 2009.
- 10 Ville de Goyet, C. **Terremotos en El Salvador.** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2001. 9(2): 107-113.6.
- 11 Organisation Mondiale de la Santé. 2006. **Prévention des maladies chroniques : un investissement capital.**
- 12 Moeti M. **Noncommunicable Diseases: An overview of Africa's new silent killers.** African Health Monitor. 2008. 8(1): 2-5.
- 13 World Health Organization. 2008. **The global burden of disease.** 2004 update.
- 14 Beaglehole R., Ebrahim S., Reddy S., VoÛte J., Leeder S., en representación de "The Chronic Disease Action Group". **Prevention of chronic diseases: a call to action.** Lancet 2007; 370: 2152-57. Published Online December 5, 2007 DOI:10.1016/S0140-6736(07)61700-0.
- 15 **Salud en las Américas 2007.** Organización Panamericana de la Salud. Disponible en URL: www.paho.org. Último acceso 10 de marzo de 2009.
- 16 Reddy KS, Yusuf S. **Emerging Epidemic of Cardiovascular Disease in Developing Countries.** Circulation. 1998; 97:596-601.
- 17 **Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.** 2003. OMS. Disponible en URL: http://www.who.int/fctc/text_download/es/index.html. Último acceso 7 de octubre de 2009.
- 19 Lim SS., Gaziano TA., Gakidou E., K Reddy S., Farzadfa F., Lozano R., Rodgers A. **Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs.** Lancet 2007; 370: 2054-62. Published Online December 5, 2007. Doi:10.1016/S0140-6736(07)61699-7.

- 20 Asaria P., Chisholm D., Mathers C., Ezzat M., Beaglehole R. **Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use.** *Lancet* 2007; 370: 2044–53. DOI:10.1016/S0140-6736-(07)61698-5.
- 21 Mazarrasa Alvear L., Martínez Blanco ML., Llácer Gil de Ramales A. y Castillo Rodríguez S.: **Globalización, género e inmigración: La salud de las mujeres inmigrantes en España.** En: *Globalización y salud.* FADSP (ed.) 2005. 353-376.
- 22 Organización Mundial de la Salud. 2007. Documento temático: **“Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”.** http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/files/issuesspaper_final_es.pdf. Consultado el 21 de mayo de 2009.
- 23 Rey JR. **Enfermedades infecciosas emergentes.** 2007. University of Florida. <http://edis.ifas.ufl.edu/IN731>. Consultado el 11 de febrero de 2009.
- 24 Organización Mundial de la Salud. **Enfermedades infecciosas.** WHO/CDS/99.1. 1999. <http://www.who.int/infectious-disease-report/idr99-spanish/pages/ch10text.html#Anchor1>. Consultado el 11 de febrero de 2009.
- 25 Comisión europea. Investigación. **Resistencia a los antibióticos.** http://ec.europa.eu/research/leaffers/antibiotics/page_28_es.html. Consultado el 11 de febrero de 2009.
- 26 Unión Europea. **Resolución del Consejo, de 8 de junio de 1999, sobre la resistencia a los antibióticos «Plan de prevención de la amenaza microbiana» [Diario Oficial C 195 de 13.7.1999].** <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11561.htm>. Consultado el 11 de febrero de 2009.
- 27 Organización Mundial de la Salud. **Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing.** WHO report 2008. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/download_centre/en/index.html. Consultado el 21 de mayo de 2009.
- 28 Stop TB partnership. **Information about the MDR-TB initiative. 2008. Rapid diagnosis and treatment of MDR-TB.** http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/mdrtbinfo.pdf. Consultado el 21 de mayo de 2009.
- 29 **Reglamento Sanitario Internacional 2005.** OMS. Disponible en URL: <http://www.who.int/csr/ihr/es/index.html>.



The background features a vibrant, multi-colored gradient from red at the top to blue at the bottom. Overlaid on this is a grid of semi-transparent blue binary digits (0s and 1s). A prominent, textured square in shades of green and blue is positioned on the left side of the image.

Globalización y Salud II: Comercio, derechos de propiedad intelectual y nuevas tecnologías

Globalización y Salud II: Comercio, derechos de propiedad intelectual y nuevas tecnologías

En todo el mundo, las personas tienen grandes esperanzas de que las nuevas tecnologías redunden en vidas más saludables, mayores libertades sociales, mayores conocimientos y vidas más productivas.

Informe de Desarrollo Humano. 2001

Introducción

La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce “el derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que [la persona] sea autora”, a la que se contrapone “el derecho... de participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten”⁽¹⁾.

El derecho a la protección de los “intereses morales y materiales” de la “persona autora” está vinculado inexorablemente al derecho a los beneficios materiales privados que pudieran derivarse de dicha protección, los cuales se obtienen a expensas del consumidor/a. Pero, cuando el/la consumidor/a es

pobre, el beneficio privado puede entrar en conflicto con los derechos humanos fundamentales, por ejemplo el derecho a la vida⁽²⁾.

En el informe de 1998/99 del Banco Mundial⁽³⁾, se exponía la idea de que el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, unido a la liberalización del comercio, proporcionaba una gran oportunidad para la difusión del conocimiento a velocidades antes impensables. Las grandes multinacionales de los países desarrollados -que son las que tienen los medios técnicos y económicos para investigación y desarrollo- transferirían sus conocimientos hacia el resto de los países, estimulando su desarrollo. Sin embargo, en el mismo informe se reconocía que la globalización del comercio, las finanzas y la información podría dar lugar a una intensa competencia, aumentando el riesgo de que las comunidades y países más pobres retrocedieran a gran velocidad.

Actualmente sabemos que la liberalización del comercio, unida a la existencia de los derechos de propiedad intelectual, se ha asociado a un aumento de

las desigualdades socio-económicas en la mayoría de los países, desigualdades que son especialmente preocupantes en los países más pobres. La pobreza y la desigualdad son dos de los principales determinantes que afectan a la salud de forma negativa. Una de las consecuencias más graves que la aplicación de estas medidas ha tenido sobre la salud, proviene de las provisiones en los acuerdos de comercio, que restringen a muchos países en desarrollo el acceso a medicamentos a precios asequibles⁽⁴⁾.

La protección de la propiedad intelectual está proporcionando un beneficio económico a los que poseen los conocimientos y la capacidad de invención y un incremento de los costos de acceso para aquellos que no los poseen⁽²⁾. Para muchos países en desarrollo —con una infraestructura científica y técnica débil— y para los grupos de población más pobres de todas las sociedades, hacer frente a los costos que supone la protección de las tecnologías supone un nuevo obstáculo en el camino del desarrollo.

Globalización de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio

El comercio y la salud han estado siempre interrelacionados, aunque se han movido en esferas políticas separadas. Ejemplos de esta relación podemos encontrarlos en las cuarentenas que se imponían antiguamente para evitar la difusión del cólera, la peste y la fiebre amarilla y, más tarde, en la preocupación por las consecuencias ambientales y sanitarias de la

progresiva industrialización de los países. Pero, por lo general, las medidas sanitarias impuestas al comercio se han establecido siempre de manera que los intereses comerciales de los países económicamente más influyentes sufrieran lo menos posible, sin tener en cuenta las consecuencias negativas que la explotación de otros países podía tener para la salud de su población.

Hoy en día, además de conexiones directas entre comercio y salud —como el comercio de bienes contaminados con patógenos o que contienen sustancias peligrosas—, para las cuales existen medidas específicas de restricción del comercio, bien por medio de reglas comerciales (Organización Mundial del Comercio)⁽⁵⁾ o sanitarias (Reglamento Sanitario Internacional, 2005)⁽⁶⁾, podemos encontrar otras relaciones indirectas como: el aumento de las desigualdades de salud dentro y entre países como resultado de la liberalización del comercio mundial; el creciente comercio de los servicios de salud; los problemas surgidos en muchos países de ingresos medios y bajos para acceder a los medicamentos protegidos por patentes y la utilización de los tratados comerciales para liberalizar el comercio del tabaco⁽⁷⁾. En este apartado hablaremos, aunque sucintamente debido a la escasez de espacio, de algunos de los problemas que la “globalización” ha creado a muchos de los países en desarrollo. En algunos de ellos, las nuevas reglas del mercado han beneficiado sobre todo a las élites, aumentando la brecha existente entre las personas mejor y peor situadas. Otros países, simplemente, no

disponían de recursos que les permitieran responder a los retos planteados por las nuevas reglas del mercado y, al enfrentarse a las presiones impuestas por los países industrializados, se ha incrementado su vulnerabilidad y la de toda su población.

La liberalización del comercio mundial y la Organización Mundial del Comercio

Las reglas del comercio internacional se rigen actualmente por los acuerdos tomados en la Organización Mundial del Comercio⁽⁵⁾ (OMC- WTO en siglas inglesas). La OMC incluye, además del comercio internacional de bienes, áreas como los servicios (banca, telecomunicaciones, turismo, servicios profesionales...), la protección de la propiedad intelectual y las inversiones financieras. Las negociaciones comerciales impactan hoy día en áreas que, tradicionalmente, entraban dentro de las regulaciones domésticas como el control de la inmigración, la protección medioambiental y la salud pública.

Aunque, en teoría, las decisiones de la OMC son acordadas por todos los estados miembros que poseen cada uno un voto, en la práctica la mayoría de las decisiones se toman por consenso. El consenso se alcanza en pequeñas reuniones cerradas e informales que suelen estar dominadas por las áreas comerciales más poderosas: Estados Unidos, Europa, Japón y Canadá. Los países de ingresos medios y bajos carecen de suficientes recursos para participar o influenciar las negociaciones y, como consecuencia, prevalecen los intereses de los países con mayores recursos. Las instituciones internacionales relacionadas con la salud

pública -como la Organización Mundial de la Salud (OMS)- tienen un acceso limitado a las reuniones de la OMC y acuden a ellas sólo como observadores, participando en las discusiones pero no en la toma de decisiones. Además, en la mayoría de los casos, los comités asesores suelen estar controlados por representantes de intereses comerciales, con escasa representación del sector salud, por lo que las negociaciones de la OMC están dominadas por intereses privados con gran influencia en la agenda de la OMC⁽⁶⁾.

Muchas empresas -incluidas las farmacéuticas, de servicios y sectores de la agricultura- han dedicado gran cantidad de recursos a presionar a los gobiernos e incluso han establecido representantes permanentes en Ginebra para controlar los procedimientos de la OMC⁽⁶⁾. Así, tras dos décadas de aumento del comercio internacional, los países ricos (con el 15% de la población mundial) controlan el 75% de las exportaciones mundiales. El equilibrio de poder apenas ha cambiado en 25 años⁽⁹⁾.

Las normas impuestas por la OMC a los países miembros han dado lugar a prácticas comerciales injustas y desequilibradas. Los acuerdos y negociaciones limitan el acceso al mercado de los países pobres e impiden su desarrollo y el de su población. Con frecuencia, los gobiernos de los países en desarrollo reciben presiones para liberalizar las importaciones, en unos casos mediante la imposición de condiciones para recibir ayuda o préstamos y, en casi todos, como requisito previo para ingresar en la OMC⁽⁹⁾.

La "globalización", entendida en los países más ricos como una aplicación interesada del libre mercado, no beneficia a todos por igual, lo cual tiene consecuencias importantes en los determinantes de salud⁽¹⁰⁾:

- En los países desarrollados, y en muchos países en desarrollo, se incrementan los ingresos de los trabajadores y trabajadoras más cualificados, aumentando la brecha económica entre estos y los más pobres y, en general, con menor formación.
- Los grupos sociales más desfavorecidos ven reducido su acceso a los servicios sociales y de salud en los países en desarrollo y, en los países desarrollados, la inequidad en los ingresos conduce a un aumento del estrés que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares y mentales, incrementando la morbilidad y mortalidad.
- La liberalización del comercio, de los servicios y de la circulación del capital produce cambios en el mercado de trabajo y en el empleo. Aunque estos cambios aportan nuevas oportunidades, también dan lugar a muchas pérdidas de empleo, con la consiguiente inseguridad económica. En los países en los que no existen adecuadas redes sociales de apoyo, esta época de transición de un sector a otro provoca un gran estrés material y psicológico a los trabajadores/as y a sus familias.

Otra de las consecuencias del libre mercado ha sido el aumento desorbitado de los precios del petróleo y de los alimentos: Los precios de la energía, impelidos por el precio del crudo, empezaron a aumentar en 1999, y se han triplicado desde 2002. A mediados

de 2008, los precios reales de los alimentos superaban en un 64 por ciento a los de 2002⁽¹¹⁾.

Estos rápidos incrementos han producido una pérdida sustancial de poder adquisitivo, que ha afectado especialmente a los países cuyo PIB per cápita se ha quedado rezagado con respecto a la media mundial. Del mismo modo, en un mismo país, los y las consumidores/as de bajos ingresos, cuya dieta consiste fundamentalmente en alimentos básicos, serían los más duramente afectados.

En el aumento de los precios de los productos básicos alimentarios han influido varios factores⁽¹¹⁾:

- Aumento de los costos de producción por aumento de los precios del petróleo.
- Caída de la producción en algunos países exportadores clave por causas meteorológicas.
- Fuerte crecimiento de la demanda en general.
- Utilización de las materias primas para la producción de biocombustibles.
- Aplicación de políticas comerciales como almacenamiento especulativo por parte de algunos grandes importadores; reducción o prohibición de exportación en algunos países disminuyendo la oferta mundial...
- Las inversiones financieras en el mercado de productos agrícolas pueden haber contribuido al aumento de precios y, en todo caso, favorecen que estos se mantengan elevados y aumentan su inestabilidad.

Este aumento de precios, en principio, podría favorecer a los/as agricultores/as. Pero, en la mayoría de los casos, las ganancias se reparten entre procesadores, fabricantes y distribuidores de los alimentos. Así, por ejemplo, de resultados del libre mercado se han impuesto monopolios económicos (que fijan los precios en el mercado internacional), como las grandes empresas de alimentos y cadenas de supermercados. Las principales 30 cadenas de alimentación (supermercados y empresas de alimentos) realizan alrededor de la tercera parte de las ventas mundiales de abastecimiento de alimentos y su participación en el mercado de los países desarrollados está aumentando a un ritmo vertiginoso. Estas empresas controlan los precios, al igual que los términos y condiciones más generales, del comercio de lo/as pequeño/as agricultores/as de los países en desarrollo -con escasa capacidad para negociar- con los países ricos. Además, la capacidad de desplazar su demanda entre grandes cantidades de proveedores, fortalece aún más su poder en el mercado⁽⁹⁾. Sólo un puñado de países en desarrollo tiene un sector agrario que se está beneficiando de estos precios más elevados; pero, por lo general, los que mayores beneficios obtienen son los países ricos exportadores y las grandes empresas agroalimentarias⁽¹²⁾.

La falta de sistemas de protección social y de reservas de alimentos básicos en la mayoría de estos países, hace que las familias más pobres sean extremadamente vulnerables a las oscilaciones del mercado. Las subidas de los precios alimentos les obligan a in-

vertir menos en educación y en salud y a adquirir alimentos más baratos y de peor calidad nutricional. Las mujeres, en muchos casos, son las más perjudicadas: a pesar de ser las principales productoras y quienes se ocupan de adquirir y preparar las comidas, son las últimas y las que menos comen de la familia.

En conclusión, la globalización del comercio, de los bienes y de los servicios, ha dado lugar a un aumento de las desigualdades. Las personas más desfavorecidas han visto incrementada su pobreza, reducidos sus mecanismos de protección social, limitado su acceso a la educación y a los cuidados de salud y empeorado su alimentación. Mientras tanto, los intereses de las élites -incluidas las de los países pobres, que obtienen privilegios aprovechando las reservas y préstamos internacionales- han salido beneficiados a costa del sufrimiento de millones de seres humanos.

Medicamentos e industria farmacéutica

La liberalización del comercio se ha asociado a un crecimiento de la desigualdad en la mayoría de los países del mundo. El aumento de la pobreza y del estrés social, combinado con una disminución del gasto público, es la mejor receta para un descenso en el estado de salud. Incluso un episodio de malnutrición relativamente corto, como consecuencia de un grave receso económico, puede tener consecuencias para toda la vida. Pero, quizás, las peores consecuencias para la salud proceden de las condiciones estable-

cidas en los acuerdos comerciales que restringen el acceso a los medicamentos genéricos. Estos incluyen los Acuerdos sobre los Derechos de Protección Intelectual en el Comercio (ADPIC en siglas españolas y TRIPS en las inglesas), establecidos en la Ronda de Uruguay en 1994, y las condiciones de exclusividad que los Estados Unidos y Europa imponen en los acuerdos bilaterales⁽⁴⁾.

Las personas que defienden la propiedad intelectual argumentan que, dicha protección, es necesaria para recuperar las inversiones realizadas en I+D y tener incentivos para la investigación. El descubrimiento y el desarrollo de fármacos es una actividad compleja, larga y costosa. Las cifras ampliamente difundidas respecto de una muestra de medicamentos producidos por la industria parecen indicar que el costo de desarrollar un nuevo medicamento es de unos 800 millones de \$ USA, aunque estas cifras han sido puestas en duda debido a que no se ha podido efectuar una verificación independiente de los datos crudos⁽¹⁶⁾. Pese a lo elevado de los costos, de 1995 a 2002 la industria farmacéutica fue la más rentable de los Estados Unidos. A partir de esa fecha decayó un poco situándose en el tercer lugar en 2004, aunque mantenía un margen de rentabilidad del 15.8%, tres veces superior a la mediana (5,2%) de las 500 empresas incluidas ese año en la lista Fortune⁽¹⁴⁾.

La creación de un nuevo medicamento precisa de recursos económicos que sólo están al alcance de las grandes empresas farmacéuticas de los estados

industrializados, ya que la mayor parte de los países en desarrollo carecen de los medios tecnológicos y de los recursos económicos precisos. Sin embargo, hay estudios que sostienen que muchos de los medicamentos patentados en los últimos años apenas aportan mejoras con respecto a los ya existentes^(15,16). Además, las industrias farmacéuticas gastan mucho más dinero en publicidad y en marketing que en investigación; mucho en investigar medicinas para enfermedades crónicas y procesos asociados a los estilos de vida -como la obesidad o la disfunción eréctil- y apenas nada en medicamentos para tratar las enfermedades que afectan especialmente a los países más pobres, en los que vive el 80% de la población mundial. La razón es económica: las compañías dirigen su investigación hacia donde está el dinero. Como las personas pobres no pueden pagar por las medicinas, hay escasa investigación para sus enfermedades. El coste que esto supone para la sociedad, carece de importancia^(4, 17).

Incluso cuando se realiza investigación en enfermedades que afectan tanto a los países en desarrollo como a los desarrollados, es posible que las soluciones encontradas para los países industrializados no sean útiles en los países en desarrollo (p. ej., en los países en desarrollo es común encontrar diferentes clases o subtipos del VIH, y el sistema inmunitario puede reaccionar de manera diferente a las vacunas contra la tuberculosis). Al ser el mercado el factor determinante, la investigación puede no responder a las condiciones de morbilidad de los países en desarrollo⁽¹³⁾.

Existen algunas salvaguardas a los acuerdos ADPIC, como la posibilidad de obtener una **licencia obligatoria** (permiso concedido por el poseedor de la patente a otro país, para fabricar el medicamento a menor precio cuando se utiliza por razones de salud pública o para una emergencia nacional) y la de comprar los medicamentos a países que los comercializan a menor precio (**importación paralela**). En la Conferencia Ministerial de Doha, celebrada en 2001, los países miembros convinieron en que el Acuerdo sobre los ADPIC no debe impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública y subrayaron la capacidad de los países para aplicar las salvaguardas previstas en los acuerdos ADPIC⁽¹⁸⁾, además de prorrogar las exenciones relativas a la protección de los productos farmacéuticos por medio de patentes hasta 2016 en el caso de los países menos adelantados. Pero, para muchos países, es muy difícil aplicar estas salvaguardas y, además, los Estados Unidos y Europa, con frecuencia, imponen restricciones para su uso en los acuerdos comerciales bilaterales⁽¹³⁾. Como consecuencia, para la mayoría de las personas de los países en desarrollo los medicamentos siguen siendo inasequibles.

En muchos países en desarrollo los medicamentos deben ser pagados en su totalidad por los pacientes y, por tanto, el costo elevado de los tratamientos supone una sobrecarga económica para las familias que acarrea graves consecuencias: si algún miembro de la familia cae enfermo, para poder adquirir los medicamentos necesarios para tratarlo se hace que los

hijos e hijas abandonen la escuela y vayan a trabajar, se reduce la cantidad y/o la calidad de los alimentos, se venden los escasos bienes con que cuentan o, simplemente, se renuncia al tratamiento o se abandona éste antes de tiempo.

El desarrollo de productos por asociaciones público-privadas podría hacer que el costo directo de obtención de un fármaco fuera muy inferior al de la industria farmacéutica, tanto por la naturaleza de las enfermedades a las que va destinado como por las anteriores inversiones en investigación básica realizada en universidades, instituciones públicas de investigación y empresas farmacéuticas. Además, es importante velar para que toda la disminución de los costos se transmita a los y las pacientes en forma de reducción de los precios.

Se han creado asociaciones (también llamadas partenariados) para hacer frente a enfermedades que afectan a millones de personas en todo el mundo, pero con mayor intensidad en los países en desarrollo. Entre otras tenemos⁽¹⁹⁾:

- La iniciativa **GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation)**, creada en el año 2000 con la misión de aumentar el acceso global a la inmunización para disminuir la mortalidad infantil. En ella participan gobiernos de países industrializados y de países en desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, el Banco Mundial, la industria fabricante de vacunas -tanto de países industrializados como de países en desarrollo-, institutos de salud técnicos y de investigación, ONGs y la Funda-

ción Bill y Melinda Gates⁽²⁰⁾. Esta iniciativa apoya programas de vacunación con vacunas ya existentes, promueve el uso de vacunas que no suelen entrar en los programas tradicionales de vacunación, como la de la hepatitis B; acelera la introducción de nuevas vacunas como la del neumococo (el neumococo causa la mitad de las neumonías en los países en desarrollo) y el rotavirus -responsable del fallecimiento por diarrea y deshidratación de unos 600.000 niños cada año⁽²¹⁾- y la investigación de nuevas vacunas para enfermedades como el cáncer cervical, cólera, encefalitis japonesa, rabia, rubéola y fiebre tifoidea⁽⁹⁾. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que durante el período 2000-2008 GAVI ha protegido a 50,9 millones de niños y niñas con vacunas básicas y a 213 millones con vacunas nuevas o poco usadas (hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B y fiebre amarilla)⁽²²⁾, evitando 3,4 millones de posibles fallecimientos.

- **TB Alliance (Global Alliance for TB Drug Development)** tiene como misión descubrir y desarrollar nuevos medicamentos contra la tuberculosis que acorten el tiempo de tratamiento, sean eficaces contra los gérmenes resistentes y compatibles con el tratamiento antiretroviral del VIH⁽²³⁾. En ella participan representantes de países en desarrollo, gobiernos, ONGs, organizaciones profesionales y académicas, fundaciones y la industria⁽²⁴⁾.
- Contra el VIH tenemos la **IAVI (International AIDS Vaccine Initiative)**⁽²⁵⁾, fundada en 1996 con el fin de desarrollar vacunas para prevenir el VIH seguras, eficaces y asequibles y la **International Partners-**

hip For Microbicides (IPM)⁽²⁶⁾, que nació en 2002 para prevenir la transmisión de VIH y acelerar el desarrollo de un microbicida seguro y efectivo contra la enfermedad y accesible para las mujeres de los países en desarrollo.

Aunque sus aportaciones hasta el momento son muy positivas y estimulantes, estas alianzas son todas de creación relativamente reciente, aún se encuentran en fase experimental y su sostenibilidad a largo plazo es incierta. Sus actuaciones pueden saturar a los países receptores con múltiples sistemas de gestión que precisan de gran cantidad de recursos humanos. Al ser estos bastante escasos en los países en desarrollo, la "emigración interna" provocada por estos programas puede dar lugar a un deterioro aún mayor de los ya de por sí débiles sistemas de salud de los países en desarrollo. Además, habrá que controlar que en ellas prime el interés social al comercial y negociar aspectos como las patentes de estos nuevos productos. Debe saberse quién ejerce el liderazgo en las alianzas y en que aspectos, asegurar que son eficaces y que no se superponen entre sí y que la negociación que se realiza por parte de los inversores públicos y las instituciones lucrativas y no lucrativas sea transparente y pública⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, todavía no se ha encontrado un medio para poner a disposición de los países en desarrollo instrumentos nuevos, o adaptados, para la otra mitad de su doble carga: las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares que, en muchos países, se

suman a las enfermedades de la pobreza y están paralizando los sobrecargados sistemas de salud.

Acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación

El conocimiento es como la luz. Liviano e intangible, puede cruzar el mundo con facilidad iluminando las vidas de las personas en cualquier lugar. Pero millones de personas -innecesariamente- viven aún en la oscuridad de la pobreza.

Informe sobre el desarrollo mundial. 1998/99⁽²⁷⁾

El informe sobre el Desarrollo Humano del año 2001⁽²⁸⁾, dedicado a las nuevas tecnologías, explicaba como diversas tecnologías habían proporcionado grandes adelantos en cuestiones sanitarias, nutricionales y de empleo así como su influencia en el desarrollo. Pero la tecnología se crea en respuesta a las presiones del mercado y no de las necesidades de las personas pobres que tienen escaso poder de compra. Las actividades de investigación y desarrollo, el personal y las finanzas están concentradas en los países ricos, bajo la dirección de empresas transnacionales. Estas empresas responden a las demandas del mercado mundial, dominado por los/as consumidores/as de altos ingresos. Así, la generación de energía eléctrica y su distribución mediante redes se desarrollaron por primera vez en 1831 pero, en el año 2005, más de 1.500 millones de personas carecían aún de acceso a la misma⁽²⁹⁾. Hay unos 2.000

millones de seres humanos que siguen careciendo de acceso a medicamentos esenciales básicos de bajo costo (como la penicilina), que fueron desarrollados, en su mayoría, hace varios decenios y la terapia de rehidratación oral no se utiliza en casi un 50% de los casos de diarrea en países en desarrollo⁽²⁹⁾.

La educación, el conocimiento, la información y la comunicación son esenciales para el progreso, la iniciativa y el bienestar de los seres humanos. Es más, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen inmensas repercusiones en prácticamente todos los aspectos de nuestras vidas. El rápido progreso de estas tecnologías brinda oportunidades sin precedentes para alcanzar niveles más elevados de desarrollo. La capacidad de las TIC para reducir muchos obstáculos tradicionales, especialmente el tiempo y la distancia, posibilitan, por primera vez en la historia, el uso del potencial de estas tecnologías en beneficio de millones de personas en todo el mundo⁽³⁰⁾. Las TIC son instrumentos poderosos que pueden ayudar a combatir la pobreza, empoderar a grupos en desventaja y promover la salud. De hecho, una de las áreas en las que la salud presenta actualmente el mayor crecimiento es en la llamada e-Salud, es decir, la utilización de las TIC en la salud⁽³¹⁾.

En el campo sanitario, las TIC ofrecen muchas oportunidades, como⁽²⁸⁾:

- Permiten disponer de herramientas ágiles para monitorizar el estado de salud de una población y detectar la existencia de desigualdades en la mis-

ma mediante los datos de natalidad, morbilidad y mortalidad; monitorizar y evaluar los servicios sanitarios; disponer de registros de medicamentos y crear sistemas electrónicos de datos de salud de los y las pacientes.

Disponer de unos sistemas básicos de registro de datos es esencial para valorar la existencia de desigualdades y desarrollar intervenciones más efectivas. Con estos registros se puede valorar la magnitud de los problemas, a quién afectan más y los puntos necesarios de intervención. Además, permiten hacer un seguimiento de la situación así como evaluar el impacto de las políticas aplicadas. Los sistemas de monitorización varían mucho de unos países a otros. Mientras que en algunos países se recogen datos sanitarios de todo tipo de manera rutinaria, los países con mayores problemas de salud son los que disponen de menos datos y de mayores dificultades para recogerlos.

- Facilitan el intercambio internacional de conocimientos; permiten la creación de recursos digitales de información en salud en áreas claves como políticas de salud, estrategias, seguridad y cuestiones legales; los programas de formación "on line" facilitan el aprendizaje en ciencias de la salud y el desarrollo profesional y pueden incorporarse a los currículos universitarios; mejoran el acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la información sobre cuidados de salud⁽²⁸⁾.

La telemedicina puede favorecer el contacto entre médico/a y paciente en lugares de difícil acceso o muy alejados de un centro médico. Se han reali-

zados algunos servicios experimentales de telemedicina, como un método innovador de mejorar el acceso a los cuidados y a la información en salud de los ciudadanos y ciudadanas. Sin embargo, este tipo de servicios no facilitan el acceso de las personas que viven en las zonas más deprimidas y/o alejadas por existir barreras culturales, de infraestructura y de acceso a Internet. Todas estas barreras deben ser superadas para que los servicios puedan ser asequibles a quienes pueden beneficiarse más de su existencia⁽³³⁾.

Nacimientos registrados

Área	%	Nacimientos anuales (2007)
Países en desarrollo	50%	5.432.837
Países menos adelantados	29%	804.450
África subsahariana	37%	30.323
África septentrional y Oriente medio	75%	9.726
Asia meridional	36%	37.986
Asia oriental y Pacífico	72%	29.773
América Latina y Caribe	89%	1.1381
ECE/ CEI	92%	5.560

Fuente: Estado mundial de la infancia. UNICEF. 2009

zados algunos servicios experimentales de telemedicina, como un método innovador de mejorar el acceso a los cuidados y a la información en salud de los ciudadanos y ciudadanas. Sin embargo, este tipo de servicios no facilitan el acceso de las personas que viven en las zonas más deprimidas y/o alejadas por existir barreras culturales, de infraestructura y de acceso a Internet. Todas estas barreras deben ser superadas para que los servicios puedan ser asequibles a quienes pueden beneficiarse más de su existencia⁽³³⁾.

Sin embargo, existen también muchos problemas asociados a la utilización de las TIC en el campo de la salud:

Acceso a las tecnologías de la información y comunicación

La falta de acceso a las TIC sigue siendo una limitación fundamental, especialmente en los países en desarrollo. El elevado costo de las tecnologías, la falta de medios para su utilización y mantenimiento y la necesidad de un aprendizaje de su uso, son factores que afectan negativamente a su implantación.

Aunque entre 1995 y 2005 los teléfonos móviles y el acceso a Internet aumentaron en todo el mundo, tanto el número de ordenadores como los usuario/as de Internet y los servidores seguros están aún más concentrados en determinados países⁽³⁴⁾. En 2005, más de la mitad de lo/as habitantes de países de ingresos altos eran usuarios de Internet, comparados con el 11% en los de ingresos medios y menos del 5% en los de ingresos bajos⁽²⁹⁾. La ausencia de electricidad es un factor limitador importante de acceso a las TIC. Esto ha dado lugar a la aparición de la llamada "brecha tecnológica" entre las personas que pueden y las que no pueden acceder a las TIC, que se traduce en una "brecha del conocimiento". Las desigualdades pueden observarse no sólo entre los diferentes países, sino incluso dentro de las fronteras nacionales.

Un método para reducir los elevados costos del acceso a Internet es compartir los ordenadores y conexiones entre varios individuos u hogares, o disponer de

centros comunitarios. En algunas zonas de América Latina y África se están implementando soluciones creativas y menos costosas para acceder a Internet, utilizando la tecnología inalámbrica. Con ellas consiguen la conexión de escuelas, hospitales, hogares para la tercera edad, pequeñas empresas y organizaciones de la sociedad civil⁽³⁵⁾.

Acceso a la información y al conocimiento

La información y el conocimiento se están transformando, cada vez más, en recursos privados que pueden ser controlados, vendidos y comprados, como si se tratara de simples mercancías y no de elementos básicos para la organización y el desarrollo social.

Un acceso abierto a la información médica es absolutamente fundamental para que todo el personal médico y paramédico pueda acceder a los datos científicos disponibles. Varios expertos/as han sugerido proporcionar a las y los ciudadanos de los países en desarrollo puntos de acceso a nivel comunitario para acceder a información de salud, que sean algo más que un flujo de información unidireccional⁽³⁰⁾.

El exceso y la procedencia de la información

El exceso, la relevancia de la información y la necesidad de discriminar entre intereses comerciales y no comerciales, son factores que amenazan a la comunicación en ciencias de la salud.

La mayor parte de la información médica actual procede de los países de ingresos elevados, en los que impera el punto de vista médico occidental, siendo

muy escasa la literatura médica que proceda, o tenga en cuenta las condiciones diferentes, de los países en desarrollo. Además, el idioma predominante (el inglés en la mayoría de las revistas médicas) puede ser otro factor que limite el acceso a esta información en estos países.

Otro factor a tener en cuenta es el gran interés que la gran mayoría de las personas suelen mostrar por los temas relacionados con la salud. Según un estudio realizado⁽³⁶⁾, más de cuatro millones de españoles y españolas (el 28,1% de los internautas) buscaron

Noticias publicadas el 13 de mayo de 2009 sobre la "gripe porcina" o gripe A.

La OMS teme que el virus mute y se haga más agresivo y vacuna hasta tres "oleadas"

http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_noticia=432024

Influenza: el peor escenario

La OMS trabaja sobre el panorama más oscuro que se podría presentar en caso de una pandemia; por ejemplo, que el virus se recombine con otro, que colapse la economía o que se desate el pánico entre la gente.

http://www.vanguardia.com.mx/diario/noticia/salud/vidayarte/influenza:_el_peor_escenario/348464

'Science': uno de cada tres, afectado

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Science/afectadoelpepusoc/20090513elpepusoc_5/Tes

información sobre salud en Internet durante el año 2005. Pero la gran cantidad de información biomédica existente en páginas Web, la cual no pasa por los filtros que tradicionalmente se aplican a las publicaciones en medio impreso, hace que su calidad sea difícil de controlar. Por otra parte, el incremento del periodismo científico en los media, especialmente en temas sanitarios dirigidos al gran público, puede ocasionar desinformación al no ser siempre fidedigno o estar demasiado enfatizado⁽³⁷⁾. Según el informe SESPAS de 2006⁽³⁸⁾, en la prensa escrita la mayor parte de la información sobre salud procede de fuentes poco expertas y, en muchos casos, condicionadas por exigencias políticas.

Por otra parte, la publicidad de productos sanitarios dirigida al público en general (por ejemplo: los tratamientos estéticos de belleza que hacen a las perso-

Procedencia de la información

Durante los primeros meses de 2009, se desencadenó una alarma mundial por la aparición en México de un brote de gripe que fue llamada inicialmente "porcina" y posteriormente gripe A.

En el período comprendido entre el 13 de abril y el 13 de mayo de 2009, se publicaron en Internet un total de 3.365 artículos en español relacionados con el tema. En esa fecha, se habían diagnosticado cerca de 6.000 casos en todo el mundo, de los que habían fallecido 61, la mayoría de ellos en México. En los mismos meses, una epidemia de meningitis asoló África subsahariana y, sólo en tres países, causó la muerte de unas 2.000 personas y afectó a 56.000. En el mismo período del 13 de abril al 13 de mayo, aparecieron 26 noticias sobre la epidemia de meningitis. También en esas fechas, una epidemia de sarampión se extendió por Burkina Faso afectando a más de 31.000 personas de las que, a finales de abril, habían muerto 226. Este suceso mereció un total de UNA noticia.

nas más deseables físicamente), como cualquier otra publicidad, está enfocada a aumentar la venta del producto, independientemente de que las ventajas que promociona sean realmente necesarias.

Bibliografía

- 1 Naciones Unidas. **Declaración de los derechos humanos**. 1948.
- 2 Comisión sobre derechos de propiedad intelectual. **Integrando los derechos de propiedad intelectual y la política de desarrollo**. 2002. Londres.
- 3 World Bank. **World development report 1998/99. Knowledge for development**.
- 4 Joseph E. Stiglitz. **Trade agreements and health in developing countries**. *Lancet* 2009; 373: 363-365. Doi:10.1016/S0140-6736(08)61772-9.
- 5 <http://www.wto.org/>. Último acceso el 28 de marzo de 2009.
- 6 <http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-sp.pdf>. Último acceso el 28 de marzo de 2009.
- 7 David P. Fidler, Nick Drager, Kelley Lee. **Managing the pursuit of health and wealth: the key challenges**. *Lancet* 2009; 373:325-31. doi:10.1016/S0140-6736(08)61775-4.
- 8 Kelley Lee, Devi Sridhar, Mayur Patel. **Bridging the divide: global governance of trade and health**. *Lancet* 2009; 373: 416-421. doi:10.1016/S0140-6736(08)61776-6.
- 9 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe sobre Desarrollo Humano 2005**.
- 10 Chantal Blouin, Mickey Chopra, Rolph van der Hoeven. **Trade and social determinants of health**. *Lancet* 2009; 373: 502-507. doi:10.1016/S0140-6736(08)61777-8.
- 11 L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). **L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2008. Prix élevés des denrées alimentaires et sécurité alimentaire— menaces et perspectives**.
- 12 Oxfam Internacional. **Precios de doble filo**. Octubre de 2008.
- 13 Organización Mundial de la Salud. **Informe de la comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública. Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual**. 2006.
- 14 Kaiser Family Foundation. **Profitability among pharmaceutical manufacturers compared to other industries, 1995-2004**. Washington, DC. <http://www.kff.org/insurance/7031/ti2004-1-21>. cfm. Consultado el 1 de abril de 2009.
- 15 Steven G. Morgan, Kenneth L. Bassett, James M. Wright, Robert G. Evans, Morris L. Barer, Patricia A. Caetano y cols. eds. **Breakthrough drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada**. *Br Med J*. 2005; 331:815-816.
- 16 National Institute of Health Care Management. **Changing patterns of pharmaceutical innovation**. 2002. Washington, DC. <http://www.nihcm.org/innovations.pdf>. Consultado el 1 de abril de 2009.
- 17 Medicus mundi. **Medicamentos y desarrollo. La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo**. Noviembre 2003.
- 18 http://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/trips_s.htm. Último acceso 13 de octubre de 2009.

- 19 Prosalus, Medicus mundi, Médicos del Mundo. **La salud en la cooperación y la acción humanitaria**. Informe 2008.
- 20 <http://www.gavialliance.org/about/index.php>. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 21 PATH's Rotavirus Vaccine Program in collaboration with WHO and the US CDC. **Accelerating the introduction of Rotavirus Vaccines into GAVI-Eligible countries**. October 2006. http://www.gavialliance.org/resources/Rotavirus_Investment_Case_Oct06.pdf. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 22 http://www.gavialliance.org/performance/global_results/index.php. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 23 <http://www.tballiance.org/home/home.php>. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 24 <http://www.tballiance.org/about/stakeholders.php>. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 25 <http://www.iavi.org/viewpage.cfm?aid=24>.
- 26 http://www.ipm-microbicides.org/about_ipm/english/index.htm. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 27 Banco Mundial. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1998/99**.
- 28 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe sobre Desarrollo Humano 2001**.
- 29 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008**.
- 30 Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. 2003. **Declaración de la sociedad civil. "Construir sociedades de la información que atiendan a las necesidades humanas"**. <http://www.itu.int/wsis/docs/geneva/civil-society-declaration-es.pdf>. Consultado el 30 de marzo de 2009.
- 31 Organización Mundial de la Salud. **e Health tools & services. Report of the WHO global observatory for e Health**. 2006. http://www.who.int/kms/initiatives/tools_and_services_final.pdf. Consultado el 30 de marzo de 2009.
- 32 CSDH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. 2008. Geneva, World Health Organization.
- 33 José I. Valenzuela, Arturo Arguello, Juan G. Cendales, Carlos A. Rizo. **Web-based Asynchronous Teleconsulting for consumers in Colombia: A Case Study**. *J Med Internet Res* 2007; 9(4):e3. doi: 10.2196/jmir.9.4.e33.
- 34 Unews.org 2006. **Report finds growing inequality across global information society**. <http://u-news.org/article.asp?articleID=23266>. Consultado el 2 de abril de 2009.
- 35 Asociación para el Progreso de las Comunicaciones. Informe anual. 2007.
- 36 Francisca Gusiñé García y Andrea Pardo Fernández. **La necesidad de controlar el nivel de credibilidad de las páginas web sanitarias**. *Revista eSalud.com*. 2009. 5(17).
- 37 Luis D. Castiel y Carlos Álvarez-Dardet. **Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso**. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2005; 79 (3): 331-337.
- 38 Gemma Revuelta. **Salud y medios de comunicación en España**. Informe SESPAS 2006. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 1): 203-8.





Sistemas sanitarios y equidad en salud

Sistemas sanitarios y equidad en salud

Introducción

Un sistema de salud está constituido por todas aquellas actuaciones cuya **“finalidad primordial es promover, restablecer o mantener la salud”**⁽¹⁾. En esta definición se incluyen las actividades de prestación de servicios médicos (promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades) y otras intervenciones que afectan a la salud como el acceso a agua potable y saneamiento, seguridad ambiental, urbanización, seguridad vial, etc.

Sin embargo, cuando hablamos de sistemas de salud entendemos, y solemos referirnos en general, a la prestación de servicios sanitarios que incluyen intervenciones preventivas, curativas y paliativas. Incluso ciñéndonos a este último apartado, **la finalidad de un sistema de salud es proteger la salud de las personas y mejorar su calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población y brindar protección financiera frente a los riesgos y las consecuencias de enfermar, respetando en todo momento la dignidad y autonomía de las personas y garantizando su derecho a la confidencialidad**⁽²⁾.

El grado de salud de una población, como se ha ido viendo en anteriores capítulos, es el resultado de la interacción de muchos determinantes, uno de los cuales es el sistema de salud que se ocupa de dicha población. Los sistemas sanitarios pueden lograr cambios muy importantes en la salud y son cruciales en la promoción de una mayor equidad en salud. Los mayores avances en la salud alcanzados hace un siglo se consiguieron gracias a mejoras en el saneamiento urbano y en la higiene personal, independientemente del incremento de los ingresos⁽¹⁾. Entre 1952 y 1992, la mitad de los logros en la salud global fueron debidos a la aplicación de nuevos conocimientos y tecnologías por los sistemas de salud. La otra mitad se debió a mejoras en los ingresos y al aumento de la educación⁽³⁾.

A pesar de las grandes cantidades de dinero invertidas en ellos, el funcionamiento de muchos sistemas de salud permanece por debajo de lo esperado en términos de niveles equitativos de salud alcanzados para su población, protección del riesgo financiero y satisfacción de sus usuarios/as. El sistema sanitario de

los Estados Unidos, por ejemplo, a pesar de invertir el 17% de su Producto Nacional Bruto en su sistema de salud, es uno de los peores del mundo desarrollado con 40 millones de personas sin seguro -cada 30 seg. se arruina alguien a consecuencia de un problema de salud⁽⁴⁾- y con una población cada vez más insatisfecha⁽⁵⁾.

Características de los Sistemas de salud

Los sistemas sanitarios deben estar centrados en las personas⁽⁶⁾, tanto en aquellas a las van dirigidos sus servicios como en las que hacen posible su funcionamiento mediante su trabajo. Aunque cada sistema sanitario debe adaptar las intervenciones de sus servicios de salud a las peculiaridades de cada comunidad⁽⁷⁾, existen ciertas características que son esenciales como proporcionar una atención de salud basada en la equidad; estar financiados de manera equitativa y ofrecer protección financiera en los momentos de la vida de mayor vulnerabilidad y respetar la dignidad de las personas a la vez que les ofrecen apoyo físico y afectivo.

Atención de salud basada en la equidad

La salud es un derecho humano fundamental. Por tanto, la función principal de un sistema de salud es mejorar la salud de toda la población. La oferta de los servicios de salud no puede hacerse igual que cualquier otra transacción de mercado en la que uno recibe según lo que paga, sino que la distribución debe estar basada en el concepto de equidad, es

decir, **los sistemas de salud deben tratar de igual manera a todas las personas con la misma necesidad sanitaria, dando preferencia a aquellas con las mayores necesidades -personas pobres, discapacitadas, ancianas, con mala salud y minorías étnicas y, en algunas zonas, a la infancia y mujeres- para reducir las desigualdades en salud.** Es decir, deben responder a las necesidades específicas de la población a la que se dirigen.

Los sistemas que se han mostrado más eficaces son aquellos enfocados hacia la promoción de la atención primaria de salud y cuya actividad primordial se ha centrado en conseguir un nivel mínimo de servicios de salud, alimentos y educación para toda la población, junto con un suministro de agua potable y saneamiento básico. Estos sistemas sanitarios suelen alcanzar buenos resultados de salud a un costo relativamente pequeño⁽¹⁾.

Los sistemas de salud con una amplia participación del sector privado, o "sistemas de salud comercializados" no son, por lo general, eficientes, equitativos ni alcanzan la calidad deseable⁽⁸⁾. Como cualquier otro servicio de mercado, su principal objetivo es obtener el máximo beneficio económico posible. Por tanto, no facilitan el acceso a la salud para toda la población sino que suelen orientarse hacia los grupos de mayores ingresos, por lo que el beneficio que pueden ofrecer está habitualmente restringido a la población más privilegiada. La orientación de los cuidados de salud hacia la obtención de beneficios económicos puede dar lugar a la aparición de malas prácticas

Cinco deficiencias comunes en la prestación de atención de salud

Atención inversa. Las personas con más medios -cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores- son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a las personas ricas que a las pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos.

Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria.

Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación.

Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud.

Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2008. OMS

como inducir una demanda de cuidados que es innecesaria o inapropiada; administrar un exceso de servicios (como pruebas diagnósticas innecesarias); proporcionar cuidados de mala calidad u ofrecer tratamientos más onerosos a las personas enfermas con el fin de maximizar los beneficios. Además, la comercialización ignora las medidas preventivas de salud pública y las de promoción de la salud, desviando la atención a la salud hacia intervenciones curativas que permiten vender y comprar productos y servicios médicos tangibles.

En muchos países en desarrollo se ha producido una "privatización pasiva" de los sistemas de salud. Es decir, la debilidad del sistema sanitario y la falta crónica de financiación de la salud pública han propiciado que la atención de salud se comercialice, trasladando el costo de los servicios a los usuarios/as, con lo que se ha producido un aumento de la desigualdad además de, en muchos casos, proporcionar atención de mala calidad e incluso peligrosa. Este tipo de atención domina los sistemas de salud de muchos países en desarrollo de África subsahariana y Asia así como de países con economías de transición de Europa del Este⁽⁷⁾.

Financiación equitativa y protección financiera

Las enfermedades son imprevisibles y la atención sanitaria muy costosa, por lo que es muy importante proteger a las personas contra la ruina económica que una enfermedad puede suponerles a ellas

y a sus familias. Con una financiación equitativa, los costos del sistema de salud y la protección financiera en los momentos de vulnerabilidad (infancia, maternidad, vejez, enfermedad, discapacidad, etc.) se distribuyen según la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad, garantizando la protección financiera de todos.

En la mayoría de los sistemas sanitarios del mundo, el método de financiación es el menos equitativo: las personas enfermas o sus familias deben realizar pagos directos para poder recibir la atención sanitaria que precisan. Unos 5.600 millones de personas de los países de ingresos bajos y medios deben pagar más de la mitad de todos los gastos médicos de su propio bolsillo⁽⁷⁾.

Un sistema no es equitativo cuando, como consecuencia de los pagos de la atención médica que precisan, las personas o las familias se ven empujadas a la pobreza o deben prescindir de dicha atención por no poder pagarla. Es contrario a la equidad cuando expone a las familias a grandes gastos imprevistos que deben pagar de su bolsillo por no estar amparadas por un sistema de pago anticipado o bien porque los pagos son regresivos, es decir, las personas que menos pueden contribuir pagan proporcionalmente más que las más pudientes.

En muchos países en desarrollo y en algunos desarrollados, los gastos de atención sanitaria son excesivos para muchas personas y/o familias. Esto, unido a la ausencia de una protección financiera durante la en-

fermedad, lleva a las personas a renunciar a recibir la atención que precisan por ser demasiado cara para ellas o bien, con el fin de costear los gastos sanitarios, venden sus mejores bienes -como la tierra o el ganado- o se endeudan; las que no están enfermas aumentan el número de horas de trabajo; las más jóvenes -generalmente las niñas- son sacadas de la escuela para ahorrar gastos o para ponerlas a trabajar; se disminuye la calidad y cantidad de alimentos consumidos y, en general, los costes de la atención sanitaria llevan a las familias a la pobreza y aumenta aún más la de las que ya eran realmente pobres^(8, 9). Los costes de los servicios médicos suponen una catástrofe financiera para más de 150 millones de personas cada año en todo el mundo, y el empobrecimiento de más de 100 millones⁽¹⁰⁾.

Respeto a la dignidad de las personas

La enfermedad supone, a menudo, un daño a la dignidad y a la autonomía personal y, con frecuencia, lleva aparejados el temor y la vergüenza. Las personas enfermas se vuelven vulnerables, y su capacidad para controlar lo que les ocurre disminuye más que con otros eventos adversos a los que pueden estar expuestas. Por lo tanto, es importante que perciban que, en esas circunstancias, reciben apoyo tanto físico como afectivo, son tratadas con consideración y se respeta la confidencialidad. Un buen sistema de salud trata a todas las personas con respeto y les permite conservar su dignidad. Un sistema de salud equitativo responde igualmente bien a todos, sin discriminación ni diferencias en el trato que recibe la gente.

En la mayoría de los países en los que se han realizado encuestas⁽¹⁾ se ha señalado a las personas pobres como el principal grupo desfavorecido. En particular, se consideró que se las trataba con menos respeto a su dignidad, tenían menos opciones en cuanto a proveedores de salud y se les ofrecían comodidades de menor calidad que a las personas más pudientes. También se comprobó que la población rural, sector con la mayor concentración de pobres, recibía un trato peor que los habitantes urbanos -especialmente en lo que atañe a las demoras en la atención-, menos opciones en cuanto a proveedores y servicios generales de peor calidad. Algunas de las personas encuestadas también señalaron que las mujeres, la infancia, la adolescencia, los/as indígenas, grupos tribales u otros recibían un trato peor que el resto de la población.

Sistemas de Salud y Recursos Humanos

Las personas que trabajan en los sistemas de salud tanto sanitarias como no sanitarias, son esenciales para su funcionamiento. Los recursos humanos de los sistemas sanitarios son los encargados de utilizar

y sincronizar el resto de los recursos de salud como la financiación, tecnologías, información, equipamientos, medicamentos, infraestructuras, etc. La calidad de un servicio de salud depende de las personas que lo componen. Descuidarlas significa desaprovechar el resto de los recursos.

Lo/as profesionales sanitarios, como responsables directos de la prestación de servicios médicos, son un elemento primordial dentro de los recursos humanos. Actualmente existe un déficit de profesionales sanitarios en todos los países en general y, además, estos profesionales no están distribuidos de forma homogénea. El déficit es mucho más acusado en los países de ingresos medios y bajos. En un número importante de países no se alcanza el umbral crítico de profesionales necesarios para que el 80% de la población tenga acceso a servicios básicos de salud. Los países con mayor déficit absoluto se encuentran en Asia Sudoriental (con Bangladesh, India y Pakistán a la cabeza). El mayor número de países con déficit crítico (36 países) se encuentra en África subsahariana⁽¹⁾. Como puede verse en la tabla 1, las zonas con la mayor carga de morbilidad -África y Asia-, son aquellas con menor número de personal sanitario.

Tabla 1

Región	Médicos/as Densidad/100.000	Enfermeros/as y matronas Densidad/100.000	Dentistas Densidad/100.000	Farmacéuticos/as Densidad/100.000
África	2	11	<1	<1
América	19	49	11	5
Asia sur y oriental	5	12	<1	4
Europa	32	78	5	5
Mediterráneo oriental	10	15	2	3
Pacífico occidental	14	20	2	4

La existencia de trabajadores/as sanitarios bien formados, adecuadamente remunerados, motivados, respaldados por una gestión eficaz y en número suficiente para la población a la que atienden, es un factor importante en la promoción de la equidad en salud. Pero los trabajadores/as sanitarios no sólo no son suficientes, sino que en muchos países no poseen ni la formación ni las habilidades necesarias para desarrollar eficazmente su trabajo, carecen de apoyos, se encuentran sobrecargados de trabajo y, con frecuencia, no están adecuadamente distribuidos.

El déficit de profesionales de la salud es especialmente preocupante en África subsahariana debido a varios factores entre los que destacan:

a) La epidemia de VIH/SIDA, que además de incrementar enormemente la carga de trabajo habitual, ha afectado a muchos profesionales sanitarios que han enfermado o muerto por su causa⁽¹²⁾.

b) Las migraciones de profesionales a otros países, sobre todo a países desarrollados, que han diezmado gravemente la fuerza de trabajo sanitaria.

Las migraciones de profesionales cualificados se han producido siempre pero, actualmente, esta migración se está produciendo a una velocidad mucho mayor que antes y a todos los niveles, incluido el personal de enfermería. Las reglas del mercado se han impuesto en la salud. Los países de altos ingresos con déficit de profesionales acuden a los países de ingresos bajos y medios

en su busca. Así, en Zambia, el 91% de profesionales cualificados formados tras su independencia ha emigrado a países ricos⁽⁸⁾. En Inglaterra, la proporción de personal de enfermería formado fuera del país, aumentó de un 10% en 1990 a más del 50% en 2001⁽⁸⁾ y el número de médico/as procedente de otros países supera el 30%⁽¹³⁾. Las migraciones, además de aumentar la escasez de profesionales en los países en desarrollo, tienen otras consecuencias:

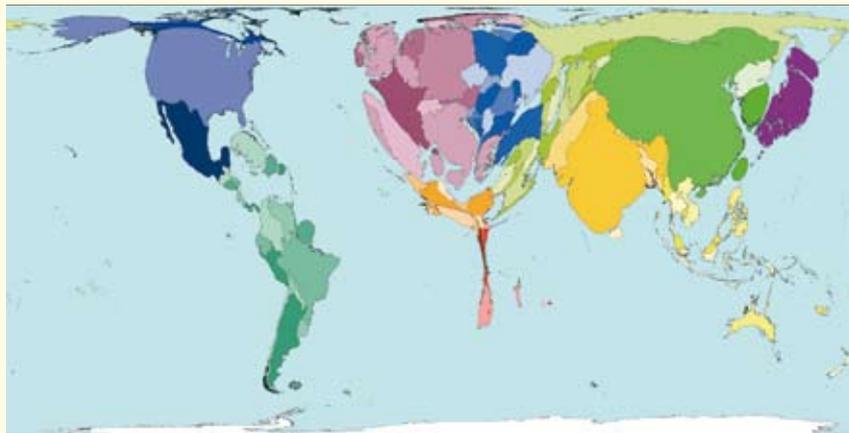
- Falta de profesionales experimentados que puedan transmitir sus conocimientos a los más jóvenes y recién incorporados.
- Las inversiones en formación realizadas por los países se pierden al emigrar estos trabajadores/as a los países ricos que, como consecuencia, son subsidiados por los pobres. Se ha calculado que el Reino Unido ahorró unos 200 millones de dólares en formación gracias a la inmigración de personal sanitario formado en Ghana⁽¹⁴⁾. La Unión Africana ha estimado que los países de ingresos bajos, como resultado de la emigración de personal sanitario, subsidian a los de ingresos altos con unos 500 millones de dólares anuales⁽¹³⁾.

c) Falta de eficiencia de los recursos humanos debida a:

- Mala distribución del personal: en general, la mayor concentración de recursos humanos se encuentra en las zonas urbanas y, dentro de éstas, en los grandes centros sanitarios. Una cantidad importante

Médicos/as trabajando

The University of Sheffield, M, The Leverhulme Trust, Geographical Association
 Produced by the SASI group (Sheffield) and Mark Newman (Michigan)



Un médico/a es llamado también doctor/a. Pueden ser médico/as de familia o estar especializado/as. El mayor número de médico/as por habitantes se encuentra en la isla caribeña de Cuba; el menor en Malawi, en el sudeste de África.

En 2004 había 9,6 millones de médico/as trabajando en todo el mundo. El mayor número estaba en China, que es el territorio más grande en el mapa. Si los médico/as estuvieran distribuidos según la población, habría 153 por cada 100.000 personas. La mayor parte de los médico/as (45%) viven en un territorio en el que se encuentra menos de la tercera parte de la población mundial

El tamaño del territorio muestra la proporción de médico/as que trabajan en dicho territorio.



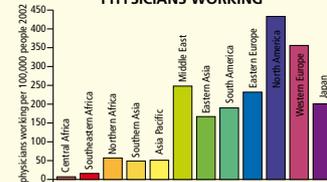
Technical notes
 • Data are from the World Health Organisation's 2006 World Health Report.
 • Territories for which data have been estimated are not included in the table.
 • See website for further information.

MOST AND FEWEST PHYSICIANS WORKING

Rank	Territory	Value	Rank	Territory	Value
1	Italy	606	187	Uganda	4.7
2	Cuba	591	188	Somalia	4.0
3	Monaco	586	189	Burkina Faso	4.0
4	United States	549	190	Gambia	3.5
5	Saint Lucia	518	191	Central African Republic	3.5
6	Belarus	450	192	Niger	3.3
7	Greece	440	193	Eritrea	3.0
8	Greenland	433	195	Chad	2.5
9	Belgium	418	197	Liberia	2.3
10	Russian Federation	417	199	Rwanda	1.9

physicians working per 100,000 people in 2004 or most recent*

PHYSICIANS WORKING

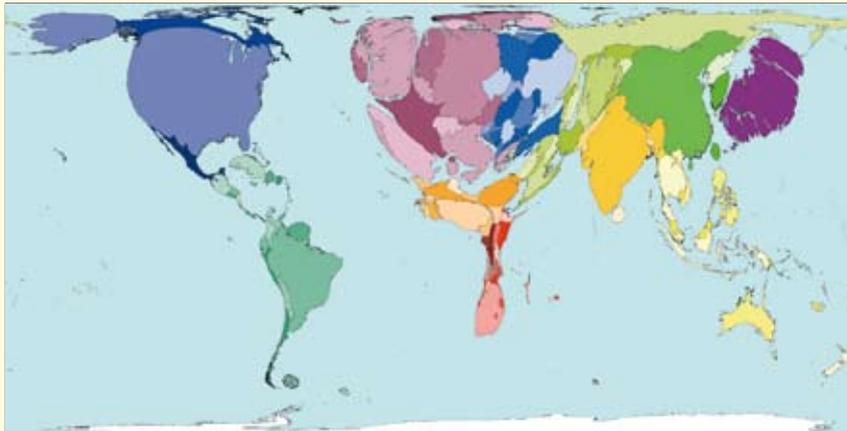


“Es necesario formar a cientos de miles de médico/as africanos ... Nadie se preocupa de eso. Hay una parte rica del mundo a la que solo le importa el petróleo, los diamantes, los minerales, los bosques, el gas, el trabajo barato...” Fidel Castro, 2001

www.worldmapper.org © Copyright 2006 SASI Group (University of Sheffield) and Mark Newman (University of Michigan)

Map 219

Enfermeras/os trabajando



The University of Sheffield, The Leverhulme Trust, Geographical Association
Produced by the SASI group (Sheffield) and Mark Newman (Michigan)

Este mapa que muestra donde están trabajando las enfermeras/os no refleja donde se formaron. El personal sanitario puede formarse en los países pobres y emigrar a donde reciben un mejor salario por su trabajo. A menudo, envían parte del mismo a su casa.

El mayor número de personal de enfermería se encuentra en Estados Unidos, China y Rusia. Sin embargo, el número más elevado de enfermeras/os por persona está en países de Europa occidental, como Finlandia y Noruega. El menor en Haití, Bangladesh y Bután, territorios en los que hay mucha más necesidad de personal de enfermería que en cualquier otro lugar.

El tamaño del territorio muestra la proporción de enfermero/as que trabajan en dicho territorio.



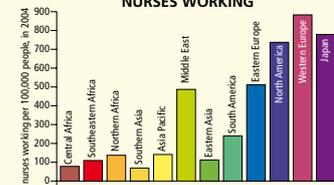
Technical notes
• Data are mainly from the World Health Organisation's 2006 World Health Report.
• See website for further information.

MOST AND FEWEST NURSES WORKING

Rank	Territory	Value	Rank	Territory	Value
1	Ireland	1520	191	Niger	21.9
2	Norway	1484	192	Afghanistan	21.5
3	Finland	1433	193	Ethiopia	21.1
4	Monaco	1419	194	Mozambique	20.6
5	Netherlands	1373	195	Somalia	19.1
6	Iceland	1363	196	Burundi	19.1
7	United Kingdom	1212	197	Liberia	17.6
8	Belarus	1163	198	Bhutan	14.2
9	Switzerland	1075	199	Bangladesh	13.6
10	Denmark	1036	200	Haiti	10.7

nurses working per 100,000 people in 2004 or most recent

NURSES WORKING



“son captados/as por los países industrializados. Hay más enfermeros/as de Malawi en Manchester que en Malawi ...”

Glenys Kinnock, 2005

www.worldmapper.org © Copyright 2006 SASI Group (University of Sheffield) and Mark Newman (University of Michigan)

Map 216

114 Sistemas sanitarios y equidad en salud

trabaja en el sector privado que, a su vez, está escasamente controlado por el gobierno. Las zonas rurales y los barrios más pobres de las ciudades son los que cuentan con menor cantidad de recursos humanos. Las personas con menos recursos deben desplazarse grandes distancias para acceder a los centros sanitarios, lo que da lugar a una gran inequidad en el acceso a los cuidados de salud.

- Existencia de programas “verticales” realizados por agencias donantes y algunas ONGs (como algunos programas contra el VIH o el paludismo). Estos programas han cosechado muchos éxitos —como la erradicación de la viruela y mejoras importantes en la incidencia de otras enfermedades infecciosas—

Distribución de los recursos humanos sanitarios en Níger

En Níger, el 33% de los agentes sanitarios se concentra en la capital, en la que vive el 6% de la población. En total, la región de Niamey, con menos del 25% de la población, absorbe el 66% del personal sanitario mientras que Tillabery, una región al norte de Niamey con tres veces más población que la capital, apenas dispone de personal de salud.

	Médico/as*	Enfermero/as*	Matronas**
Niamey	1/11.182	1/1.687	1/6.100
Tillabery	1/184.743	1/10.529	1/16.389
Media nacional	1/50.000	1/5.525	1/6.100
Recomendación OMS	1/10.000	1/5.000	1/5.000

* Personal por habitantes **Matronas por mujeres en edad fértil.
Fuente: Plan de Développement Sanitaire 2005-2009.
République du Niger.

pero, a menudo, provocan una “fuga de cerebros interna”. Los donantes “**extorsionan**” a los malogrados sistemas sanitarios de los países en desarrollo aportando grandes cantidades de dinero y, a cambio, imponen las actuaciones que ellos consideran prioritarias. Para llevarlas a cabo, utilizan personal sanitario que, ante las mejores condiciones laborales ofrecidas por los donantes, abandona sus puestos en el sector público. Pero, a menudo, las actividades de las diversas agencias y ONGs no se integran en las políticas sanitarias de los países ni se coordinan entre sí y por lo tanto, su sostenibilidad es dudosa una vez finalizados. Como consecuencia, se produce una fragmentación del sector público y una expropiación de su, ya de por sí, escasa fuerza de trabajo, que dificulta el fortalecimiento de los sistemas de salud e incluso puede deteriorarlos aún más.

Mientras que el acceso a los servicios de VIH aumentó del 5% al 31% en cuatro años (2003-07), el acceso a los servicios de salud materna, como indica el número de nacimientos atendidos por personal especializado, se incrementó solo del 61% al 65% en 16 años (1990-2006), lo cual plantea la cuestión de si los servicios ofrecidos por las Iniciativas Globales de Salud se corresponden con las prioridades específicas de los países.

WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group.
Lancet 2009 ⁽¹²⁾

- d) **Bajos salarios de los profesionales que estimulan malas prácticas como hacer pagar a los pacientes por servicios que deberían ser gratuitos o vender en el mercado negro los medicamentos y el material médico adquiridos por los centros sanitarios⁽¹⁵⁾.**
- e) **La emigración del personal docente hace que la formación de los futuros profesionales sea, con frecuencia, incompleta e inadecuada.**

Pero el número de trabajadores/as sanitarios, por sí sólo, no mejora la salud de la población. Aunque bien es cierto que los niveles de salud más elevados se encuentran en los países con mayor número de profesionales, en los países de ingresos medios y bajos, con menor densidad de personal sanitario, es importante que este tenga una remuneración adecuada, esté bien formado y motivado, disponga de recursos suficientes para desempeñar su trabajo y, además, cuente con la confianza de la población con la que trabaja.

En 2008, un brote epidémico de fiebre hemorrágica (dengue) ocurrió en Río de Janeiro. Este brote, posiblemente el peor de la historia del país, causó 123 muertes confirmadas⁽¹⁶⁾ y mucha confusión en los sobrecargados hospitales de la ciudad.

Pero mientras esta crisis ocurría en Río, Niteroi, una ciudad separada de Río por 13 Km., controló relativamente la situación y no se produjo ninguna muerte a

causa del dengue⁽¹⁷⁾. La diferencia entre ambas es que, en Niteroi, el 67% de la población está cubierta por un sistema de atención primaria de salud que sistemáticamente lucha contra los mosquitos y trata a los enfermos de dengue de bajo riesgo de forma ambulatoria. En Río de Janeiro, por el contrario, el 92% de la población depende de un frágil sistema de salud basado en la atención hospitalaria. Los contrastes estructurales son marcados y las consecuencias sobre la salud indiscutibles.

Adaptado de Global Forum for Health Research 2008⁽¹⁸⁾

Conclusión

En la Conferencia de Alma-Ata⁽¹⁹⁾, celebrada en 1978, se reconoció que las graves desigualdades existentes en el estado de salud de la población eran política, social y económicamente inaceptables. Sin embargo, han pasado más de 30 años desde aquella declaración y aunque, en general, la salud de la población ha mejorado, las desigualdades existentes entre y dentro de los países se han incrementado. En el último informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud⁽⁷⁾ se observa que **“los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia**

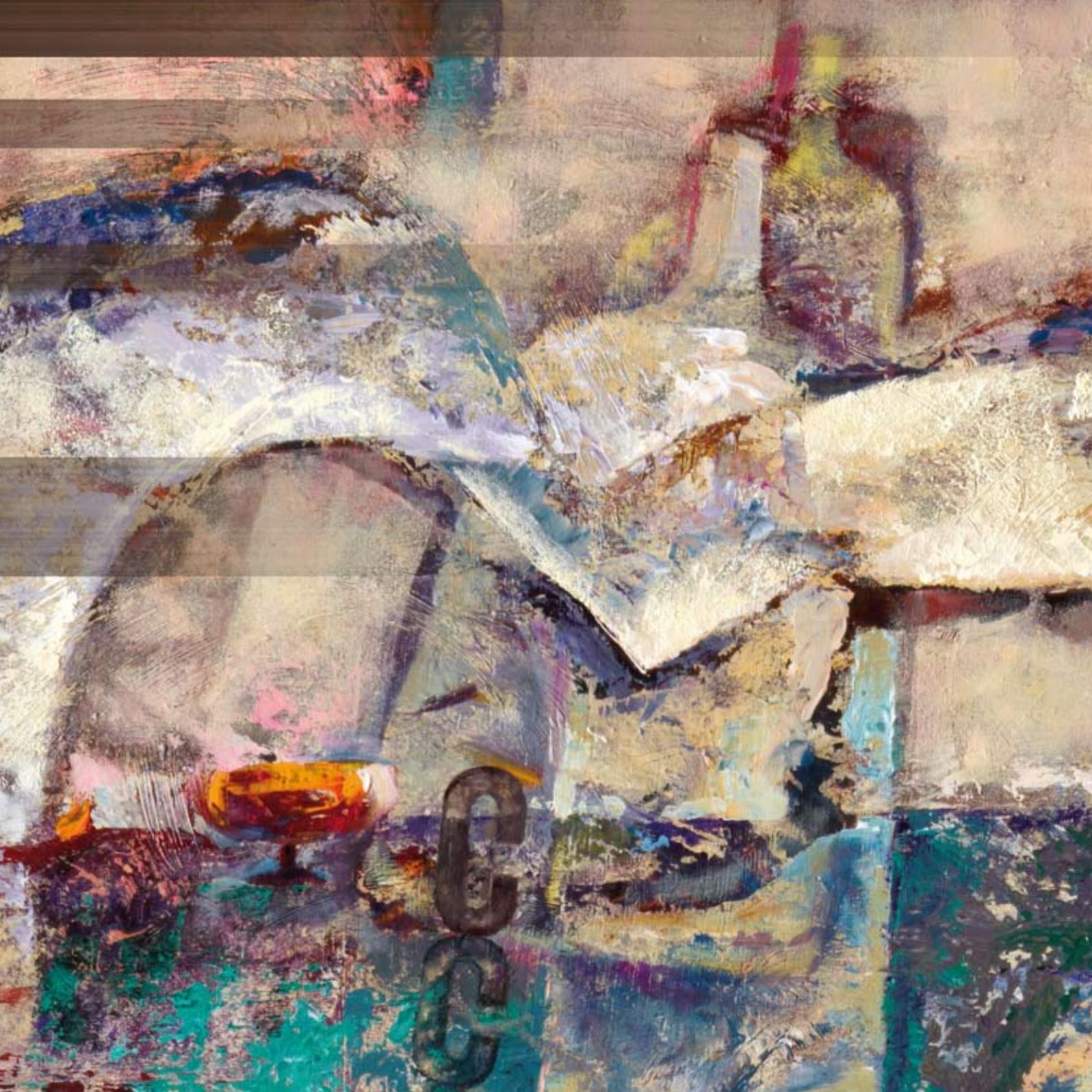
social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos". La pobreza y escasez de fondos; los conflictos armados; la emergencia de nuevas enfermedades y/o la reaparición o recrudescencia de otras que han sobrecargado los sistemas de salud; la debilidad de los gobiernos y/o la ausencia de voluntad política así como otros muchos factores que sería demasiado largo enumerar influyen en el mantenimiento de estas desigualdades. Uno de los problemas más preocupantes es que, según un reciente estudio publicado en *The Lancet*⁽¹³⁾, las múltiples iniciativas público-privadas surgidas en los últimos años, en la mayoría de los casos, no sólo no se han planteado como objetivo el refuerzo de los sistemas de salud o el alineamiento con las necesidades de salud de los países, sino que en ocasiones han contribuido a debilitarlos aún más.

No existe una solución fácil, ni única, para reforzar los sistemas sanitarios. Pero es evidente que para lograrlo es preciso un mayor compromiso y liderazgo de los gobiernos nacionales y de las organizaciones internacionales; evitar el hospitalocentrismo, la mercantilización de la salud y la fragmentación de los sistemas de salud⁽⁷⁾; reforzar una atención primaria de salud centrada en las personas y basada en la equidad y en el acceso universal⁽⁷⁾ así como una mejor distribución de los fondos de los donantes -ya sean públicos o privados- que deben hacerse llegar a las poblaciones a las cuales van destinadas, es decir, a todas aquellas personas cuyos problemas de salud son innecesarios, evitables y, por tanto, injustos.

Bibliografía

- 1 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2000**.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. **Salud en las Américas 2007**.
- 3 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 1999**.
- 4 National Coalition on Health Care, 2008. **Facts on health care costs**. <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml> . Consultado el 5 de mayo de 2009.
- 5 European Observatory on Health Systems and Policies Series. **Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases. Experiences from Europe and Latin America**. Richard Coker, Rifat Atun y Martin McKee (eds.). Open University Press 2008. <http://www.euro.who.int/observatory>. Consultado el 29 de abril de 2009.
- 6 Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. **People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- 7 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2008**.
- 8 Global Health Warch 2005-2006. **An alternative world health report**. People's health movement, Medact, Global equity gauge alliance. Zed Books 2005.
- 9 Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. **Equity and health sector reforms: can low income countries escape the medical poverty trap?** *Lancet* 2001; 358:833-3.

- 10 World Health Organization. **World Health Statistics 2008.**
- 11 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2006.**
- 12 World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. **An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems.** *Lancet* 2009; 373: 2137–69.
- 13 Joint Learning Initiative 2004. **Human Resources for Health. Overcoming the crisis.**
- 14 Mensah K, Mackintosh M, Henry L (2005). **The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation.** Medact, London. <http://www.medact.org>, consultado el 30 de abril de 2009.
- 15 Organización Mundial de la Salud. **Rapport sur la santé Dans la région africaine.** 2006.
- 16 <http://www.redhum.org/emergencias2.php?emergencia=100>. Consultado el 2 de julio de 2009.
- 17 <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/04/03/materia.2008-04-03.3897082578/view>. Consultado el 2 de julio de 2009.
- 18 Global Forum for Health Research. **Young Voices in Research for Health. 2008.**
- 19 Declaración de Alma-Ata. **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.





Experiencias
de
participación
comunitaria
en salud

Experiencias de participación comunitaria en salud

EL SALVADOR

La participación comunitaria para lograr la equidad en salud

En El Salvador, como Medicusmundi Andalucía, estamos convencidos de que la participación comunitaria es la llave para lograr impulsar avances significativos en materia de equidad en salud.

Desde 1999, luego del paso del Huracán Mitch por Centroamérica a finales de 1998, establecimos contacto con algunas de las comunidades afectadas y que no estaban recibiendo ningún tipo de ayuda para superar la situación generada por este fenómeno natural.

En estos 10 años de trabajo hemos desarrollado algunas iniciativas de trabajo conjunto con varias comunidades, donde una de las experiencias más significativas ha sido sin duda la que se ha desarrollado en el departamento de Usulután donde desde principios de 1999 se echa a andar todo un esfuerzo de participación comunitaria para mejorar las condiciones de salud del departamento.

Los objetivos que nos planteamos, producto del análisis participativo de la problemática de salud con diversos actores locales, fueron:

- Contribuir a mejorar la calidad de la salud de la población del departamento.
- Fortalecer los niveles de participación ciudadana en materia de salud.
- Promover la descentralización y ampliación de los servicios de salud hacia las comunidades.

En ese contexto procedimos a la definición, diseño y ejecución de un esquema de acompañamiento local que nos permitiera cooperar con las comunidades en el desarrollo de modelos locales de salud; este modelo de acompañamiento se fundamenta en cinco grandes componentes:

- 1 Fortalecimiento al desarrollo organizacional.
- 2 Desarrollo de capacidades locales.
- 3 Especialización de recurso humano comunitario.
- 4 Dotación de infraestructura básica de saneamiento comunitario.
- 5 Seguimiento y monitoreo.

Es importante destacar que ese esquema de trabajo fue validado en el municipio de Jucuarán durante los primeros tres años de nuestra intervención en el país, y a partir de esa validación es el esquema de trabajo que hemos venido desarrollando en diversos lugares del país.

Luego de este interesante caminar por potenciar la participación comunitaria para lograr mejorar las condiciones de salud en la población más vulnerable, podemos compartir las siguientes lecciones aprendidas del proceso:

- Cuando hablamos de participación comunitaria para lograr la equidad en salud, es importante reconocer que estamos ante el reto de impulsar un trabajo de incidencia en políticas públicas a fin de que los cambios que se impulsen a través de la participación comunitaria sean efectivamente recogidos y reflejados en las políticas estatales.
- Cuando hablamos de participación comunitaria para la incidencia en la resolución de problemas, tenemos que tener cuidado que sea un problema de la comunidad y no un problema que un directivo o una persona en particular impuso porque fue a un taller y de ahí sacó la idea, tiene que ser un problema sentido de la comunidad que responda a las necesidades comunitarias, a fin de poder identificar también posibles aliados para su resolución.
- Cuando promovemos la participación comunitaria tenemos que lograr la movilización comunitaria, no es la movilización de las ADESCOS^a o de algunos

representantes de la comunidad; esto quiere decir no sustituir la participación de las comunidades, sino impulsarla y motivarla.

- En materia de salud estamos hablando de bienes y servicios de primera necesidad cuya adquisición no es posible postergar ni limitar; esto quiere decir que, por ejemplo, si las comunidades reciben un servicio de mala calidad tampoco es factible asistir a un "departamento de quejas" para solicitar cambio del producto o devolución de la inversión realizada en su adquisición.
- Es fundamental que las comunidades como principal población meta de los bienes y servicios de salud, tomen parte en el diseño y definición del tipo de servicios que finalmente serán brindados, garantizando que en ese diseño y definición sean tomadas en cuenta las necesidades concretas de cada segmento de la población en materia de salud.
- Los problemas en el sistema público de salud no se resuelven por arte de magia de la noche a la mañana, por ello es necesario que las comunidades constantemente estén desarrollando su capacidad de análisis y propuesta, pues son los que conocen de primera mano la realidad que les rodea y pueden por tanto gestionar permanentemente la solución de estos problemas.

En definitiva, como decíamos al inicio estamos convencidos de que la participación comunitaria es la llave para lograr impulsar avances significativos en materia de equidad en salud, pero además es una

^a Asociaciones de Desarrollo Comunal

gran oportunidad para fortalecer y mejorar el sistema en su conjunto, porque permite ver los problemas de salud desde su propio entorno y aprovechar los conocimientos y recursos comunitarios, ampliando no sólo en cobertura sino también en calidad y calidez.

Como resultado se podría apuntar que muchas de las definiciones sobre el modelo de salud a impulsar se han retomado en actual plan de salud del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

MARRUECOS

Intervención para mejorar el desarrollo sanitario mediante la participación comunitaria

El desarrollo sanitario en el mundo aqueja de una gran desigualdad entre comunidades. Uno de los ejemplos más sangrantes es el elevado índice de mortalidad materna e infantil y el hecho de que el 90% de esta se produzca en los países pobres. En el caso de Marruecos, existe una tasa de cobertura médica de la población que no supera el 30%, y unas tasas de mortalidad infantil y materna también muy elevadas (40 muertes por 1.000 nacidos vivos y 227 muertes por 100.000 nacidos vivos, respectivamente). Las desigualdades dentro del país son muy marcadas: la atención al parto por personal cualificado -uno de los principales factores que contribuyen a disminuir la mortalidad maternal y perinatal- es del 95,5% en el quintil más rico de la población y del 29,5% en el más pobre, observándose también

grandes desequilibrios entre la población urbana y la rural, donde la atención al parto se produce en el 85,3% y el 39,5% respectivamente^a. Esto da lugar a diferencias de mortalidad materna entre los más ricos y los más pobres, y entre las áreas urbanas y las rurales, que se reflejan también en la mortalidad infantil: 78‰ en el quintil más pobre; 26‰ en el más rico^b. En el caso particular de las mujeres, las desigualdades de género en el acceso y uso de los servicios sanitarios están relacionadas no sólo con la oferta, escasa y de mala calidad, de los servicios de salud sino con la falta de autonomía y autodeterminación de las mujeres en el control de muchos aspectos de su vida, incluidos los que afectan a su propia salud y, especialmente, los relacionados con su cuerpo y su sexualidad.

Entre los problemas y disfuncionalidades diagnosticados recientemente por el ministerio de salud de Marruecos se identifican limitaciones en el funcionamiento y en la disponibilidad de los recursos, así como en el uso eficiente y equitativo de éstos. La accesibilidad de la población a los servicios sanitarios es desigual y no responde a la demanda sanitaria. También se identifican debilidades en materia de gestión y en las capacidades de los profesionales sanitarios. Además, existen elevados niveles de corrupción y absentismo por parte de los responsables de salud. En todos los niveles existe una gran ausencia de participación de la sociedad.

a <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>. Visitado el 11 de noviembre de 2009.

b PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2009.

La participación comunitaria en salud es una estrategia de desarrollo comunitario cuyo objetivo es organizar los recursos y agentes locales para dar respuesta a las limitaciones del sistema sanitario y empoderar a la ciudadanía fomentando que ésta tenga mayor control sobre su estado de salud.

Se trata de una estrategia que contribuye al refuerzo de la sociedad en el sentido de que no sólo busca mejorar el estado de salud de las personas de cara a las enfermedades y riesgos para la salud, sino que también pretende un desarrollo verdaderamente humano de las personas y la eliminación de las desigualdades, reforzando el acceso de ciudadanas y ciudadanos a la información, a la autodeterminación con respecto a la propia salud, especialmente en las mujeres, y el acceso a los medios necesarios para conseguirlo.

En el caso de Marruecos, las intervenciones de participación comunitaria aspiran a fomentar la movilización social y la colaboración del sistema público con la sociedad y están orientadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer y la salud infantil, atendiendo a los indicadores anteriormente citados.

La estrategia de participación comunitaria en Marruecos pretende, por tanto, enfrentar los problemas de salud a través de:

- Acciones de educación de la población para prevenir y reducir los riesgos en el seno mismo de las familias,
- Establecimiento de canales de comunicación entre la comunidad y lo/as profesionales sanitarios presentes en el territorio, que promuevan relaciones de colaboración desde la confianza y el respeto mutuo,
- Acercamiento de los servicios sanitarios a personas y comunidades que no cuentan con ellos por su situación de aislamiento y/o exclusión y, finalmente,
- Información a las personas para que puedan implicarse en el estado de su propia salud y la de su comunidad.

Desde un punto de vista operativo, el objetivo de la intervención es incluir a los ciudadanos y ciudadanas en el sistema sanitario de manera que se puedan beneficiar de sus servicios así como provocar una transformación en la manera de interaccionar el sistema sanitario con las personas, basada en el respeto y en la igualdad.

Las actividades que se realizan a lo largo de la intervención están dirigidas a mejorar las capacidades de lo/as profesionales sanitarios de la comunidad en materia de comunicación, de manera que puedan atender las necesidades de las personas en los centros de salud de base. Posteriormente, estos sanitarios formarán a personas voluntarias de la comunidad en detección y prevención de riesgos para la salud. De esta manera, se crea una red de voluntariado que pondrá en marcha campañas de sensibilización y educación para el resto de la comunidad en cooperación con el sistema público de salud.

Los temas que se tratan en las campañas son de diversa índole, revelando el carácter multisectorial de la salud y las especificidades del territorio. Incluyen aspectos relacionados con la higiene, los vertidos y los puntos de acceso al agua, los accidentes domésticos, la salud sexual y reproductiva, la salud infantil y la nutrición.

Entre los criterios para la elección de lo/as agentes voluntario/as, se valora:

- La existencia de una vinculación de estas personas con asociaciones de derecho a la salud y de derechos de la mujer, en la medida en que éstas representan y defienden los intereses de la población estando en contacto continuo con ella,
- Que tengan un cierto liderazgo en su propia comunidad o que cuenten con la simpatía de sus conciudadano/as.

Como actividades para involucrar a los diferentes agentes locales en la salud y, en concreto, como medidas de apoyo a la sociedad civil, se llevan a cabo capacitaciones de las asociaciones para facilitar sus relaciones de colaboración con las administraciones públicas. Así mismo, se convoca a otras administraciones locales y se las invita a afrontar los problemas de salud desde la cooperación, para lo que se forman comités de apoyo a los centros de atención primaria para aunar esfuerzos en la mejora de la salud de la población.

La estrategia de participación comunitaria está integrada en el plan de acción del ministerio de salud 2008-2012 y con ella se pretende contribuir a la reducción de la mortalidad materna a 50 por 100.000 nacidos vivos y la infantil a 15 por 1000. Concretamente, la participación comunitaria podrá mejorar las tasas de consulta de niños y niñas menores de cinco años, de consulta pre y post-natal y las de partos en medio controlado.

ECUADOR^a **Asociación Sandi-Yura**

La Constitución de la República del Ecuador afirma que el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección. Sin embargo, en pleno siglo XXI la población sin seguro se acerca al ochenta por ciento y tres de cada diez no reciben ningún tipo de atención, ni pública ni privada.

Sin duda, las áreas rurales y urbanas marginales han sido las más afectadas durante años por este abandono estatal, y es justamente allí donde cada una de las instituciones que forman parte de la Red de Promoción de la Salud han desplegado su trabajo, en algunos casos desde hace más de dos décadas.

La Red de Promoción de la Salud es un colectivo formado por organizaciones que trabajan en el terreno de la salud y el desarrollo en once provincias del país,

a Fuente: Sistematización de experiencias en salud y desarrollo en el Ecuador. Red de promoción de la salud. Octubre de 2006.

la mayoría en sectores rurales y urbanos marginales. La Red agrupa a ONGs, fundaciones, corporaciones, organizaciones sociales, un consejo cantonal de salud y un área de salud del Ministerio de Salud Pública. Todos ellos comparten el enfoque de promoción de la salud, trabajan en distintos campos del desarrollo y apuestan decididamente por la participación ciudadana en todos los campos de la salud pública.

Asociación de promotores de salud naporunas SANDI YURA

Sandi Yura es una asociación de promotores de salud indígenas cuya experiencia abarca setenta comunidades repartidas a lo largo de ríos y carreteras. La mayoría de las comunidades con las que trabajan están constituidas por kichwas de la amazonía, además de otras nacionalidades minoritarias. El 92% de la población indígena objeto de la intervención reside en zonas rurales. La actividad agropecuaria es la principal fuente de ingreso para el 76% de la población. El 80% de las mujeres indígenas trabaja en la agricultura.

El territorio kichwa está situado en el bosque tropical amazónico. La presencia de actividades extractivas -particularmente la presencia de la industria petrolera- ha alterado de manera significativa la convivencia de los pueblos indígenas con su modo de vida tradicional. Desde el inicio de las actividades, en 1972, por parte del consorcio CEPE-TEXACO, la calidad del agua superficial y subterránea se ha degradado de forma acelerada como consecuencia del manejo de desechos por parte de la industria.

La situación de salud en la región ha estado marcada por una tendencia al aislamiento de las comunidades rurales a causa de dos factores: 1) las dificultades de acceso y 2) las precarias condiciones de cobertura y aseguramiento del sistema de salud público en las zonas rurales.

La concepción de la salud en Sandi Yura

Sandi Yura está estructurada desde un pensamiento complejo que sinteriza en tres fuentes fundamentales:

- 1 Una concepción reflexiva sobre la salud y la integralidad cimentada por el marco general de la carta de Ottawa, en lo referente a la relación entre salud y desarrollo social. El trabajo de salud comunitaria está basado en la Declaración de Alma-Ata.
- 2 Una serie de preceptos éticos, compromisos y prácticas comunitarias y familiares vinculadas a la búsqueda de un modelo cultural de vida cuyas principales características son la reciprocidad, el igualitarismo y la solidaridad. Este concepto del "buen vivir" representa una ruptura no fácilmente asimilable con el concepto de desarrollo "occidental". Se promueven valores y comportamientos éticos ligados al bienestar de la comunidad, sin sentido acumulativo.
- 3 Un enfoque de la comunidad y lo comunitario tributario del sentido que asigna al término la doctrina social de la iglesia, sobre todo en sus componentes más progresistas.

Objetivos de la intervención de Sandi Yura

- Mejorar la salud y las condiciones de vida de las comunidades filiales de la FCUNAE^a.
- Llevar alternativas de mejora de la salud a las comunidades kichwas.
- Combinar la medicina natural y la occidental.
- Fortalecer el sentido comunitario en las zonas de intervención.
- Tener una organización de base que reafirme la visión sobre salud.

Modalidad de intervención

Período 1990-95

En esta fecha se instalaron botiquines de salud comunitarios en doce comunidades. Los botiquines estaban atendidos por promotores de salud, designados por la comunidad, que fueron capacitados en prevención y tratamiento de enfermedades así como en fortalecimiento socio-organizativo por parte del equipo técnico de Sandi Yura.

La experiencia acumulada hace que el Ministerio de Salud empiece a contar con la asociación como un actor importante de salud comunitaria. Gracias a ello se firma un convenio para elevar la tasa de inmunización infantil en la provincia, con la participación de los promotores de salud en la campaña y, más tarde, un segundo convenio para la erradicación de la malaria.

^a Federación de Comunas Unión Nativos de la Amazonía Ecuatoriana.

Período 1996-2000

Se refuerza la metodología de intervención y se amplía a las comunidades de carretera, con lo que se abarcan veintiuna comunidades. En este período se publican investigaciones y manuales de salud, que replican la experiencia adquirida en la capacitación con el equipo médico y los promotores de salud Sandi Yura. Se adquiere cierta infraestructura para la organización (una sede, canoas...). Al final de la etapa se inician las brigadas integrales de salud -formadas por un médico, una enfermera, un odontólogo, dos promotores y el coordinador de la zona de Sandi Yura-, las cuales visitan dos veces al año a la comunidad.

Período 2001-2005

Se continúa con el modelo de intervención anterior, pero surgen innovaciones al proceso abriéndose nuevos espacios de intervención dirigidos tanto hacia los promotores como a lo comunitario con concepciones más integrales sobre la salud.

Dentro de las innovaciones cabe destacar el Proyecto Integral de Salud y Desarrollo en la Amazonía Ecuatoriana (PISDAE), que nos permite adelantar una estrategia más integral basada en el trabajo de seis ejes primordiales:

- Apoyo a la actividad agro-productiva en nuestras comunidades a través de microcréditos (grupos de mujeres).
- Creación de espacios saludables (escuelas y comunidades).
- Educación para la salud: hábitos saludables (capacitación a través de los maestros)

- Prevención de la violencia intrafamiliar (concienciación en comunidades).
- Fortalecimiento socio-organizativo (a nivel comunitario y de la asociación).

Análisis de la experiencia

Formación de agentes comunitarios de salud.

El modo de selección de los promotores fue excepcionalmente adecuado en cuanto a lograr que las comunidades se involucrasen de forma activa en la resolución de sus problemas en el campo de la salud. En los últimos años su importancia ha comenzado a decaer debido a varios factores: el incremento de la cobertura a setenta y cinco comunidades; la puesta en marcha de algunos puestos de salud desde el sector público y la influencia negativa de las compañías petroleras que ofrecen "soluciones sanitarias" que, a menudo, rompen el esquema de salud comunitario.

Fortalecimiento socio-organizativo

El momento más fuerte fue el periodo inicial: al ser pioneros en el trabajo directo con las comunidades, el tema de salud pasó de tener un carácter marginal a ser un elemento de convocatoria para la discusión y organización comunitaria; el sujeto fue siempre la comunidad y Sandi Yura se integró en la modalidad de discusión y toma de decisiones por consenso y en colectivo. Actualmente nos encontramos explorando nuevos modelos de relación organizativa.

Lecciones aprendidas

La validez de la apuesta por la formación de agentes de salud comunitarios

El acento mayor de nuestro modelo de salud comunitario no reside tanto en las coberturas o los puestos de salud como en la apuesta por desarrollar las capacidades autogestivas de la comunidad formando agentes de salud de la comunidad. Los promotores nos permiten estar cerca de las problemáticas de salud de la comunidad, de las necesidades y tendencias expresadas por sus pobladores.

La necesidad de profundizar la experiencia comunitaria

Es imprescindible desarrollar un grado más alto de intersección de Sandi Yura con las comunidades. La vitalidad de la Asociación y el interés de los promotores menguan a medida que el Ministerio de Salud Pública va reemplazando o coordinando con nosotros la labor de atención primaria en salud. Debemos superar nuestra tradición de intervención "desde Occidente hacia los naporunas" y reconstruir el camino en el sentido inverso "desde los naporunas hacia Occidente".

Salud integral e intercultural

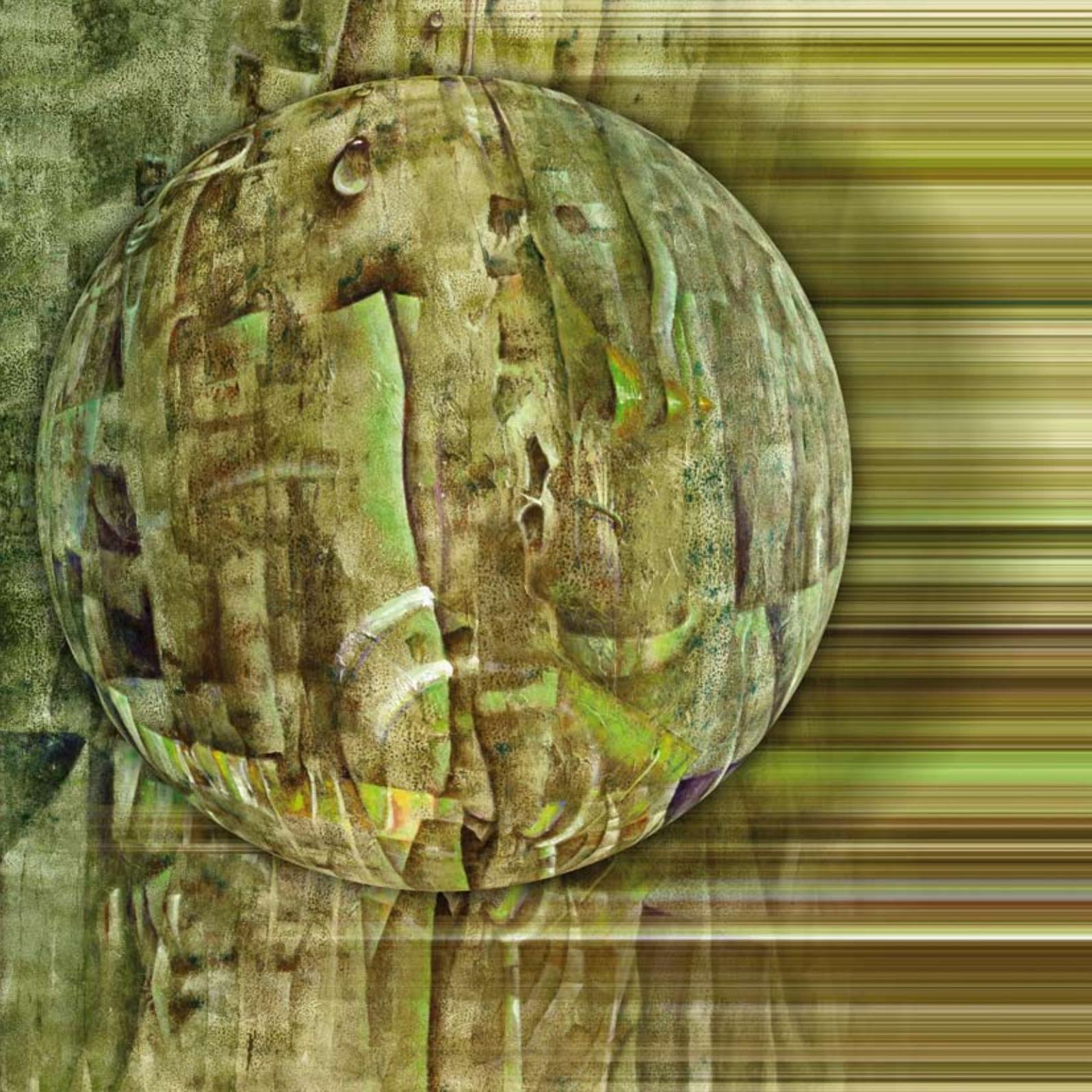
Actualmente transitamos de un periodo signado por la necesidad de cobertura en atención primaria, a un periodo de construcción de una nueva estrategia de intervención que se plantee la construcción de comunidades saludables, entendidas como espacios en donde se trabaja lo ambiental, lo sanitario, lo pro-

ductivo, la nutrición, la educación, el acceso equitativo a oportunidades de desarrollo, etc.

La necesidad de plantearnos lo político en el contexto de la salud

La relación con los actores estatales y públicos ha pasado de ser inexistente o esporádica a vigorosa y sistemática en este momento. Ratificamos la importancia que tiene para un actor de salud comunitario el debatir, reformular y proponer políticas de salud alternativas desde el sector público. Pero es necesario prestar atención a la paradoja de la no concordancia entre los esfuerzos y programas locales para mejorar las condiciones de vida de los nativos, y los intereses de quienes detentan el poder central del Estado, desde donde no sólo se formulan políticas de olvido para los pueblos indígenas, sino de exterminio, como está pasando con la política petrolera en los territorios indígenas.

Desde Sandi Yura, sentimos que no es posible desarrollar una estrategia de incidencia en políticas públicas concentrada en los espacios estatales locales, sin pasar por una reflexión y una agenda de salud frente a lo nacional, y no exclusivamente frente a las políticas del Ministerio de Salud Pública, sino frente a la situación general de nuestras comunidades y su relación con toda la política estatal a nivel nacional, local y regional.



Cooperación internacional en salud y equidad

Cooperación internacional en salud y equidad

“La salud es un derecho que depende en gran medida de la voluntad política mundial y de la ayuda internacional”.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria ⁽¹⁾

Problemática

La equidad en salud ha sido reconocida como uno de los principios básicos que deben guiar a la ayuda para cooperación en salud pero ¿hasta que punto este principio es y ha sido aplicado?

Objetivo:

Analizar la ayuda para cooperación en salud y cada uno de sus elementos desde el prisma del principio de equidad.

Plan:

En primer lugar vamos a hacer un recorrido histórico de los marcos generales de implementación de esa ayuda (las estrategias de la ayuda para cooperación en salud) para más tarde analizar los principales actores (instituciones donantes, instituciones gestoras e instituciones ejecutoras) en el marco de la estrategia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y su búsqueda de la equidad.

La ayuda para cooperación en salud

1. Introducción

Podemos definir la ayuda para cooperación en salud como la ayuda para salud, proveniente de instituciones públicas o privadas, cuyo principal objetivo es el de colaborar al desarrollo del sector de la salud en los países de ingresos medios y bajos, financiando mejoras de salud en esos países así como actividades de investigación, de vigilancia epidemiológica, etc. La ayuda para cooperación en salud incluye la adjudicación de préstamos de bajo interés, subvenciones y reducción de la deuda externa. En la mayoría de las definiciones, sin embargo, la ayuda para cooperación en salud no incluye la ayuda humanitaria, la donación de comida, las ayudas a proyectos de potabilización del agua y alcantarillado, educación y reducción de la pobreza que están también relacionadas con la salud.

El montante global de la ayuda para cooperación en salud ha aumentado enormemente en los últimos

años. Según el Banco Mundial, la ayuda para cooperación en salud creció de 2.500 millones de dólares en 1990 a 14.000 millones de dólares en 2005. Sin embargo, esas cifras son aproximadas, ya que este aumento de la ayuda ha ido acompañado de un rápido incremento del número de actores relacionados con la salud global, transformando este ámbito. En 2004, un grupo de trabajo encargado de calcular la cantidad de esa ayuda concluyó que la tarea era muy difícil ya que hoy muchos programas y actividades que trabajan en el ámbito de la salud mundial; es difícil calcular monetariamente el valor de las donaciones de medicamentos y material y los sistemas de información financiera y contable en las estructuras de las organizaciones donantes son inadecuados⁽²⁾.

Aunque este artículo quiere ser global en muchos casos, y ante la imposibilidad ya mencionada de saber la cantidad exacta de esta ayuda, vamos a centrarnos en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) que es la ayuda otorgada por los países y cuyas trazas podemos seguir en sus presupuestos.

2. Recorrido histórico de las estrategias de la ayuda para cooperación en salud.

Los años 50 y 60 fueron una época marcada por la descolonización, la aparición de nuevos países y, con ellos, la aparición de nuevas capitales. El modelo a seguir en salud es el de las capitales y los estados de las antiguas potencias colonizadoras, por lo que se crean grandes hospitales y se destinan grandes fondos a saneamientos y alcantarillados⁽³⁾ otorgándose

al Estado un papel central en el desarrollo de esas infraestructuras. La estructura sanitaria en aquella época era en su mayoría urbana, formada por los establecimientos sanitarios heredados de los antiguos colonos que habían servido exclusivamente para ellos y, por otro lado, una serie de pequeños dispensarios contruidos y gestionados por organizaciones religiosas (las primeras ONG), que eran mayoritariamente utilizados por la población local. Se partía pues, de un contexto de total inequidad en donde la etnia, la condición económico-social, la situación geográfica (urbano o rural) y, en muchos casos, la religión eran factores condicionantes para el acceso a la salud.

Por otro lado, en aquellos años 50 y 60, las grandes instituciones de la salud mundial, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), apostaban por programas verticales, destinados al control de enfermedades como la malaria o la polio, que se organizaban en forma de expediciones y que no requerían por tanto de una extensa red de dispensarios.

En los años 70 y parte de los 80, el enfoque de los 60 es criticado por beneficiar solamente a las zonas urbanas y excluir a las rurales. La retransmisión de las terribles condiciones de vida y muerte y de las grandes hambrunas provocaron, por un lado, la aparición de nuevas ONG's especializadas en la ayuda humanitaria a países como Somalia, Biafra o Etiopía y, por otro, condicionaron para siempre la imagen de la cooperación: la imagen de niños rodeados de moscas y con las barrigas hinchadas marcarán para siempre

nuestro inconsciente. Esta es la época del surgimiento del transfronterismo de los French Doctors⁽⁴⁾ y el origen de muchas de las actuales y más conocidas ONG especializadas en cooperación sanitaria como medicus-mundi, Médicos del mundo o Médicos Sin Fronteras, que tenían un componente enorme de amateurismo y que, en su mayoría, estaban formadas por personal médico o para-médico. En estos mismos años, en el contexto de la guerra fría, se produce una proliferación sin precedentes de las actividades de las agencias de las Naciones Unidas, del Banco Mundial y de los organismos internacionales en general.

Esta época está también marcada por la aparición de críticas, lideradas por el Banco Mundial, a un comercio transnacional basado en la inequidad, que buscan un nuevo reforzamiento del papel del Estado y una discriminación del sector privado en el sector de la salud. Estas influencias conducen el enfoque hacia unos servicios centrados en la persona y no en la economía, los cuales son recogidos en la estrategia de la OMS "Salud para todos", surgida en la conferencia de Alma-Ata en 1978. Con esta estrategia, la atención primaria y la creación de servicios básicos de salud a nivel de la población sustituyen el antiguo enfoque de grandes infraestructuras y programas verticales. En la conferencia de Alma-Ata se establece, por primera vez, la equidad como criterio primordial y objetivo para la mejora de la salud:

"Existe una situación de gran inequidad en salud entre la gente de los países en desarrollo y los países desarrollados así como en el interior de esos países. Esta situación es política, económica y socialmente inaceptable y es una mayor preocupación para todos..."

Declaración de la Conferencia de Alma Ata (1978)

En 1982, con la crisis de la deuda en Méjico, se comienza de nuevo a hablar de políticas macroeconómicas y de la interconexión entre la deuda de los países receptores de ayuda y los países donantes así como de la posibilidad de una crisis económica mundial. En estos momentos, los países donantes están viviendo las consecuencias de la crisis del petróleo y comienzan a surgir corrientes de pensamiento así como líderes de países donantes con un gran peso en la economía mundial -como Ronald Reagan y Margaret Thatcher- que hablan de la necesidad de reducir el peso del estado y evitar el endeudamiento y promueven un ajuste estructural. El Banco Mundial se convierte en el líder de esta ola de opinión y los postulados del Consenso de Washington -privatización de la salud y desregularización y privatización del comercio- se convierten en norma y estrategia de cooperación. La primacía de lo económico en el sector de la salud fue asimilada por las principales instituciones multilaterales del sector, OMS y UNICEF, dando lugar a la Estrategia de Bamako que introdujo la necesidad de implantar tarifas y la obligación de los usuarios de los países con ingresos bajos de participar en

la financiación de los sistemas de salud. Durante los años 90, se mantienen los principios del Consenso de Washington apareciendo los partenariados público-privados y añadiéndose conceptos nuevos como la gestión eficiente de los servicios sanitarios.

En el año 2000, la política y, por tanto, la estrategia de cooperación, cambió de nuevo. Persiste la herencia del enfoque horizontal de salud de Alma-Ata pero aparecen nuevos programas dirigidos a una sola enfermedad o a una sola intervención: es el regreso de los programas verticales. También reaparece el olvidado entusiasmo por los servicios centrados en las personas⁽⁵⁾ y la OMS declara que: "la pobreza y inequidad son los verdaderos enfoques del nuevo milenio". La consecuencia de este nuevo pensamiento son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001) en especial, los tres objetivos dirigidos a la mejora de la salud (ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; ODM 5: Mejorar la salud Maternal y ODM 6: Combatir el VIH, la Malaria y otras enfermedades) que se convierten en los precursores de un enfoque integral (equilibrio entre el enfoque vertical y horizontal) y basado en los resultados: una fecha (2015) y un objetivo marcado sobre varios indicadores concretos. Este enfoque, a pesar de sus deficiencias, ha conseguido en sus ocho primeros años, además de un aumento de la cantidad de la ayuda destinada a la cooperación en general y a la cooperación en salud en particular, un nuevo marco teórico para la búsqueda de la equidad:

"Reconocemos que, además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial".

Declaración del Milenio. Nueva York (2000)

Sin embargo, ¿ha podido, en la práctica, este enfoque integral de los ODM conseguir un equilibrio entre los distintos enfoques y estrategias que subyacen, y que han marcado la cooperación sanitaria, y colocar la búsqueda de la equidad como principio de la cooperación en salud tanto en el fondo como en la forma?

3. Principales actores y formas de la ayuda de cooperación en salud en la actualidad ¿Un enfoque basado en la equidad?

En este apartado intentaremos responder a preguntas como cuáles son los criterios en la selección de los países y regiones receptoras de la ayuda para salud; los principales sectores de intervención; los principales grupos receptores de la ayuda y los tipos de ayuda y su relación con la equidad. Para ello vamos a utilizar el enfoque de análisis basado propuesto por McCoy, Chand y Sridhar⁽²⁾ en el cual distinguimos tres grupos de actores de la ayuda: donantes, gestores y ejecutores.

3.1 Instituciones donantes de la ayuda

Podemos distinguir cuatro fuentes fundamentales de donantes: los gobiernos, las fundaciones privadas, el público en general y las empresas.

A. Gobiernos

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) es la mayor fuente de financiación de la ayuda para salud. El CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) y la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) controlan la ayuda al desarrollo de los 22 mayores países donantes más el de la UE (Unión Europea). En 2006, la cantidad total de AOD desembolsada por los donantes del CAD ascendió a algo más de 104.400 millones de dólares, incluyendo 7.500 millones de dólares de reducción de deuda. Hay un claro aumento de la cantidad de AOD destinada al sector salud que ha pasado de 5.960 millones de dólares en 2004 a 9.580 millones de dólares en 2006. Es decir, en 2006, un 10% del total de la AOD estuvo destinada al sector salud.

Hay que señalar que, en estas cifras, no están incluidos países como China o India que, poco a poco, se están convirtiendo en importantes donantes: China en África con cancelación de deuda y formación de profesionales (1.000 millones de dólares) y la India en países de su entorno (226 millones de dólares).

En nuestro análisis de la ayuda para salud desde la equidad, podemos establecer tres indicadores basados en el axioma de que "la equidad es dar más quien más tiene y recibir más quien más lo necesita":

a. Porcentaje de países cuyo porcentaje de AOD alcanza el 0,7% del PIB

A partir de los datos del CAD⁽⁶⁾ podemos afirmar que, ninguno de los países estudiados, a excepción de Noruega, Suecia, Luxemburgo, Dinamarca y Países Bajos (0,95%, 0,93%, 0,90%, 0,81%, 0,81% respectivamente de su PIB), alcanzan el 0,7%. Además podemos apreciar dos tendencias entre 2006 y 2007: una reducción de la cantidad donada por los países más ricos (EEUU, Reino Unido, Francia y Japón) y un aumento de las donaciones procedentes de otros países, en particular España (50% de aumento en la cantidad de la ayuda).

b. Porcentaje de países cuya contribución a la ayuda para salud alcanza el 20%

Los ODM otorgan una gran prioridad a la salud dedicándole tres de los ocho objetivos. Sería de esperar que esta prioridad fuera respetada por la AOD y el porcentaje destinado a salud alcanzase el 20%. Las cifras del CAD recogidas en el informe "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria"⁽¹⁾ indican que el porcentaje de AOD distribuible destinado por los miembros del CAD a salud en 2006 alcanza el 15,20%, casi el doble del porcentaje que se destinaba en el año 2000. Este dato supone un aumento muy considerable del peso que el conjunto de donantes otorga al sector salud, pero no alcanza el 20% deseado. Hay que señalar que, en el caso de España, el peso de la salud en el conjunto de la cooperación española ha descendido tres puntos (del 15,6% al 12,6%) en el mismo intervalo (2000-2006).

Este descenso porcentual, según los autores del informe, puede atribuirse a los sucesivos incrementos de AOD que la cooperación española viene realizando en los últimos años y que han supuesto que, si bien en términos absolutos la ayuda en salud sigue incrementándose, no lo ha hecho en las cantidades necesarias para mantener y aumentar su peso y porcentaje en el conjunto de la cooperación española.

En conclusión, estos datos muestran que, si aceptamos los ODM como paradigma de la equidad, ni los países analizados por el CAD, ni mucho menos España, están colaborando en su justa medida para favorecer que la AOD promueva la equidad en salud en los países receptores.

c. Distribución geográfica de la ayuda

- **Distribución geográfica de la ayuda según el nivel de renta de los países**

Dada la relación directa entre pobreza y salud, parece lógico que sean los Países Menos Adelantados (PMA) y los de Renta Baja quienes reciban la mayor cantidad de ayuda de la cooperación internacional. En este sentido, el porcentaje medio de los países del CAD (17,5% - España 9,6%) está muy por debajo de lo esperado. Pero, además, existen grandes desequilibrios en el destino de la ayuda para salud. Así, países con comparable nivel de pobreza y similares necesidades sanitarias reciben muy diferentes cantidades de ayuda. Por ejemplo un habitante de Zambia recibe anualmente 20\$ en ayuda mientras que uno del Chad sólo 1,59\$⁽⁷⁾.

- **Distribución geográfica de la ayuda por continentes y regiones**

Por regiones, África es el continente que más PMA concentra. Por tanto, la AOD en salud debería ir dirigida en prioridad a ese continente. Sin embargo, esto no se cumple (45,3% de UE; 35,8% del CAD). En el caso de España (37,9%), hay que tener en cuenta la cooperación que se viene realizando con los países del norte de África (6,3%), especialmente con Marruecos, país que no es un PMA por lo que el porcentaje es todavía menor. La razón de esta inequidad en el reparto la podemos encontrar en la vinculación histórica o, más recientemente, económica de los países. Como pasa entre España y América Latina (destino del 32% de la AOD española en salud, frente al 7,4% del CAD y a un 7,9% de la UE) o en el Reino Unido con Asia que recibe el 38,8% de su ayuda en salud.

Como podemos observar, estos indicadores muestran una gran inequidad en la distribución de la ayuda, aunque es necesario resaltar que los países del CAD están haciendo un esfuerzo en los últimos años.

Otro aspecto que también hay que estudiar es la equidad en los sectores de destino de la ayuda. En este sentido nos basaremos en asignación por ODM de salud. Las cifras señaladas en la Declaración de Accra⁽⁷⁾ muestran que la tendencia de la ayuda para estos tres objetivos no sigue un principio de equidad. Así, por ejemplo, el 32% de los nuevos aportes en

ayuda para salud se han hecho en el campo del VIH/SIDA mientras que aspectos como la lucha contra la mortalidad maternal, que promueven un enfoque a largo plazo y un refuerzo de los sistemas de salud, siguen infrafinanciados.

La distribución geográfica actual de la ayuda para el desarrollo en salud no cumple los criterios de equidad: Ni se dirige en su mayor parte a los países con mayores necesidades sanitarias, ni su distribución es equitativa entre dichos países. Además, la ayuda está más enfocada hacia problemas concretos (como el VIH/SIDA) que a reforzar los sistemas de salud.

B. Fundaciones privadas, empresas y bancos

Las fundaciones privadas (Rockefeller Foundation, the Wellcome Trust, the Ford Foundation, Aga Khan Foundation, etc.) siempre han sido importantes actores en el sector de la ayuda para la salud. Sin embargo, la aparición de la Fundación Bill y Melinda Gates ha hecho que el peso de las donaciones filantrópicas en la ayuda al desarrollo, sobre todo en el sector salud, lleguen a unas cifras nunca antes alcanzadas. Se estima que la cantidad total donada por este tipo de fundaciones alcanzó 1.600 millones de dólares en 2006⁽²⁾. Es difícil analizar si entre los objetivos de estas donaciones la equidad es uno de los más importantes, sobre todo teniendo en cuenta que, en muchos casos, estas fundaciones están asociadas a empresas y bancos y sus acciones van acompañadas de campañas de publicidad de empresas que, en ocasiones, no tienen integrados plenamente programas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC).

Un aspecto interesante a estudiar son las donaciones de las empresas farmacéuticas ya que son las empresas donantes más importantes^a. Sin embargo, si tenemos en cuenta la existencia de las patentes farmacéuticas, que hacen que muchos medicamentos sigan siendo inasequibles para las personas con menos recursos, estas donaciones pueden ser útiles para lavar las conciencias de las empresas farmacéuticas, pero no un medio eficiente para reducir la inequidad ni en el acceso a los medicamentos ni en la salud en general.

C. Público en general

La población general contribuye a la financiación de la cooperación al desarrollo de dos maneras: la más importante es indirectamente a través del pago de impuestos y, en mucha menor cantidad, directamente con aportaciones a ONG y por medio de las remesas de los inmigrantes. No hay datos fiables sobre la cantidad de dinero donada a las ONG aunque si se sabe que en temas de salud, en la mayoría de los casos, son puntuales y suelen responder a situaciones de emergencia: en respuesta al Tsunami se recogieron 5.000 millones de dólares provenientes de la población.

a Una encuesta realizada a la Federación Internacional de Empresas Farmacéuticas mostró que la contribución de estas empresas en relación a los Objetivos del Milenio en 2006 alcanzó los 1.900 millones de dólares. Estas donaciones incluían el coste de las medicinas y materiales donadas, de las medicinas y materiales vendidos al coste, el dinero en metálico, las atenciones sanitarias y las formaciones realizadas. D. McCoy 2009⁽²⁾.

Estas donaciones son muy loables ya que, en la mayoría de los casos, son anónimas, proceden de un sentimiento de solidaridad con poblaciones que se encuentran en una situación crítica y no buscan publicidad. Pero el hecho de que sean esporádicas y responden más a un patrón de ayuda puntual a poblaciones que se encuentran en circunstancias especialmente adversas, nos plantea la ausencia de una concienciación pública sobre la responsabilidad que tiene la ciudadanía en la reducción de las inequidades.

Sin embargo, la aparición de nuevas formas de donación adicionales y voluntarias, como las contribuciones voluntarias de solidaridad, por ejemplo, la tasa voluntaria de dos dólares para financiar a UNITAID al comprar un billete de avión, puede acabar con este estereotipo.

3.1 Instituciones gestoras e instituciones ejecutoras de la ayuda

A. Agencias bilaterales

Casi dos tercios de los desembolsos de AOD para salud de los países miembros del CAD en 2006 fueron realizados bilateralmente* (España destina el 41,63% de la AOD a ayuda bilateral⁽¹⁾). Mucha de esta cooperación bilateral es gestionada a través de las agencias de cooperación al desarrollo (AECID en España, AFD en Francia, USAID en EEUU, DFID en Reino Unido, etc.). Los principales gobiernos donantes de ayuda para sa-

a La proporción de estos desembolsos vía bilateral de los países no estudiados por el CAD es todavía más grande. D. McCoy, 2009⁽²⁾.

lud son los EEUU (4.190 millones de dólares) y el Reino Unido (1.620 millones de dólares). España destinó en 2007, en este concepto, alrededor de 150 millones de dólares⁽¹⁾.

Como ya hemos comentado anteriormente, a pesar de los esfuerzos para hacer de la equidad el principio rector de estas contribuciones, factores como las relaciones entre metrópolis y antiguas colonias o con los donantes continúan siendo determinantes en la selección de los países receptores de ayuda, lo cual se ve más claramente cuando analizamos el destino de la ayuda bilateral^b.

Los factores que más influyen en la selección del destino de la ayuda bilateral son los intereses del país donante más que las necesidades de los países receptores.

Powell & Bird, 2009⁽⁸⁾

B. Organizaciones intergubernamentales

La mayoría de AOD para salud de los países miembros del CAD es distribuida de forma multilateral, principalmente a través de dos organizaciones intergubernamentales: el Banco Mundial y la Comisión Europea.

b Según Powell (2009) los factores que más influyen en la selección del destino de la ayuda bilateral son los intereses del país donante más que las necesidades de los países receptores. Sin embargo, el destino de la ayuda multilateral sigue más los criterios basados en las necesidades de los receptores y no tanto los intereses estratégicos de los países donantes. R. Powell y G. Bird.⁽⁸⁾

El Banco Mundial y la CE la distribuye en su inmensa mayoría por medio de subvenciones y préstamos a los países receptores y sus fondos provienen fundamentalmente de los presupuestos de los países donantes.

Según un estudio realizado por Bob Baulch⁽⁹⁾ en 2006, comparando el destino de la ayuda en salud con los países de mayor mortalidad infantil, el Banco Mundial es quien mejor se comporta en relación con la equidad, ya que sus subvenciones y préstamos van destinados en su mayoría a países de África subsahariana y a la India, países con altísima mortalidad infantil. Por el contrario una parte importante de la ayuda de la UE se centra en países de Europa del Este y Norte de África que son, en su mayoría, países de renta media con menor incidencia de mortalidad infantil.

C. Agencias multilaterales

Las agencias de Naciones Unidas con mandato para ejecutar proyectos de salud son la categoría más importante de este grupo. Hay tres agencias claves: la OMS, UNICEF y ONUSIDA^a. En 2008, la OMS tuvo un

a ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Entre los copatrocinadores se encuentran el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de Emergencia de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

presupuesto de alrededor de 4.200 millones de dólares (3.300 millones en 2007). UNICEF destina parte de su presupuesto específicamente a salud. En el año 2006-2007, ONUSIDA gastó 292 millones de dólares en salud de los cuales, una parte importante, 120,7 millones, fue a través de donaciones o programas comunes con sus co-patrocinadores.

Las agencias inter-gubernamentales, como la OMS y UNICEF, tienden a ser financiadas principalmente por los gobiernos. Sin embargo, fundaciones privadas y los Parteneriados Público-Privados (PPP) son también una parte importante de la financiación de estas agencias, especialmente de la OMS. En 2006, la Fundación privada Bill y Melinda Gates fue el tercer mayor donante de la OMS⁽¹⁰⁾. UNICEF recibe también financiación no gubernamental: en 2006, el 28,8% de las donaciones para UNICEF fueron de origen privado, en su mayoría a través de los comités nacionales.

Por otro lado, a la vez que son receptores de ayuda, la OMS y UNICEF también financian a otras organizaciones. Por ejemplo, la OMS financia una considerable cantidad de trabajo de investigación desarrollado por institutos de investigación y universidades.

En cuestión de equidad, las grandes agencias multinacionales tienen un enfoque geográfico no influenciado por las relaciones históricas de los países lo que ayuda a la equidad de sus intervenciones, además de que el carácter multinacional de su financiación les permite ser, teóricamente, más independientes

de las influencias políticas. Su carácter de donantes a ONG locales, más conocedoras del terreno y, por lo tanto, con más oportunidades para mejorar la salud de los más excluidos, así como las inversiones en investigaciones médicas, apoyo a facultades de medicina y asistencia técnica a Ministerios de Salud, sería en principio más eficaz para lograr la reducción de la inequidad en salud. Sin embargo, este enfoque ONG es minoritario y su alto grado de burocratización (y en muchos casos su nivel de politización a nivel de órganos dirigentes) bloquea la implantación de programas y el acercamiento a los grupos más necesitados. Numerosas críticas han surgido también a raíz de la imposición de enfoques generalistas similares para varios países, sin tener en cuenta las características propias de cada país de intervención ni las estrategias de las políticas nacionales de los países receptores.

D. Partenariados (alianzas) público-privados (PPP)⁽¹¹⁾

En la última década han aparecido varias iniciativas de PPP (hay alrededor de 100), cuyo objetivo es dar una respuesta coordinada a enfermedades puntuales prioritarias para los ODM como la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA. Sus intervenciones son muy variadas: provisión de servicios, medicamentos, vacunas, investigación, etc. Lo característico de estos partenariados es que gestionan donaciones del sector privado, de fundaciones filantrópicas, de la sociedad civil y de los gobiernos (por ejemplo: España distribuye el 64% de la AOD por esta vía, aprox. 82 millones de euros)⁽¹¹⁾.

La equidad en el acceso a los servicios de salud figura entre los objetivos primordiales de los partenariados públicos-privados. La aparición de los PPP ha tenido efectos positivos sobre la equidad, especialmente en salud, debido a:

- Tienen un claro componente multilateral.
- La ayuda, en su mayoría, va destinada a salud.
- Han logrado que muchos países alcancen compromisos de ayuda.

Así por ejemplo, entre los logros de estos partenariados se encuentra:

- La mejora del acceso a vacunas y medicamentos
- La introducción de medidas de equidad de género en sus programas y actividades
- La gratuidad de los servicios que financian.

Sin embargo, el hecho de que la mayoría de ellos tenga un enfoque de programa vertical y basado en los resultados ha dado lugar a numerosas críticas⁽¹¹⁾. Por otro lado, la importante participación de los gobiernos en su financiación hace surgir preguntas sobre si se tratan en realidad de fondos adicionales para salud o son los mismos fondos gestionados a través de otras manos. Además, el alineamiento con las estructuras y la planificación sanitaria de los países receptores es dudoso, ya que estos fondos precisan de una metodología de gestión que requiere un grado de sofisticación elevado y diferente del habitual. Asimismo, estos programas suelen apropiarse de los mejores recursos humanos de los países, debilitando aun más los sistemas sanitarios.

E. ONG (Organizaciones no gubernamentales)

Las ONG⁽¹²⁾ que trabajan en salud engloban a una categoría muy amplia de organizaciones que realizan numerosas tareas: formación, prestación de servicios, sensibilización, denuncia, presión política, etc. En algunos casos, su objetivo principal es la cooperación al desarrollo en salud (medicusmundi, Médicos del Mundo, Prosalud) y en otros, la ayuda humanitaria en salud (Médicos sin Fronteras).

Las ONG son los mayores receptores de las donaciones hechas individualmente, aunque también reciben fondos públicos y de fundaciones privadas. En un estudio realizado en 2008 por una comisión común formada por miembros de la OCDE y el CAD muestra que, en 2006, las ONG recibieron en AOD 2.037⁽¹³⁾ millones de dólares en fondos de los que alrededor de un 20% (entre 400 y 500 millones de dólares) fueron destinados a proyectos de salud. La procedencia de esos fondos en algunos países (España, EEUU, países nórdicos) es mayormente pública mientras que en otros (Reino Unido) es sobre todo privada.

La ventaja de las ONG es que, al trabajar directamente en el terreno y, siempre y cuando hayan hecho un análisis previo y busquen las sinergias con las intervenciones de los otros actores, consiguen un mayor impacto y por lo tanto, un mayor grado de equidad en salud en las poblaciones con las que trabajan. La fuerte dependencia de las subvenciones públicas de muchas de ellas, que las fuerzan a estar sujetas a las prioridades geográficas y de sector impuestas por

los gobiernos, puede hacer levantar dudas sobre su independencia a la hora de decidir dónde intervenir. Sin embargo, este hecho debería hacer que estas mismas ONG forzaran un cambio de criterios en estas prioridades, promoviendo el trabajo en países más necesitados aunque menos ligados históricamente a los Estados donantes.

Conclusión

En la descripción que hemos hecho de los actores hay uno que falta, son los países receptores de la ayuda. La razón de esta desaparición en nuestra clasificación no es casual. Ni la opinión de la población de estos países ni la de sus dirigentes ha sido tenida en cuenta en los continuos cambios de estrategias de la ayuda en el sector de la salud realizadas durante los últimos 40 años. Como exponen Périn y Attaran⁽³⁾, ha faltado diálogo con los países receptores de forma que mientras las estrategias han ido evolucionando con el tiempo, no lo han hecho de acuerdo a las necesidades de los países receptores. El 60% de la mortalidad sigue asociada a problemas conocidos desde los inicios de la cooperación sanitaria como infecciones gastrointestinales y respiratorias agudas, malaria, procesos relacionados con la maternidad, etc. En realidad, los cambios de las estrategias, opinan estos autores, han respondido a los cambios sociales, económicos y políticos ocurridos en los países donantes.

Los ODM podrían haber sido una gran oportunidad para dar un salto adelante y hacer de la equidad en salud (que ya era un objetivo de la cooperación sani-

taria en los años 70) un principio real y un verdadero instrumento de mejora de la salud de los países y personas con menos recursos. El marco era el idóneo. Por primera vez existiría una estrategia real, aprobada por todos los países del mundo, que fijaba unas prioridades que respondían en su conjunto a las necesidades de las personas más desfavorecidas y que integraban los diferentes enfoques que se han enfrentado a lo largo de la historia de la cooperación sanitaria (enfoque vertical vs. enfoque horizontal; salud pública vs. salud privada; la persona vs. la economía; etc.).

Sin embargo, los resultados de los ODM relacionados con la salud en 2009⁽¹⁴⁾ (a sólo 5 años de la fecha límite, 2015) no son los deseados. Así, aunque el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo alcanzó su nivel máximo en 1996 y desde entonces ha ido disminuyendo hasta 2,7 millones en el 2007 (ODM 6), principalmente en algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana y la tasa de mortalidad de menores de cinco años (ODM 4) disminuyó desde 103‰ en 1990 hasta 74‰ en el 2007, todavía hay muchos países, en particular del África subsahariana y Asia meridional, donde se ha registrado poco o incluso ningún progreso. Pero lo que debería causarnos auténtico bochorno es el número de muertes asociadas a la maternidad (ODM 5) que sigue siendo inadmisiblemente alto: de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos reportadas en 1990 se ha pasado a 450/100.000 en 2005, es decir, la mortalidad apenas ha variado en quince años. La mitad de la mortalidad maternal mundial (265.000 muertes) está concentrada en África subsahariana.

Como podemos observar, alcanzar las metas propuestas en los ODM está muy lejos de conseguirse al ritmo actual por lo que, si queremos lograrlas, será preciso un mayor esfuerzo de los diferentes actores; no perder de vista la necesidad de reforzar los deteriorados sistemas de salud; trabajar sinérgicamente con, y no al margen de, las políticas nacionales de salud para alcanzar logros reales y sostenibles incorporando enfoques integrales y la práctica la equidad en sus principios rectores de trabajo.

En muchos países receptores se están poniendo en marcha estrategias aceleradas para mejorar los indicadores de los ODM que, aunque demuestran que existe una voluntad de incrementar la ayuda, focalizándola en aquellas actividades que han demostrado contribuir con mayor rapidez a lograr los ODM, en ocasiones se están implementando con precipitación, no tienen en cuenta los recursos reales de los países y están más dirigidas a intentar cumplir los indicadores que a reforzar los sistemas sanitarios. Las estrategias deberían plantearse de forma que perdurasen mucho más allá del 2015, fortaleciendo los sistemas de salud y, especialmente, sus recursos humanos, para que los logros obtenidos fueran sostenibles y se incrementaran con el tiempo.

¿Seremos capaces de hacer este esfuerzo? De la respuesta a esta pregunta dependen la salud y la vida de millones de personas en los próximos años.

Bibliografía

- 1 Medici mundi, Prosalus y Médicos del Mundo. **La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2008**. Disponible en www.medicusmundi.es. Consultado el 10 de diciembre de 2009.
- 2 D. McCoy, S. Chand, y D. Sridhar. **Global Health Funding: How much, where it comes and where it goes**. Health Policy and Planning. 2009; 24(6):407-417. doi:10.1093/heapol/czp026. <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/czp026> (consultado el 23 de diciembre 2009).
- 3 Ines Périn I. y Amir Attaran. **Trading Ideology for Dialogue: An Opportunity to Fix International aid for Health?** Lancet 2003; 361: 1216-1219.
- 4 C. Merlin y P. Chevalier. **L'Humanitaire: ses exigences, ses enjeux**. Med Trop. 2002; 62: 349-354. www.revuemedecinotropicale.com/349-354_-_IN_-_Merlin.pdf. Consultado el 7 de diciembre de 2009.
- 5 Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2008**.
- 6 OCDE. **Coopération pour le développement. Rapport 2009**. Revue de l'OCDE sur le développement. 2009; 10/1. Éditions OCDE.
- 7 Tercer Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. 2-4 Septiembre, 2009. Accra (Ghana). <http://www.accrahlif.net/WBSITE/EXTERNAL/ACCRAEXT/0,,menuPK:64861886~pagePK:4705384~piPK:4705403~theSitePK:4700791,00.html>. Consultado el 20 diciembre 2009.
- 8 Robert Powell y Graham Bird. **Aid and Debt Relief in Africa: Have They Been Substitutes or Complements?** World Dev. (Artículo en prensa). doi:10.1016/j.worlddev.2009.06.005.
- 9 Bob Baulch. **Aid Distribution and the MDGs**. World Dev. 2006; 34 (6): 933-950.
- 10 People's Health Movement, Medact y Global Equity Gauge Alliance (2008). **Global Health Watch 2: An alternative world health report**. 2008. Zed Books. Disponible en www.ghwatch.org. Consultado el 13 de enero de 2010.
- 11 World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. **An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems**. Lancet. 2009; 373: 2137-2169. doi:10.1016/S0140-6736(09)60919-3.
- 12 Helen Yanacopulos (2008). **Health Systems. NGOs (Nongovernmental Organizations)**. En Stella Quah y Kristian Heggenhougen: International Encyclopaedia of Public Health. Elsevier Press. Pág. 536-542.
- 13 OCDE. **Coopération pour le développement. Rapport 2009**. Vol. 10/1.
- 14 Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2009.



medicusmundi
andalucía

Granada:

C/ José Tamayo (antigua Ctra. de Huétor Vega), 12.
Edif. Puerto Lápice, local.
18008 Granada.

Tel.: 958 13 50 70. Fax: 958 13 83 38.

E-mail: andalucia@medicusmundi.es

www.medicusmundi.es/andalucia

Málaga:

C/ Bolivia, 63. 29017 Málaga.

Tel.: 952 29 95 19.

andalucia.malaga@medicusmundi.es



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA



Unicaja
Obra Social