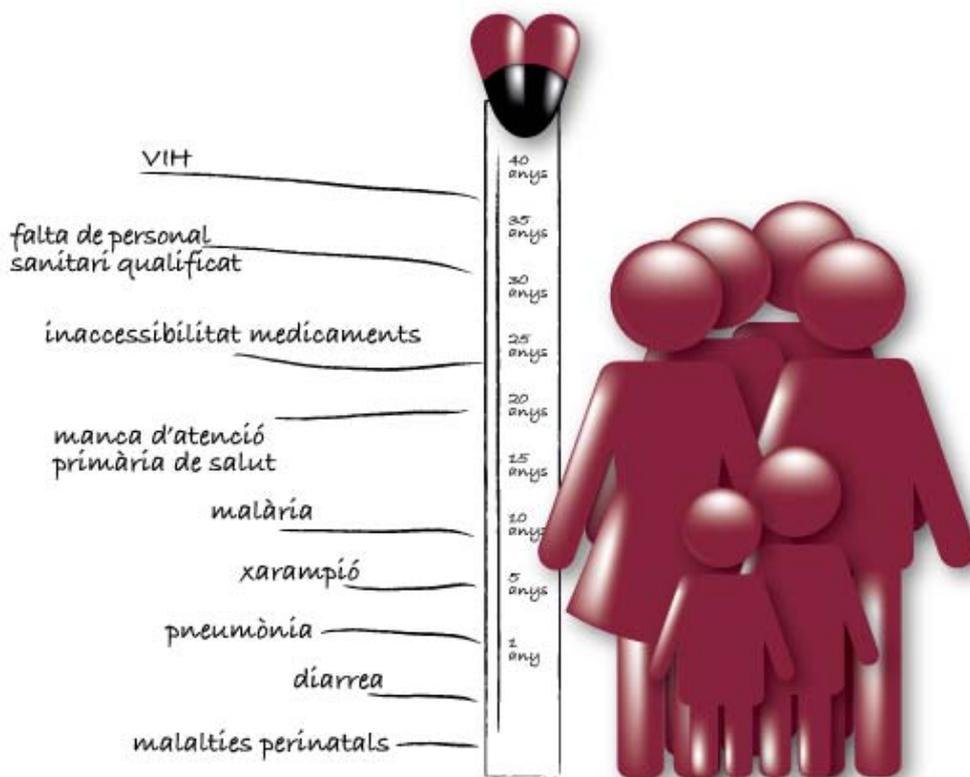


MUERTES EVITABLES

DOSSIER DE CONTENIDOS



Campaña organizada por:

Con el apoyo de:



ÍNDICE

	Página
Presentación	
▪ El porqué de la campaña	3
La Salud como derecho humano	
▪ Los derechos humanos	4
▪ Evolución de los derechos humanos	5
▪ Criterios para evaluar el derecho a la salud	5
El dilema de los países con renta baja	
▪ Principio de realización progresiva	6
▪ Obligaciones básicas en el derecho a la salud	8
▪ Responsabilidad global	8
Salud, pobreza y desarrollo	10
Salud y Ayuda Oficial al Desarrollo	
▪ Cooperación internacional. Cantidad y calidad	13
▪ Cooperación catalana	16
Los retos para la salud en los países en vías de desarrollo	18
Muertes evitables	
▪ Muertes evitables	19
▪ Causas de las muertes evitables	19
▪ Estrategias para evitar estas muertes	25
▪ Referencias	30
Y tu, ¿qué puedes hacer?	
▪ Y tu, ¿qué puedes hacer?	33
▪ Formulario de apoyo a la campaña	33
Consejo Asesor	34
Contacto	35
Glosario	36

PRESENTACIÓN

Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya, con el apoyo de la Agencia Catalana de Cooperación a Desarrollo, estamos llevando a cabo la campaña de sensibilización "**Salud para el desarrollo**" que pretende dar a conocer la vinculación entre derecho humano y salud, y salud y desarrollo, para contribuir, a medio plazo, a mejorar la cooperación sanitaria que se realiza desde Cataluña.

Analizaremos la situación de desigualdad en la salud, así como los avances o retrocesos que han tenido ocurrido en los últimos años y elaboraremos propuestas de mejora basándonos en 3 temas concretos:

- **Año 2008. Acceso a los medicamentos**
- **Año 2009. Condicionantes de género en el acceso a la salud**
- **Año 2010. Muertes evitables**

Estos temas están interrelacionados entre sí y se complementan. Así por ejemplo muchas muertes evitables se deben a la falta de acceso a los medicamentos y la falta de acceso a la educación limita las capacidades de las niñas, incrementando su vulnerabilidad en el futuro. Esta campaña va dirigida a la población catalana en general, aunque ciertas actividades se dirigen especialmente al público universitario, sanitario y de la cooperación.

El porque de la campaña

Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya trabajamos conjuntamente, desde hace años, en el campo de la educación para el desarrollo con campañas donde la salud en los países en vías de desarrollo (PVD) es el eje principal. Concretamente, la última campaña, "La Salud en el Milenio: una firma pendiente" ha servido de reflexión a ambas organizaciones sobre el objetivo final que deben perseguir las políticas sanitarias desde los PVD y cabeza a los PVD.

Entendemos que estas políticas no se deben limitar al cumplimiento de unos objetivos más o menos realistas sino que, por encima de ellos, hay una realidad latente: **la salud es un derecho y, por lo tanto, los Estados están**

obligados, en función de sus posibilidades, a proporcionarlo a sus ciudadanos y ciudadanas en adelante y, sin duda, más allá del 2015.

Las dos ONGD proponemos la campaña "Salud para el desarrollo" con la intención de poner de manifiesto la situación sanitaria actual a los PVD, enmarcando la salud en el contexto de los derechos humanos y como elemento indispensable para el desarrollo de los pueblos.

Somos conscientes de que, en ocasiones, los mensajes sobre la salud a los PVD que desde las ONGD hemos dado a la opinión pública, han sido excesivamente negativos. Tanto que, a duras penas, dejaban lugar a la esperanza de poder transformar la realidad de los PVD. Por esto, en esta campaña nos proponemos recoger aquellas iniciativas en favor de la salud a los PVD que hayan resultado exitosas por demostrar que el cambio sí que es posible cuando se toman las medidas adecuadas.

Reconocemos que Cataluña y la cooperación catalana han sido pioneras en su ámbito de actuación territorial en la puesta en marcha de mecanismos de trabajo en materia de salud y PVD. Prueba de esto son el apoyo a instituciones internacionales (Global Fund), el fortalecimiento de los sistemas públicos sanitarios de forma directa (Mozambique), la creación de un sistema de respuesta rápida ante de las crisis humanitarias (Comité de Emergencia) o el apoyo a la investigación en enfermedades prevalentes en los PVD (Centro de Búsqueda de Salud Internacional de Barcelona (CRESIB)).

Sin embargo, consideramos que, por una parte, todavía existe un gran desconocimiento de buena parte de la población catalana sobre las vinculaciones existentes entre derechos humanos y salud y entre esta y el desarrollo, y por la otra, que todavía existen numerosos aspectos de la cooperación sanitaria que se realiza desde Cataluña que pueden ser mejorables, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Para Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya, el derecho a la salud, además de ser uno de los derechos fundamentales de la persona, es un medio para conseguir la erradicación de la pobreza y el desarrollo humano.

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

Los derechos humanos

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”
Párrafo 1. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Sin lugar a dudas, la vida es el bien más preciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y más básico de todos los derechos humanos reconocidos. También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos.

Evolución de los derechos humanos

Una multitud de acuerdos, convenios y declaraciones internacionales y regionales han reconocido la salud como derecho humano. Hoy en día no hay un sólo Estado que no haya firmado al menos un tratado que reconoce tal derecho.

Por lo que respecta a la salud, hasta la aparición de la Organización **Mundial de la Salud (OMS)** en 1946, la salud no pasó de ser un concepto negativo, limitado y puramente patológico: “la ausencia de enfermedad”, a un concepto positivo, ilimitado y a la vez multidimensional: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social”.

Dos años después, en 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la **Declaración Universal de los Derechos**

Humanos como marco de referencia para el establecimiento de las políticas de todos los estados de la tierra, independientemente de su estatus económico, cultural, político, geográfico o de cualquier otra índole.

Figura 1. Tratados internacionales vinculados a la salud y los derechos humanos

Año	Acuerdo, Tratado, Convenio o Declaración
1946	Constitución de la OMS
1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos
1961	Carta Social Europea, revisada en 1996
1963	Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial
1966	Pacto Internacional por los Derechos Económicos Sociales Culturales. PIDESC
1978	Declaración de Alma – Ata
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
1981	Carta Africana de DH y de los Pueblos
1986	Declaración sobre el Derecho al Desarrollo
1988	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales
1989	Convención sobre los derechos del niño
1992	Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas
1995	Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social
1993	Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena
1994	Carta Árabe de Derechos Humanos
1998	Declaración Mundial de la salud
2000	Declaración del Milenio
2001	Declaración de Doha

Sin embargo, cuando los Estados estuvieron listos para dar a la Declaración un carácter vinculante la guerra fría ya había relegado los derechos humanos a un segundo plano y los había separado en dos categorías: derechos civiles y políticos por una parte y derechos sociales y económicos por otra. Según la visión de cada uno de los bloques enfrentados unos derechos adquirirían mayor prioridad frente a los otros y, de ahí que finalmente en 1966 se crearan dos tratados distintos: **el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** y **el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)**. Ambos tratados son vinculantes para los estados que los ratifican.

El PIDESC contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párrafo 1 de su artículo 12 los Estados Partes *“reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, mientras que en el párrafo 2 de ese mismo artículo se enumeran algunas medidas *(La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños y niñas; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio*

ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad) para alcanzar la efectividad de ese derecho.

El Comité encargado de velar por el cumplimiento del PIDESC reunido en mayo de 2000 adoptó la Observación General 14, que pone de manifiesto la estrecha relación existente entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales, así como los principales derechos de los individuos y obligaciones de los Estados que lo ratifican.

Criterios para evaluar el derecho a la salud

La *disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad* son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y serán los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud en un contexto determinado según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
El Estado deberá disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. También se incluye el personal médico, capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos definidos en el listado de medicamentos esenciales del país.	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos los grupos de población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, las personas mayores, las personas discapacitadas y las personas con VIH/SIDA. Además, la accesibilidad presenta pues cuatro dimensiones superpuestas: <ul style="list-style-type: none"> - No discriminación - Accesibilidad física - Accesibilidad económica (asequibles) - Acceso a la información 	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género, además de estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Obligaciones de los estados

Por lo que a las obligaciones nacionales de los estados, el Comité establece 5 obligaciones generales y 3 obligaciones específicas.

Obligaciones generales: hacen referencia a garantizar que el derecho a la salud sea gozado sin discriminaciones y a tomar medidas que contribuyan a lo que se llama realización progresiva del derecho a la salud (ver siguiente apartado).

Obligaciones específicas: respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. Obligan a que los Estados no violen el derecho a la salud, que eviten que terceros interfieran en la garantía de este derecho y que adopten las políticas y leyes necesarias para el ejercicio del derecho a la salud.

Para integrar los derechos humanos en las cuestiones de salud, se debe:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que tengan relación con la salud.

Estas tres tareas sintetizan lo que entendemos por *enfoque de la salud basado en los derechos humanos*. Hasta octubre de 2005, 151 países habían ratificado el PIDESC, aceptando la obligación de cumplir con los derechos económicos, sociales y culturales de sus pueblos y, entre ellos, con el derecho a la salud.

Si los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son, a menudo, violados o pasados por alto en los Estados medianamente capacitados, ¿qué se puede exigir a aquellos Estados económicamente débiles que han firmado el pacto?

EL DILEMA DE LOS PAÍSES DE RENTA BAJA

Principio de realización progresiva

El derecho a la salud está regido por el *principio de realización progresiva* en la legislación internacional. Este principio impone la obligación de obrar de la manera más diligente y eficaz posible para alcanzar el objetivo de acceso a la salud para todos. Por consiguiente, se aplica tanto para los países con renta baja como para aquellos con gran capacidad económica, en la medida que se reconocen las limitaciones relacionadas con los recursos disponibles, pero exigiendo que todos los países traten de hacer progresos de forma continua con el objetivo de la efectividad total de los derechos.

La realización progresiva del derecho a la salud no priva de contenido ni resta importancia a las obligaciones de los Estados. Al contrario, la realización progresiva significa que los Estados tienen la obligación de avanzar clara y eficazmente hacia la plena realización del derecho. Por tanto, la evaluación a los Estados deberá hacerse en función de los avances o retrocesos en materia de derechos sanitarios, más que como una fotografía sobre un momento y lugar puntuales, y sobre los esfuerzos del gobierno para garantizar el derecho a la salud en función de la capacidad existente.

La falta de capacidad en sí misma no es una justificación para que las políticas de salud sean malas o inexistentes. Los gobiernos pueden tomar muchas medidas que no requieren de amplios recursos. Por otra parte, la falta de recursos es algunas veces, resultado de la falta de priorización, cuando los gobiernos gastan grandes cantidades en asuntos diferentes a la salud, como gastos militares, y ni siquiera porcentualmente se alcanza un mínimo adecuado.

En la Declaración de Abuja del año 2000, 47 Estados africanos se comprometieron a destinar el 15% del gasto público en salud con el objetivo de mejorar la salud de sus ciudadanos y

ciudadanas. Resulta evidente que tal promesa no está siendo cumplida por los gobiernos. En este sentido, se puede afirmar que los gobiernos

pueden hacer más de lo que están haciendo para garantizar el derecho a la salud

Figura 2. Prioridades de gasto público en países con bajo y alto Índice de Desarrollo Humano. Informe sobre Desarrollo Humano 2007.

Classificació segons el IDH	Despesa pública en salut (% del PIB)	Despesa pública en educació (% del PIB)		Despesa militar a (% del PIB)		Total servei del deute (% del PIB)	
		2003-04	1991	2002-05 ^c	1990	2005	1990	2005
DESENVOLUPAMENT HUMÀ ALT							
1 Islàndia	8,3	..	8,1	0,0	0,0	..	-
2 Noruega	8,1	7,1	7,7	2,9	1,7	..	-
3 Austràlia	6,5	4,9	4,7	2,0	1,8	..	..
4 Canadà	6,8	6,5	5,2	2,0	1,1	..	..
5 Irlanda	5,7	5,0	4,8	1,3	0,6	..	..
6 Suècia	7,7	7,1	7,4	2,6	1,5	..	..
7 Suïssa	6,7	5,3	6,0	1,8	1,0	..	..
8 Japó	6,3	..	3,6	0,9	1,0	..	..
9 Països Baixos	5,7	5,6	5,4	2,5	1,5	..	..
10 França	8,2	5,5	5,9	3,4	2,5	..	..
11 Finlàndia	5,7	6,5	6,5	1,6	1,4	..	..
12 Estats Units	6,9	5,1	5,9	5,3	4,1	..	..
13 Espanya	5,7	4,1	4,3	1,8	1,1	..	..
14 Dinamarca	7,1	6,9	8,5	2,0	1,8	..	..
15 Àustria	7,8	5,3	5,5	1,2	0,9	..	..
16 Regne Unit	7,0	4,8	5,4	3,9	2,7	..	..
17 Bèlgica	6,9	5,0	6,1	2,4	1,1	..	..
18 Luxemburg	7,2	3,0	3,6 ^{4*}	0,9	0,8	..	..
19 Nova Zelanda	6,5	6,1	6,5	1,9	1,0	..	-
20 Itàlia	6,5	3,0	4,7	2,1	1,9	..	..
DESENVOLUPAMENT HUMÀ BAIX	2003-04^e	1991^d	2002-04^e	1990	2004	1990	2004
160 Guinea	0,7	2,0	2,0	2,4 ^g	2,0*	6,0	4,9
161 Ruanda	4,3	..	3,8	3,7	2,9	0,8	1,1
162 Angola	1,5	..	2,6 ^{4*}	2,7	5,7	3,2	6,8
163 Benín	2,5	..	3,5 ^d	..	..	2,1	1,6
164 Malawi	9,6	3,2	5,8	1,3	0,7*	7,1	4,6
165 Zàmbia	3,4	2,8	2,0	3,7	2,3*	6,1	3,3
166 Costa d'Ivori	0,9	..	4,6 ^{4*}	1,3	1,5*	11,7	2,8
167 Burundi	0,8	3,5	5,1	3,4	6,2	3,7	4,9
169 Etiòpia	2,7	2,4	6,1 ^j	8,5	2,6	2,0	0,8
168 Congo, Rep. Democràtica del	1,1	..	..	..	2,4	3,7	3,0
170 Txad	1,5	1,6	2,1	..	1,0	0,7	1,1
171 República Centreafricana	1,5	2,2	..	1,6 ^g	1,1	2,0	0,4
172 Moçambic	2,7	..	3,7	5,9	0,9	3,2	1,4
173 Mali	3,2	..	4,3	2,1	2,3	2,8	1,7
174 Níger	2,2	3,3	2,3	..	1,2*	4,0	1,1
175 Guinea-Bissau	1,3	..	5,2*	..	4,0	3,5	10,8
176 Burkina Faso	3,3	2,6	4,7	2,7	1,3	1,1	0,9
177 Sierra Leone	1,9	..	3,8 ^d	1,4	1,0	3,3	2,1

c. Les dades es refereixen a l'any més recent disponible durant el període especificat

d. Les dades es refereixen a càlculs nacionals o de l'Institut d'Estadística de la UNESCO.

e. Les dades es refereixen a un any anterior a l'especificat, des de 1999 en endavant.

g. Les dades es refereixen a l'any més proper disponible entre 1991 i 1992.

j. Les dades es refereixen a l'any 2006.

Obligaciones básicas en el derecho a la salud

Por ello, si bien los tratados internacionales reconocen que la obligación de los Estados es de carácter progresivo, también establecen que hay obligaciones básicas de carácter inmediato. Entre estas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- Garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud sobre una base no discriminatoria y equitativa en su distribución.
- Facilitar medicamentos esenciales.
- Asegurar el acceso a una alimentación equilibrada y nutritiva
- Garantizar el acceso a una vivienda, unas condiciones sanitarias básicas y un suministro adecuado de agua limpia potable.
- Adoptar una estrategia sanitaria nacional, periódicamente revisable, participativa y transparente, que permita evaluar los progresos realizados.

El 2005, en la resolución WHA58.34 la OMS instó a los gobiernos a considerar también urgentemente la recomendación que el 1990 había hecho la Comisión de I+D en salud y que establecía que los gobiernos tendrían que dedicar el 2% de sus presupuestos en lo que llama investigación nacional y esencial de salud, u que los donantes tendrían que dedicar el 5% de la ayuda a la salud en investigación y en fortalecimiento de la capacidad de investigación.

Además se hace especial hincapié en la recuperación del espíritu de Alma Ata, en lo referente a la importancia de la Atención Primaria de Salud como eje y referencia para el establecimiento de políticas sanitarias adecuadas al contexto, racionales, aceptadas, participativas y eficaces. De ahí que se establezcan como **ejes prioritarios de los sistemas de salud:**

- Velar por la atención de la salud sexual y reproductiva e infantil.
- Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades prevalentes.
- Ampliar los conocimientos sanitarios de la comunidad a través de la educación y la información relativa a los principales problemas de salud de la comunidad.

- Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

“Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible“

Mary Robinson. Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Responsabilidad global

Sin lugar a dudas acerca de la responsabilidad individual de los Estados en la búsqueda continua de la consecución de los derechos humanos. Sin embargo, en el mundo globalizado que vivimos, el proceso de la mundialización puede afectar a la promoción y la protección de los derechos humanos por encima de fronteras nacionales o geográficas.

En estas circunstancias, pudiera parecer que los propios Estados pierden su capacidad para garantizar los derechos fundamentales de sus ciudadanos, privándoles así su responsabilidad como gobiernos y, por tanto eximiéndoles de su cumplimiento en virtud de los contextos supranacionales.

Entre estas tendencias en el ámbito económico y político cabe destacar la creciente dependencia entre los mercados, la creciente influencia de las instituciones financieras internacionales en la definición de políticas nacionales, los recortes del gasto público para materias como la salud y la educación o la privatización de servicios básicos como el agua o la sanidad.

Estos cambios limitan la capacidad del Estado para proteger a los grupos vulnerables de los efectos negativos de la globalización ya que este fenómeno no se caracteriza precisamente por tener como marco de referencia el respeto a los derechos humanos.

Por ello, en numerosos países han adquirido gran relevancia los grupos de presión que, trabajando solos o en red, vigilan el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los gobiernos, asesoran en materia de firma de

tratados comerciales y políticas económicas y actúan frente a las políticas negativas que se exigen desde instituciones internacionales sin evaluar el daño que las mismas tienen sobre los grupos más vulnerables. **La sociedad civil organizada actúa en estas ocasiones como garante del derecho a la salud frente a las instituciones nacionales e internacionales.**

Por su parte, los **Estados** deben adoptar medidas para que los acuerdos internacionales no afecten adversamente al derecho a la salud. Las **instituciones financieras internacionales** (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y bancos regionales de desarrollo) deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en las decisiones que toman sobre políticas de reducción de la pobreza, acuerdos crediticios y otras medidas.

A esta escala internacional donde debe producirse la cooperación entre Estados, que en la actualidad aparece ya recogida por numerosos instrumentos internacionales. La responsabilidad en este nivel es conjunta y los gobiernos tienen la obligación de apoyarse mutuamente en la implementación del derecho a la salud, ya que finalmente los acuerdos internacionales se firman entre gobiernos y las instituciones internacionales se conforman también a partir de gobiernos.

Sin embargo, es de destacar que la representatividad en las instituciones internacionales resulta a menudo bastante sesgada. A modo de ejemplo baste citar que en el Banco Mundial y el fondo Monetario Internacional el poder de decisión está basado en las contribuciones financieras, lo cual conduce a una representación desigual: mientras los Estados Unidos copan el 17% de los votos en el banco Mundial, 47 países del África Subsahariana apenas copan el 7%.

Si no existe colaboración en este nivel resulta aún más difícil para algunos estados asumir sus obligaciones, complicando así la materialización del derecho a la salud y diluyendo además las responsabilidades sobre su no consecución.

Puede decirse por tanto, que en último término **existen responsabilidades de cada Estado en la consecución del derecho a la salud del resto de Estados, a través de las relaciones que se establecen en política y economía internacional.** Los Estados no pueden desligar este nivel de relación de la llamada “cooperación internacional”, que en el fondo no es sino un concepto habitualmente restringido de la auténtica cooperación para el desarrollo.

Es más, es éste nivel de cooperación el que habitualmente fracasa, haciendo inútiles -o cuando menos tan sólo paliativos- los esfuerzos implementados en la otra línea de “cooperación internacional”.

Por otro lado, la Organización Mundial de la salud tiene ante sí el reto de proteger el derecho a la salud ante aquellas instituciones internacionales que deciden acerca de la economía y el comercio a nivel mundial. Para ello la OMS debe desarrollar salvaguardas con las que los gobiernos puedan afrontar los conflictos de interés que surgen continuamente entre la salud y el beneficio económico. Un buen ejemplo de esto son las asesorías que la OMS realiza en numerosos PVD sobre los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), debido a su vinculación con las patentes y especialmente importantes en lo referente a medicamentos. El fin de estas asesorías es que dichos países conozcan los mecanismos legales para acogerse a las salvaguardas que les permitirán un mejor acceso a los medicamentos.

Sin embargo, agobiada por la deficiencia de recursos básicos debido a los recortes presupuestarios de las Naciones Unidas, la OMS no siempre ha sido capaz de competir con la OMC o el Banco Mundial, que han ejercido una gran influencia sobre las decisiones de política pública de los gobiernos, hasta el punto de diseñar y orientar los sistemas de atención de salud a través de sus reglamentos comerciales, o mediante la introducción de determinados elementos poco acordes con el derecho a la salud en importantes declaraciones internacionales: como la privatización de servicios básicos como el agua o la sanidad o los Programas de Ajuste Estructural basados en la reducción de los presupuestos para salud, educación y bienestar social.

En definitiva, los PVD afrontan la responsabilidad y la obligación de proteger el derecho a la salud dentro de un mundo complejo en el cual la auténtica Cooperación Internacional suele brillar por su ausencia.

SALUD, POBREZA Y DESARROLLO

Situación de pobreza

La lucha contra la pobreza, es sin duda el mayor reto que afronta la humanidad en este siglo. Con un 40% de la población mundial al borde de la pobreza y una quinta parte en una situación tan extrema que amenaza su propia supervivencia, un mundo libre de carencias y temores tal y como ambicionaba la Declaración Universal de los Derechos Humanos es aún una aspiración lejana.

Sin embargo, los gobiernos de todo el mundo han expresado su deseo de erradicar la pobreza. Recientemente, en la Cumbre Mundial del año 2005 los líderes mundiales reiteraron su determinación de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), incluyendo la erradicación de la pobreza y el hambre. El reto ahora es cómo trasladar estos compromisos en acción.

Históricamente se ha ido moldeando por parte de occidente una visión del mundo que definía el grado de civilización de un país según su nivel de producción, o lo que es lo mismo, según su desarrollo económico. De este modo, el “no desarrollo” pasaba a ser pobreza y se traducía en una mera estadística del ingreso per cápita. Bajo esta perspectiva puede decirse que ha imperado la cultura económica sobre lo político, lo social y lo cultural pensando que el mercado satisfaría las necesidades de los individuos de forma eficiente. Sin embargo pronto pudo observarse que el desarrollo no necesariamente debía conllevar un reparto equitativo de la riqueza que generaba y más aún, éste desarrollo no siempre se fundamentaba sobre la sostenibilidad.

Durante la Década de los 80 el premio Nobel de economía Amartya Sen, formuló un nuevo paradigma donde el desarrollo representa la expansión de la libertad para que las personas puedan expresar sus capacidades y potencialidades. La expansión de la libertad es pues el fin primordial y a la vez el medio principal para el desarrollo. Las ideas de Sen han sido asimiladas con gran rapidez por las nuevas corrientes que estudian el desarrollo en

toda su amplitud, calando entre el sistema de Naciones Unidas y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Finalmente, solapándose en ocasiones con la perspectiva de Sen, existe una tercera aproximación al concepto de desarrollo que lo entiende como la realización de los derechos humanos en su plenitud. Si éstos son la máxima expresión de las libertades humanas, el grado de su obtención implica mayor o menor desarrollo.

Estas tres visiones del desarrollo humano aportan visiones distintas pero al mismo tiempo complementarias. La primera perspectiva pone su acento principalmente en el ámbito de la satisfacción de necesidades, en este sentido la mirada se centra en aquello de lo que se carece, favoreciendo las estrategias puramente asistencialistas. La novedad que introduce la perspectiva de las capacidades de Sen se basa justamente en que el acento se pone no en aquello de lo que se carece (necesidades) sino en las posibilidades para ser o hacer (capacidades). Al basarse en libertades también trata de eliminar las barreras que hacen que las personas no puedan optar por la vida que les gustaría llevar. Por último, la visión de los derechos humanos aporta un matiz diferente al marcar un umbral de desarrollo al que todas las personas deberían poder acceder. Este matiz es de gran importancia ya que exige al conjunto de la sociedad el esfuerzo necesario para hacerlo realidad. Poseer un derecho legítima a las personas para poder reivindicar la expansión de las libertades presentes.

Hoy día se considera que el desarrollo es el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y la capacidad humana. Dentro de este nuevo planteamiento, la pobreza no sólo es sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino también de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud. El término pobreza humana hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades (por ejemplo, el acceso físico a la atención de salud). De esta manera, el desarrollo humano refleja además los resultados de esas funciones y capacidades en cuanto se relaciona con los seres humanos. Representa un proceso a la vez que un fin. (PNUD)

A partir de estas tres perspectivas podemos también redefinir el concepto de pobreza. La pobreza no representa sólo una cuestión de ingresos, sino fundamentalmente una cuestión de ser capaz de vivir una vida con dignidad, disfrutando de los derechos humanos y las libertades que de ellos emanan.

El vínculo entre salud, pobreza i desarrollo ha sido interpretado de distintas maneras a lo largo del tiempo y según los diferentes actores. En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de l'OMS, reunida en Alma Ata, declaró que el desarrollo económico i social, basado en un nuevo orden económico internacional, era de importancia fundamental para conseguir un grado máximo de salud para todos y para reducir las desigualdades en materia de salud entre los países en vías de desarrollo y los países desarrollados. Al mismo tiempo, declaraba que la promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido. De esta manera, la pobreza es la causa de mala salud, y la mala salud, a su vez, incrementa la pobreza. Para conseguir un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva, la Declaración de Alma Ata recomienda poner en práctica la estrategia de atención primaria de salud. Esta Declaración establece fuertes vínculos entre salud y desarrollo y considera el acceso a la salud como un objetivo social de extrema importancia, la realización de l cual exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, y no sólo el de salud (agricultura, educación vivienda, comunicaciones, industria,...) y, muy especialmente, la plena participación de todos los individuos y familias de la comunidad en la planificación y aplicación de la atención sanitaria.

A lo largo de las últimas décadas no se han tenido muy en cuenta estas aproximaciones holísticas a la hora de planificar políticas de desarrollo. Los recortes de los servicios básicos, entre ellos la atención sanitaria, han implicado un deterioro en el nivel de vida y de salud de buena parte de la población, en particular de los sectores vulnerables.

En el año 2000 la OMS estableció la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) con el objetivo de ubicar la salud dentro del desarrollo económico global. El resumen del primer informe, liderado por Jeffrey Sachs, determinaba que una mejora en la salud de las personas que viven en la pobreza no sólo es un objetivo perseguible por sí mismo sino que actúa además como un fuerte catalizador para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza en la sociedad. Es decir, que el bien individual se hace común. Además se establecían una serie de relaciones entre la inversión en salud y la capacidad de desarrollo económico. Por ejemplo, la pérdida en términos económicos que representa el VIH en África es del 12% del Producto Interior Bruto del

continente; el desarrollo económico en países libres de malaria es al menos un 1% superior a aquellos en los que la malaria es endémica. Por lo tanto, la salud tiene un papel destacado por sí misma tanto en la teoría del desarrollo humano como en el enfoque de los derechos humanos. Pero también los efectos de la salud sobre la economía, así como los efectos de la pobreza sobre la salud, son muy importantes. Por ejemplo, la malaria constituye la segunda causa de muerte en África subsahariana. Esta enfermedad perjudica a la economía familiar y a la economía de la comunidad local, al afectar a la mano de obra, reducir la eficacia en el trabajo, disminuir la explotación de las tierras y cargar el presupuesto familiar con los costes de la prevención y el tratamiento. La malaria es también a mayor causa del absentismo escolar y se estima que reduce la capacidad de aprendizaje del 35% al 60% en los escolares. Las personas pobres son las más afectadas pues tienen menos acceso a los servicios de salud, a la información y a las medidas de prevención y tratamiento. Por último, la malaria reduce el comercio internacional y el desarrollo de sectores como el turismo.

En la siguiente figura quedan reflejadas algunas de las asociaciones mencionadas en el caso de la malaria, pero que son extensibles para cualquier enfermedad. En general recogen conexiones entre las necesidades humanas básicas y la ausencia de capacidades, libertades y derechos de las personas que pueden degenerar en pobreza. A su vez muestra cómo la pobreza provoca necesidades, disminuye las capacidades y limita las libertades y los derechos.

Figura 3. El círculo vicioso de la pobreza



Tal como recoge el Informe sobre la salud en la región africana de la OMS de 2006, los retos para los gobiernos son enormes y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y las políticas de salud sólo se conseguirán mediante colaboración regional y la cooperación internacional.

SALUD Y AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

En el informe elaborado por la Comisión de Macroeconomía y Salud (CSM) Sachs calculaba que se deberían destinar 57 mil millones de dólares adicionales en 2007 y 94 mil millones en 2015 para lograr los ODM. A pesar de los incrementos presupuestarios que puedan realizar los PVD, la falta de recursos hace que la mayor parte de esos fondos deberán proceder de la ayuda internacional.

En la actualidad se destinan entre 6 y 12 mil millones de dólares de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) a salud. Según la CSM haría falta destinar 27 mil millones para 2007 y 38 mil millones en 2015 para lograr alcanzar los ODM. Estas cifras podrían conseguirse si los donantes alcanzaran a destinar el 0,7% de su PIB para AOD y al menos un 15% de esos fondos fueran para salud.

El papel de la cooperación internacional para resolver los problemas de los países ha sido reconocido por los estados desde el propio nacimiento de las Naciones Unidas. Así, en los artículos 1 y 55 y 56 de la Carta de las Naciones Unidas todos los Estados miembros se comprometen a colaborar y cooperar técnica y económicamente para dar plena efectividad a los derechos de las personas, como el derecho a la salud.

Varias décadas después, en la Declaración de Alma Ata, los gobiernos reconocían la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, particularmente entre los países desarrollados y los PVD, y alentaba a los Estados a trabajar a través de la cooperación internacional para lograr la igualdad de acceso a la salud.

Más recientemente, en la Declaración del Milenio del año 2000 la Asamblea General ratificaba la importancia de la cooperación internacional para resolver los problemas sociales, económicos y políticos que afronta la

humanidad y exhorta en varios de sus artículos al incremento de la ayuda oficial al desarrollo (art. 15, 26, 28).

El gasto anual para cooperación al desarrollo en salud realizado por la suma de todos los países desarrollados (10.000 millones de \$) es equivalente a la cantidad gastada en helados en Europa.

Global Health Watch

Otras resoluciones (Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, Asamblea Mundial de la Salud, PIDESC...) también reconocen la responsabilidad y la obligación de apoyarse mutuamente en la implementación del derecho a la salud. En el actual mundo globalizado esta responsabilidad compartida parece más obvia que nunca ya que las decisiones a nivel local, nacional e internacional se influyen unas a otras.

Cooperación internacional

La cooperación internacional es más que la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), es la suma de las políticas económicas, comerciales, sociales, culturales y políticas que cada estado defiende en los foros internacionales y que acaban por definir las relaciones entre el Norte y el Sur.

Este hecho no impide reconocer la importancia de la AOD como herramienta para mejorar la situación de salud de los PVD. Para ello, los países donantes deben establecer sus políticas de cooperación en base a criterios de cantidad y calidad de su ayuda.

La cantidad: El principal referente sobre la cantidad de AOD que deben destinar los gobiernos donantes es, como ya se ha indicado, el del 0,7% de su PIB adoptado por la Comisión de Desarrollo Internacional en 1970. Más de treinta años después de su ratificación, tan sólo 5 países alcanzan o superan ese porcentaje y la media resulta, apenas, un 0,26% del PIB (ver figura 4).

Figura 4. Ayuda Oficial al Desarrollo entre los países donantes. PNUD 2007

Classificació segons l'IDH	Assistència oficial per al desenvolupament (AOD) neta desemborsada			AOD per càpita del país donant (US\$ de 2005)		ODM AOD per als països menys avançats* (% del total)		ODM AOD per a serveis socials bàsics* (% del total assignable per sector)		ODM AOD bilateral no vinculada (% del total)		
	DESENVOLUPAMENT HUMÀ ALT	Total* (milions de US\$) 2003-04	Com a % del PIB		1990	2005	1990	2005	1996/1997*	2004/2005*	1990	2005
			1990 ^a	2005								
2 Noruega	2.786	1,17	0,94	453	600	44	37	12,9	14,3	61	100	
3 Austràlia	1.680	0,34	0,25	76	83	18	25	12,0	10,7	33	72	
4 Canadà	3.756	0,44	0,34	115	116	30	28	5,7	30,4	47	66	
5 Irlanda	719	0,16	0,42	27	180	37	51	0,5	32,0	..	100	
6 Suècia	3.362	0,91	0,94	256	371	39	33	10,3	15,2	87	98	
7 Suïssa	1.767	0,32	0,44	148	237	43	23	8,6	7,2	78	97	
8 Japó	13.147	0,31	0,28	91	103	19	18	2,5	4,6	89	90	
9 Països Baixos	5.115	0,92	0,82	247	313	33	32	13,1	22,0	56	96	
10 França	10.026	0,60	0,47	166	165	32	24	..	6,3	64	95	
11 Finlàndia	902	0,65	0,46	174	171	38	27	6,5	13,4	31	95	
12 Estats Units	27.622	0,21	0,22	63	93	19	21	20,0	18,4	..	..
13 Espanya	3.018	0,20	0,27	35	70	20	27	10,4	18,3	..	87	
14 Dinamarca	2.109	0,94	0,81	315	388	39	39	9,6	17,6	..	87	
15 Àustria	1.573	0,11	0,52	29	191	63	16	4,5	13,9	32	89	
16 Regne Unit	10.767	0,27	0,47	72	179	32	25	22,9	30,2	..	100	
17 Bèlgica	1.963	0,46	0,53	123	188	41	31	11,3	16,5	..	96	
18 Luxemburg	256	0,21	0,82	101	570	39	41	34,4	29,5	..	99	
19 Nova Zelanda	274	0,23	0,27	44	67	19	25	..	29,9	100	92	
20 Itàlia	5.091	0,31	0,29	77	87	41	28	7,3	9,4	22	92	
22 Alemanya	10.082	0,42	0,36	125	122	28	19	9,7	12,1	62	93	
24 Grècia	384	..	0,17	..	35	..	21	16,9	18,8	..	74	
29 Portugal	377	0,24	0,21	25	36	70	56	8,5	2,7	..	61	
CAD	106.777	0,33	0,33	93	122	28	24	7,3	15,3	68*	92*	

Aquest quadre presenta les dades dels membres del Comitè d'Assistència per al Desenvolupament (CAD) que pertanyen a l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmics (OCDE)

a. Alguns països i regions que no pertanyen al CAD també proveeixen AOD. Segons OCDE-CAD 2007a, l'AOD neta desemborsada el 2005 en conjunt per Taiwan (província de Xina), República Txeca, Hongria, Islàndia, Israel, República de Corea, Kuwait, Polònia, Àrabia Saudita, Eslovàquia, Turquia, Emirats Àrabs Units i altres donants menors, com Estònia, Letònia, Lituània i Eslovènia, va ascendir a US\$3.231 milions. Xina també aporta ajuda però no en revela la quantitat.

b. Inclou les corrents multilaterals imputades que comptabilitzen les aportacions canalitzades per organitzacions multilaterals. Es calculen utilitzant

la distribució geogràfica de desemborsaments corresponents a l'any específic.

c. Les dades exclouen la cooperació tècnica i les despeses administratives

d. Les dades inclouen la condonació dels pagaments que no corresponen a AOD, excepte per al total del CAD.

e. Les xifres totals es consideren incompletes degut a que les dades que manquen representen un percentatge significatiu de l'AOD total reemborsada.

Font:

Totes les columnes: OCDE-CAD 2007b; xifres totals calculades per l'OCDE per l'Oficina en carregada de l'Informe sobre el Desenvolupament Humà.

Por lo que respecta a Catalunya el porcentaje destinado a AOD representó el 0,2% de su presupuesto en 2005, lo que la sitúa lejos de otras autonomías como Navarra (0,53%) o Castilla-La Mancha (0,45%). A pesar de ello, en términos absolutos fue la Comunidad que más fondos aportó (16,6 % de la AOD autonómica). (Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo. 2007).

A la vista de la trascendencia de algunos sectores clave para el desarrollo humano, en 1995, durante la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de Copenhague se propuso reorientar la AOD hacia la inversión social básica en los PVD mediante un acuerdo por el que los países donantes se comprometían a destinar el 20% de su ayuda a servicios sociales básicos (educación básica, salud básica, acceso al agua potable, eliminación de la malnutrición y acceso a planificación familiar) mientras los países

receptores destinaban el 20% del gasto público a dichos servicios. Esta iniciativa se bautizó por ello como Iniciativa 20/20.

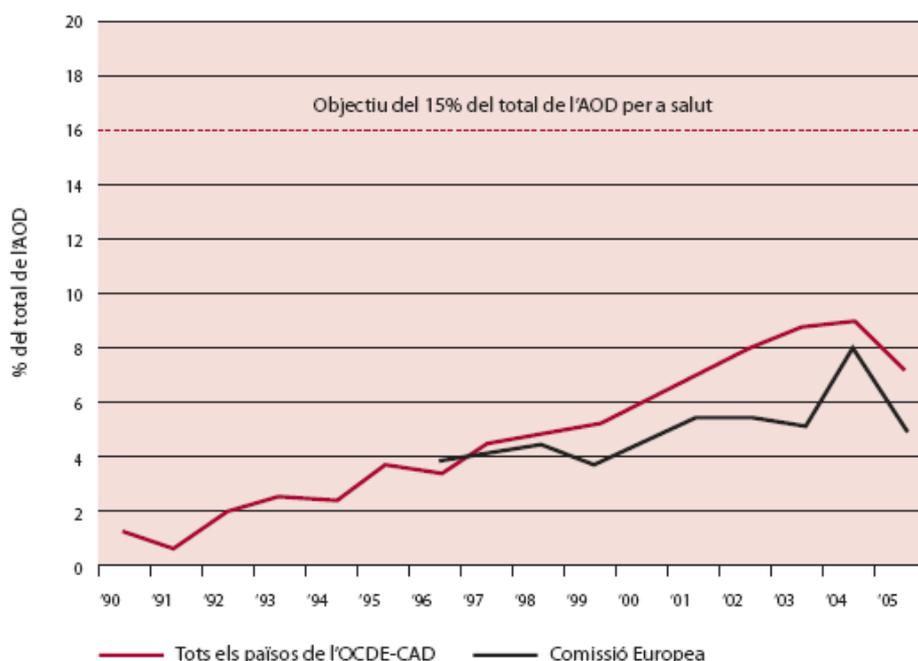
El Plan Director de la ACCD 2007-2010 se hace eco de esta iniciativa, comprometiéndose a destinar el 20% del presupuesto del desarrollo a servicios sociales básicos, algo que también recoge el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008.

Por lo que se refiere exclusivamente a salud, la recomendación actual fija en un 15% el monto que debería destinarse de la AOD a salud para poder cumplir los ODM. A día de hoy esta cifra está lejos de alcanzarse, poniendo en peligro,

como se expondrá más adelante, la consecución de los ODM. (Figura 5).

En 2005, Catalunya fue la comunidad que más fondos aportó para salud, concretamente el 17,6% del total destinado por el conjunto de las comunidades al sector salud. Por lo que respecta a sus aportaciones sectoriales, en 2004 la salud fue una de las partidas que más fondos de desarrollo absorbió (19,61%), tal como se observa en la figura 9. Esto demuestra el compromiso de la cooperación catalana con el sector salud en los PVD, al menos en términos cuantitativos.

Figura 5. Porcentaje de AOD destinada a salud. OCDE/CAD



La cantidad de AOD destinada por los países donantes presenta una importancia trascendental para muchos países, sobre todo para aquellos con un índice de desarrollo bajo. Sin embargo, esta ayuda va, en ocasiones, ligada a factores poco claros y parece quedar a criterio del donante más que a indicadores contrastados de necesidad y pertinencia. Como ejemplo, en

1998 en Guinea las donaciones representaban el 19% del presupuesto anual para salud, pero en 1999 esta ayuda descendió hasta el 2%, para volver a subir al 18% en 2000 (Banco Mundial, 2005). Esta incertidumbre y dependencia en el corto plazo genera graves problemas de planificación para los países receptores.

Figura 6. Distribución del gasto de la Generalitat de Catalunya según la línea estratégica. ACCD 2005

Objectius de Desenvolupament	Import (€)	% Objectius prioritaris desenvolupament	% proposat pel Pla Director
Objectius prioritaris			
1. Suport als drets socials bàsics	4.527.073,00	34,19	-
1.1 Enfortir els sistemes d'atenció primària de salut afavorint, de forma especial, els programes de control de les principals malalties infeccioses i la millora de la salut reproductiva	2.596.933,72	19,61	12-18
1.2 Enfortir els sistemes d'educació bàsica i d'alfabetització d'adults, així com la incorporació i enfortiment de les cultures i llengües pròpies	1.117.472,00	8,44	12-18
1.3 Millorar l'accés a un habitatge adequat segons el context sociocultural i mediambiental en zones periurbanes	268.867,00	2,03	12-18
1.4 Millorar les capacitats existents en la gestió integral del cicle de l'aigua	543.800,00	4,11	12-18
2. Millora de la capacitat productiva i l'ocupació	6.056.479,16	45,74	-
2.1 Millorar l'activitat productiva i comercial, en especial en els sectors populars	5.164.860,00	39,01	5-11
2.2 Donar suport a programes ocupacionals i de drets laborals	891.619,00	6,73	5-11
3. Governabilitat	2.134.748,10	16,12	-
3.1 Contribuir a la generació de plans de desenvolupament locals per a millorar la governança i la participació ciutadana	155.423,44	1,17	5-11
3.2 Enfortir les capacitats dels actors estratègics per a millorar la governabilitat democràtica i el desenvolupament humà	1.499.794,66	11,33	5-11
3.3 Millorar les capacitats per a prevenir els conflictes derivats de les amenaces sobre les minories ètniques, culturals i lingüístiques	479.530,00	3,62	5-11
4. Diversos objectius prioritaris	523.164,75	3,95	
Total objectius prioritaris	13.241.464,73	100,00	-
Altres objectius de desenvolupament	8.509.912,93		
Total objectius de desenvolupament	21.751.377,66		

La calidad: Para estos hechos y otros contratiempos se han llevado a cabo intentos de mejora de la AOD como por ejemplo, incrementando los períodos de financiación hasta los 10 años (Departamento de Desarrollo Internacional. UK). De llevarse a cabo esta iniciativa permitirá, sin duda, una mejora notable en la planificación de los presupuestos para salud de los PVD lo cual a su vez repercutirá en una mejora de los sistemas sanitarios y por ende en la salud de la gente.

Pero éste sólo es un ejemplo de las dificultades y retos para alcanzar una AOD de calidad. La reciente Declaración de Paris sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo trata de marcar las pautas para que la AOD aporte el máximo beneficio a los países receptores. Para ello se solicita a los países donantes tomar medidas en distintos asuntos tales como desligar la ayuda o fundamentar su apoyo en las estrategias del país donante.

Los principios que deben regir la calidad de la ayuda según la Declaración de Paris son:

Apropiación: los países receptores se comprometen a elaborar estrategias de desarrollo.

Alineación: los países donantes se comprometen a ajustar su ayuda a las estrategias de desarrollo creadas por los países receptores.

Armonización: los donantes se comprometen a coordinar entre sí sus esfuerzos para que las sinergias creadas incrementen la eficacia de la cooperación.

Gestión orientada a resultados: administrar los recursos y mejorar la toma de decisiones orientadas a resultados.

Responsabilidad mutua: donantes y receptores son responsables de los resultados del desarrollo.

Cooperación catalana

Al igual que en el caso de la Iniciativa 20/20, la ACCD también suscribe en el Plan Director 2007-2010 el contenido de la Declaración de París, dejando claro su deseo de mejorar la eficacia de su ayuda. Sin embargo, la Declaración de París ha recibido críticas y es muy cuestionada por las organizaciones no gubernamentales (ONGD) y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) por distintos motivos:

- En la Declaración de París se habla de apropiación, pero no se dice que tenga que ser democrática, es decir, consensuada entre todos los actores de la cooperación de un país (gobierno, ONGD y OSC)
- Utilización de la ayuda como una herramienta política para imponer reformas políticas comerciales y económicas, una vieja práctica de los organismos financieros Internacionales, que debilitarían los procesos democráticos.
- Creciente riesgo que las demandas y propuestas de las mujeres se pierdan dado el énfasis en el Estado. Y, por ello, abandono de la responsabilidad de los países donantes y de los países receptores por lo que refiere equidad de género
- Falta de representatividad de los sectores más pobres de los países.
- Falta de herramientas de seguimiento/evaluación de las estrategias de desarrollo nacionales, entre otros.

Aunque existen varios criterios para definir la calidad de la ayuda, algunos por su sencillez e inmediatez resultan útiles para realizar una primera aproximación. Uno de ellos consiste simplemente en comprobar si la ayuda realmente va allá donde más se necesita, según un lógico criterio de pertinencia. Según este criterio, la OCDE estima que al menos el 20% de la AOD debe destinarse a los Países Menos Avanzados, un grupo formado en la actualidad por 50 países.

Tanto la AECI como la ACCD presentan en sus planes directores este criterio y lo asumen como parte de sus estrategias geográficas. En la figura 7, se observa la distribución de la AOD en salud de la Generalitat de Catalunya según el nivel de renta de los países receptores en 2005.

Durante los últimos 25 años sólo un país, de los 50 que lo componen, ha conseguido abandonar el grupo de los Países Menos Avanzados: Botswana, en 1984. PNUD

Figura 7. Distribución de la AOD en salud de la Generalitat de Catalunya según el nivel de renta de los países receptores en 2005. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo

Países receptores según el nivel de renta	AOD 2005	
	euros	%
PMA	2.879.593	49,5
PRB	198.505	3,4
PRMB	813.219	14,0
PRMA	73.916	1,3
NE	1.855.669	31,9
TOTAL	5.820.902	100,00

PMA: países menos avanzados, PRB: países con renta baja, PRMB: países con renta media-baja, PRMA: países con renta media-alta

Como puede observarse, los PMA fueron beneficiarios de casi la mitad de la AOD sanitaria de la Generalitat de Catalunya, principalmente debido a los fondos destinados a Mozambique, que alcanzaron los 2.478.347 € según el Informe 2006 “La salud en la cooperación al desarrollo y en la acción humanitaria” elaborado por Prosalus, Médicos del Mundo y Medicus Mundi.

En el caso de España la tendencia es similar, con casi un 33% destinado a los PMA (figura 8), salvo por una notable diferencia: la mayor parte de la ayuda destinada al África subsahariana (donde se encuentran el 75% de los PMA) es reembolsable (figura 9), una modalidad de ayuda que aparece constantemente en la cooperación española, pero que resulta enormemente dañina en el caso de estos países por cuanto implica de sobrecarga en sus deudas externas.

Por lo tanto, la AOD debe mantener unos estándares de cantidad y calidad según el marco normativo existente de la cooperación internacional, que permita, tanto a los países donantes como a los receptores, evaluar la eficacia de la ayuda prestada y recibida.

Paralelamente la sociedad civil tiene derecho a conocer cuanto y cómo cooperan sus gobiernos para lograr los ODM, la reducción de la pobreza, la expansión de los derechos humanos, etc. Para ello es necesario que las organizaciones realicemos campañas de sensibilización entre el público general y especializado, con el fin de difundir entre ellos la realidad de la ayuda para que alcancen a comprender porqué no se logran los objetivos marcados y obtengan argumentos para presionar a los responsables de la toma de decisiones en los cambios de estrategia necesarios.

Figura 8. Distribución de la AOD salud según nivel de renta. Porcentajes promedio del período 2000 - 2004. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo

	Espanya	UE	CAD	Regne Unit	Suècia	França
P. RENDA ALTA			0%			
P. RENDA MITJA ALTA	3,41%	2,43	1,90%	0,52%	0,54%	13,6%
P. RENDA MITJA BAIXA	31,39%	15,36	16,63%	11,56%	9,76%	20,33%
P. RENDA BAIXA	21,77%	25,59	24,54%	37,45%	18,33%	10,16%
P. MENYS AVANÇATS	32,85%	30,77	27,72%	21,22%	33,97%	25,29%
P. NO ESPECÍFICS	10,58%	25,85	29,21%	29,25%	37,40%	30,62%

Figura 9. Porcentaje de la AOD en salud reembolsable por regiones respecto al total de la AOD del período 2000 – 2004. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo

	Espanya	Suècia	Regne Unit	França
Nord d'Àfrica	5,3	0	0	52,01
Àfrica Subsahariana	45,73	0	0	1,28
Europa	0	0	0	0
Àsia oriental	75,75	0	0	7,25
Orient Mitjà	3,88	0	0	0
Amèrica del Nord i Central	0	0	0	0
Oceania	0	0	0	0
Àsia del sud i central	30,94	0	0	0
Sud- amèrica	12,07	0	0	1,52

LOS RETOS PARA LA SALUD EN LOS PVD

El mundo del siglo XXI aparece más polarizado que cualquier otro que haya conocido la humanidad. El desequilibrio de las rentas entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial fue de 30 a 1 en 1960, de 60 a 1 en 1990 y de 74 a 1 en 1997. En ese año, el 20% de la población más rica poseía el 86% del producto interior bruto del mundo, mientras que el 20% más pobre tan sólo el 1%. (IDH 1999.PNUD)

En 2002, la esperanza de vida al nacer para las mujeres de los países desarrollados pasó a situarse en 78 años, mientras que para los hombres del África subsahariana disminuyó a 46 años. (I OMS 2003). En términos generales, un 35% de los niños africanos corren actualmente un mayor riesgo de morir que hace 10 años. (Informe OMS 2005).

Estas enormes desigualdades provocan que el 98% de las muertes infantiles tengan lugar en

los PVD a pesar de los avances que puedan haberse logrado en las últimas décadas.

Para poder estudiar mejor esta situación de desigualdad actual así como los avances o retrocesos acontecidos en los últimos años se han escogido tres problemas de salud concretos:

- Año 2008. Acceso a los medicamentos
- Año 2009. Condicionantes de género en el acceso a la salud
- Año 2010. Muertes evitables

La finalidad es utilizar estos temas como ejemplo de la situación de la salud en los PVD y por ello los temas escogidos son suficientemente amplios como para evitar sesgos de apreciación

MUERTES EVITABLES

MUERTES EVITABLES

Una década después del cambio de milenio, el mundo y, en particular los países más pobres, siguen padeciendo millones de muertes fácilmente evitables. Entendiendo por muerte evitable, aquella que no debería ocurrir cuando se vive en un ambiente saludable (con acceso al agua potable, a sistemas de saneamiento y a una nutrición adecuada) y se dispone de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acciones encaminadas a disminuir los factores de riesgo y de políticas sanitarias orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población y de la atención y el tratamiento oportunos.

CAUSAS DE LAS MUERTES EVITABLES INTRODUCCIÓN¹

En los países en vías de desarrollo, más de 60 millones de personas mueren prematuramente cada año a causa de factores sociales y ambientales y por falta de atención sanitaria adecuada. Entre ellos, 9 millones de personas son niños y niñas menores de cinco años. Las tasas de mortalidad son mucho más altas en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados.

Dentro de cada país, los indicadores de salud están correlacionados con los determinantes sociales de la salud, o sea, las condiciones en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluyendo el sistema de salud². Estas circunstancias están conformadas por la distribución de dinero, poder y recursos en el ámbito global, nacional y local, factores que al mismo tiempo están influenciados por decisiones políticas.

Los condicionantes sociales de la salud son los principales responsables de las inequidades en salud: las diferencias injustas y evitables en el estado de salud entre países y dentro de cada país. Así, la pobreza disminuye el acceso al agua potable y al saneamiento, al mismo tiempo que aumenta el riesgo de malnutrición, malas condiciones de vida, ambiente de trabajo poco saludable y niveles inferiores de educación. La población de los países empobrecidos tiene

dificultades de acceso a los sistemas de salud y gasta una proporción mayor de sus ingresos en pagarlos (a causa de las tarifas de usuario o a los “copagos”). Cuando esta población accede se expone a mayores retrasos, peor calidad y mayor tasa de mortalidad. La pobreza también tiene un efecto adverso sobre la mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad materna y la supervivencia de adultos.

Esta situación se refleja en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los objetivos directamente relacionados con la salud (reducir la mortalidad infantil, reducir la mortalidad materna, y frenar la expansión del SIDA, malaria y otras enfermedades relacionadas con la pobreza) son los menos probables de alcanzar, especialmente en África.

A pesar de la progresiva contribución del virus del SIDA, en términos de morbilidad y mortalidad infantil especialmente en algunos países africanos, la realidad es que la gran mayoría de muertes en edad pediátrica sigue siendo consecuencia de las mismas enfermedades que causaban mortalidad en la era pre-SIDA. Así, la malaria, las enfermedades respiratorias, las afecciones perinatales o las diarreas y la malnutrición continúan siendo directamente responsables de la gran mayoría de muertes infantiles.

En el caso de la población adulta, el SIDA y la tuberculosis son básicamente las enfermedades responsables de la mayoría de muertes en poblaciones en vías de desarrollo, junto con la mortalidad materna.

El hecho es que, en los últimos años, la diferencia en la esperanza de vida entre países ha aumentado: los tres millones de habitantes más ricos tienen una esperanza de vida próxima a los 80 años, el doble que los mil millones más pobres. En muchos países en desarrollo, el sistema de salud no tiene capacidad para dar respuesta a las necesidades de la población, por su propia debilidad, que está ligada a sus problemas de financiación.

Debilidad de los sistemas de salud

Un sistema de salud efectivo debe responder de manera equilibrada a los cuatro principales retos de salud: la salud sexual y reproductiva, la salud infantil, las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles. Pero muchos países en vías de desarrollo, a través de sus estrategias nacionales, sólo llegan a cubrir algunas enfermedades o servicios, y en ocasiones no para toda la población. Estos

países presentan una serie de debilidades estructurales que dificultan poder proporcionar una cobertura universal de los servicios acordados: 1) escasez de recursos humanos; 2) poca disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales; 3) inadecuada infraestructura y logística que permitan el acceso y la referencia oportuna entre diferentes niveles de atención; 4) ausencia de sistemas de financiación justos que aseguren un acceso equitativo para todos.

Financiación de la salud

Los países más pobres presentan niveles de financiación pública de salud per cápita 100 veces inferiores a los de los ricos. La causa la hallamos en un PIB bajo y una baja recaudación fiscal y, en ocasiones, en presiones de las instituciones financieras internacionales para reducir el gasto público en salud. El mismo gasto público repercute necesariamente en la disponibilidad de recursos humanos y en la calidad de los servicios. A pesar de los compromisos adquiridos en las resoluciones de la OMS, se ha progresado poco en materia de financiación, excepto en enfermedades muy mediáticas como el SIDA. Además, en la mayoría de los países en desarrollo, los copagos (aportaciones directas de los usuarios) actúan para su población como una barrera al acceso a los servicios básicos.

Pero, ¿qué respuesta se está dando a nivel global y quién está asumiendo el liderazgo en esta materia? Nos hallamos en un escenario desprovisto de un liderazgo claro, en el que múltiples actores toman decisiones mayoritariamente enfocadas a la lucha contra enfermedades concretas, no siempre en proporción con su importancia, en vez de apoyar a los planes nacionales integrales de salud.

Gobernanza global de salud

En teoría, la gobernanza global de salud surge de los debates y resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y de las orientaciones de la OMS. Pero, en la práctica, no existe un liderazgo claro, si no múltiples actores con capacidad de decisión e influencia; muchas de las resoluciones de la OMS no son vinculantes; muchas de las decisiones que influyen en las estrategias de salud se originan no en la OMS sino en el contexto del G8; las Instituciones Financieras Internacionales también influyen en las decisiones de la política de salud de los gobiernos nacionales; y por último, las entidades privadas y filantrópicas proporcionan una parte significativa de los servicios de salud, reflejando sus propias sensibilidades e intereses.

Fragmentación de la ayuda oficial para la salud

La contribución financiera de las Naciones Unidas y del Banco Mundial ha disminuido de un tercio a una sexta parte del total y se ha orientado gradualmente a actividades específicas. Por ejemplo, los fondos no finalistas, es decir, no reservados para una enfermedad o una actividad específica, representan menos del 20% de los fondos de que dispone la OMS. En paralelo, la aportación financiera de las iniciativas globales de salud, las ONGD, la filantropía privada y las empresas han adquirido cada vez más importancia en la financiación de la salud global. Esta “privatización de la ayuda en salud” ha dado como resultado un mayor enfoque en proyectos y actividades basados en enfermedades concretas, conduciendo a la “fragmentación de la financiación de la salud”.

En este sentido, la ayuda no se está empleando para apoyar planes nacionales de salud integrales, si no que se está volviendo cada vez más fragmentada: el grueso de la ayuda está fuera de los presupuestos gubernamentales y, mayoritariamente, no está coordinada con las autoridades nacionales de planificación, ni conectada a los planes nacionales de salud. Así pues, se está destinando el 40% de la ayuda para el VIH/SIDA; el 20% para la malaria y la tuberculosis; el 16% para la atención básica de salud (correspondiendo en buena parte a los programas de vacunación de la Alianza Global para la Vacunación e Inmunización-GAVI); el 13% para la salud reproductiva y el 14% para “salud en general”, apartado que incluiría las instalaciones sanitarias, la formación, la investigación y el apoyo a la salud no finalista.

Nos hallamos pues con que el VIH/SIDA, que causa el 10% de la carga de enfermedad en los países en vías de desarrollo (el 20% en el África austral), recibe el 40% de los fondos, mientras que otras enfermedades muy prevalentes y letales, como las infecciones respiratorias agudas, la diarrea o la malnutrición reciben poco apoyo directo y dependen de los escasos recursos disponibles para la “salud en general”.

Dentro de cada país, el elevado número de donantes, cada uno con sus requisitos de información y con sus preferencias en cuanto a áreas de intervención, socava el liderazgo de los gobiernos nacionales dificultándoles la gestión.

Por otra parte, la correlación entre ayuda para la salud y el PNB es débil, con lo cual no siempre se está dando apoyo a los países que más lo necesitan, produciéndose el fenómeno de los

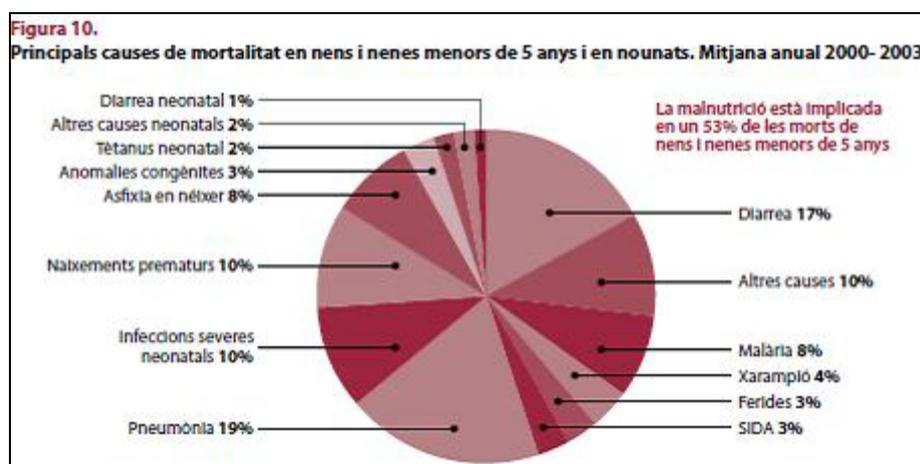
países mimados por los donantes (*donor darlings*) y los países huérfanos de ayuda (*donor orphans*).

Este escenario de debilidad de los sistemas de salud, insuficiente financiación y respuesta internacional fragmentada a distintos niveles impide a muchos países hacer efectivo el derecho a la salud de su ciudadanía, con consecuencias graves para su desarrollo. La falta de salud es consecuencia de la pobreza, y también fundamental para la reducción de la

misma. Además, es un elemento indispensable para el desarrollo sostenible.

A continuación veremos cuál es la situación de distintas enfermedades o áreas concretas, teniendo en cuenta que la causa de que éstas continúen siendo letales en muchas partes del mundo, responde a los factores anteriormente expuestos. Por lo tanto, su solución no vendrá por la estrategia de tratar cada enfermedad separadamente, si no por actuar de manera integral y coordinada sobre las causas.

MUERTES EVITABLES EN LA INFANCIA



Fuente: "Pneumonia, the forgotten killer of children". WHO/UNICEF, 2006

A pesar de la impactante irrupción en los últimos 30 años del SIDA, culpable de más de 2 millones de muertes anuales fundamentalmente en adultos jóvenes y también responsable hoy en día de una importantísima carga de la enfermedad en ciertos países de África subsahariana, la gran mayoría de muertes en edad pediátrica todavía responden a otras enfermedades. De hecho, con la excepción de algunos países específicos de esta región, el VIH no representa de momento una causa importante de mortalidad infantil ya que, en el mundo, sólo una de cada veinte muertes evitables en niños está directamente relacionada con esta enfermedad^{3, 4}. Así, las enfermedades respiratorias, las diarreas, la malaria, el VIH/SIDA, el sarampión y las afecciones neonatales son, en conjunto, responsables de cerca del 90% del total de muertes infantiles mundiales^{5,6,7} y se calcula que la malnutrición está directa o indirectamente relacionada con la mitad y hasta dos terceras partes de estas muertes^{8,9}. (Véase Figura 10).

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las principales causas de mortalidad en edad pediátrica. A pesar de ser responsables de la muerte de 1,9 millones de niños y niñas por año¹⁰, lo que equivale a un 20% del total de las muertes pediátricas¹¹; todavía continúa siendo problemático diagnosticarlas y establecer su etiología.

Los principales etiopatógenos relacionados con las IRA incluyen bacterias y virus. La importancia de las enterobacteriáceas como causantes de neumonías, especialmente entre el subgrupo de niños y niñas que padecen malnutrición, no es tampoco despreciable, con el problema añadido de su multiresistencia¹². La enfermedad respiratoria secundaria a virus representa la principal carga de morbilidad, cada vez más relevante en la era del VIH¹³, y la enfermedad bacteriana es la causa principal de mortalidad¹⁴. Se ha estimado que más del 50% (1 millón) de las muertes anuales en menores de 5 años por IRA son debidas al neumococo y la gran mayoría se dan en los países en vías de desarrollo¹⁵.

Malaria

La malaria sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Esta enfermedad, causada por el parásito *Plasmodium* (del cual existen cuatro especies que afectan a los humanos, siendo el *Plasmodium falciparum* la principal y casi única causa de mortalidad), se transmite mediante la picadura de un mosquito del género *Anopheles*. Se calcula que hoy en día, más de tres mil millones de personas –casi la mitad de la población mundial– viven en zonas de transmisión de la malaria y, anualmente, se contabilizan unos 250 millones de casos clínicos¹⁶.

Esta pandemia se concentra especialmente en los países situados entre los trópicos y, particularmente, en el continente africano, donde acontecen más del 90% de las muertes totales¹⁷. En las zonas de alta tasa endémica los niños en sus primeros años de vida y las mujeres embarazadas son la población que sufre de forma más directa las consecuencias de la enfermedad. Las estimaciones más realistas ofrecen cifras de 860.000 muertes anuales, hecho que implica que, como mínimo, cada 35 segundos muere un niño por causa de esta enfermedad en el mundo. Globalmente, se calcula que la malaria es responsable de un 8% de todas las muertes pediátricas¹¹ y, por lo menos, de un 20% de las muertes en menores de cinco años en el África subsahariana¹⁸.

Diarreas agudas y malnutrición

Las diarreas agudas, que comportan principalmente riesgo de deshidratación en los niños y niñas¹⁹, son anualmente responsables de un 17% de las muertes en menores de cinco años. Estas estimaciones son optimistas, ya que si contabilizásemos las muertes de niños y niñas por diarrea que al mismo tiempo tienen malaria o infecciones respiratorias este porcentaje sería mucho más elevado. En los últimos años, se ha podido observar una tendencia a la baja en las tasas específicas de mortalidad por diarrea, sobre todo en el caso de los lactantes. A pesar de esto, globalmente, entre 1,6 y 2,5 millones de niños mueren anualmente por diarreas^{20, 21}. A diferencia de lo que ha sucedido con la mortalidad, la incidencia de diarrea en el mundo parece relativamente estable y constante.

La diarrea en edad pediátrica se relaciona principalmente con agentes infecciosos y a la falta de salubridad. Se calcula que cerca de 1.100 millones de personas en el mundo no tienen acceso a agua potable y que unos 2.400 millones no disponen de las medidas sanitarias más básicas²².

Los virus (y en concreto los *rotavirus*) y diversas bacterias son los principales agentes etiológicos responsables de diarreas agudas en los niños y niñas.

Por otra parte, quizás el factor más claramente relacionado con la mortalidad por diarreas es la malnutrición. Más de una cuarta parte de los niños y niñas que viven en los países en vías de desarrollo están desnutridos, y hasta un 40% de las muertes relacionadas con la mala nutrición se asocia con diarreas prolongadas. La mala nutrición prolonga la duración del episodio y lo agrava. Haciendo entrar al individuo en un círculo vicioso del que difícilmente consigue escapar. La desnutrición no sólo es relevante en los casos de diarrea, de hecho se estima que entre un 53%^{23,11} y un 66%²⁴ de las muertes de niños y niñas menores de cinco años están relacionadas con la desnutrición. Además, se sabe que su presencia empeora el pronóstico y aumenta la probabilidad de padecer otras enfermedades, siendo por sí sola el factor más importante para enfermar²⁵. Pelletier y Frongillo²⁶ describieron que los cambios en el estado nutricional de las poblaciones (medidos como cambios en la relación peso/edad) se asociaban de forma significativa a disminuciones de la mortalidad infantil, incluso de forma independiente a los cambios socioeconómicos.

Afecciones del período perinatal

Aunque la mortalidad infantil ha disminuido de forma mantenida en el mundo en las últimas décadas, la mortalidad neonatal, es decir la que corresponde a los 28 primeros días de vida, no ha seguido esta tendencia e, incluso continúa aumentando. De los 9 millones de muertes anuales en niños y niñas menores de cinco años, 3,3 millones corresponden al período neonatal^{27,28}. Además se calcula que 3,3 millones nacen muertos y 1 millón de estas muertes acontecen durante el parto, cuando la mayoría de estas muertes se podrían prevenir o tratar. Esto pone en evidencia, una vez más, la falta de asistencia por parte de personal experto durante el embarazo y el parto²⁹.

Casi la totalidad (99%) de las muertes perinatales en el mundo ocurren en los países pobres pero, paradójicamente, casi toda la investigación que se realiza hoy en día está relacionada con el 1,1% de las muertes neonatales restantes, que tienen lugar en los países ricos³⁰. Además, las cifras de muertes durante el período neonatal están generalmente subestimadas, ya que en muchos países, y en

especial en los países más pobres, muchos nacimientos y muchas muertes ocurren en casa, lejos de cualquier centro sanitario y no son registradas por motivos culturales, socioeconómicos o simplemente por dificultades logísticas. Así se asume que la mortalidad perinatal en los países empobrecidos es realmente un 20% superior al que se reporta^{31,32}.

Las causas más frecuentes de mortalidad en este periodo (ver figura 10) están relacionadas con complicaciones del parto, principalmente con la asfixia neonatal (23% de los casos), las complicaciones derivadas de los prematuros (28%), las malformaciones congénitas (8%), el tétanos neonatal (7%) y otras infecciones (26% entre sepsis, meningitis y neumonías). La mayoría de estas muertes serían evitables sin grandes inversiones económicas, con una mejor asistencia por personal experto durante el embarazo y el parto, lo que mejoraría también de forma substancial la mortalidad materna.

VIH/SIDA

A principios del 2010, más de 30 millones de personas vivían en el mundo infectadas por el VIH, responsable del SIDA, una infección que ha matado más de 25 millones de personas desde que fue reconocida en el año 1981. El acceso a tratamiento específico (fármacos antiretrovirales) ha conseguido reducir la mortalidad atribuible a esta infección de forma mantenida. Así, de las cerca de 3,1 millones de personas (entre las cuales medio millón son menores de 15 años) que murieron en el año 2004 a causa de esta enfermedad³³, se ha pasado a unos 2 millones de muertes anuales en el año 2007³⁴. Si en la mayoría de países desarrollados, la expansión de la enfermedad parece controlada y los pacientes infectados han pasado a ser enfermos crónicos gracias a la disponibilidad de cócteles farmacológicos eficaces, en los países pobres y notablemente en el África subsahariana, la enfermedad se ha convertido en un problema de dimensiones imprevisibles. Con tan sólo el 14% de la población mundial, África concentra hasta el 75% de las muertes por VIH/SIDA, el 67% de las nuevas infecciones anuales y más del 90% de casos pediátricos y de huérfanos por culpa del virus, unos datos realmente aterradores.

Gracias al tratamiento antiretroviral durante el embarazo y en el momento del parto, y en las cesáreas electivas, la transmisión vertical del VIH de una madre a su bebé es, hoy por hoy, extraordinaria en los países desarrollados, mientras que en los países empobrecidos sigue

representando hasta un 5% de todas las infecciones por VIH. Se calcula que cada año, un mínimo de 2 millones de mujeres embarazadas infectadas por el VIH tienen hijos, 370.000 de los cuales contraerán la enfermedad, la gran mayoría en África subsahariana³⁵. Más del 90% de los niños infectados por el VIH contraen el virus de forma vertical³⁶, ya sea durante el embarazo o en el momento del parto, o bien durante el periodo de la lactancia. Todos estos casos son, hoy en día, evitables.

La propagación incontrolada de la epidemia en los países africanos ha tenido consecuencias importantes sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer. En estos países, se da la paradoja, a diferencia de la tendencia generalizada en el resto del mundo, que los niños que nacen hoy tienen una esperanza de vida más corta que la de sus abuelos. Las consecuencias de la epidemia son también terribles para los que quedan. Además de empeorar el pronóstico de muchas enfermedades, el VIH/SIDA tiene efectos socioeconómicos devastadores, y está creando un continente de huérfanos. Los más de 12 millones de niños y niñas africanos que han perdido a su madre o a ambos padres a principios del milenio puede incluso doblarse en el transcurso de la próxima década, haciendo que hasta el 9% de todos los menores de 15 años que vivan en África sean huérfanos este año.

Sarampión

La vacunación generalizada ha conseguido reducir la mortalidad atribuible al sarampión en un 78% entre los años 2000 y 2008, y se estima que en el año 2008, cerca de un 83% de los lactantes del mundo fueron vacunados contra el sarampión a través del programa ampliado de vacunación.

Una cobertura superior al 95% garantiza la interrupción de la transmisión de la enfermedad endémica, pero conseguir este grado de cobertura implica campañas masivas de vacunación que muchos países no son capaces de afrontar.

A pesar de la disponibilidad de una vacuna segura y efectiva contra el sarampión, se estima que en el año 2008 todavía hubo 164.000 muertes relacionadas con esta enfermedad.

Casi la mitad de estas muertes tienen lugar en el África subsahariana, donde viven cerca de las dos terceras partes de los más de 409 millones de infectados por el VIH. La infección por el virus VIH puede alterar la transmisión de la

enfermedad, porque alarga el periodo infeccioso, puede modificar la presentación clínica del sarampión, dificultando el reconocimiento rápido de nuevos casos y puede disminuir la efectividad de la vacuna³⁷.

MUERTES EVITABLES EN MUJERES EMBARAZADAS

La mortalidad materna, en palabras del Director General de la OMS, es el indicador sanitario que muestra una de las diferencias más escandalosas entre los países del Norte y los del Sur. Llega a ser más de 200 veces más elevada cuando se compara la de los países de Europa Occidental con la de algunos países de África subsahariana (5/100.000 versus 1.000/100.000). De hecho, en el África subsahariana una de cada 22 mujeres tiene riesgo de morir por complicaciones en la maternidad.

Cada año mueren más de 500.000³⁸ mujeres durante el parto y el embarazo, la gran mayoría son mujeres sanas. Un 99% de estas muertes se da en países en vías de desarrollo.

En cuanto a las causas de mortalidad materna, la principal es la hemorragia severa (25%), a menudo fruto de una mala nutrición de las mujeres, que acaba provocando graves anemias, llegando al momento del parto con unos niveles de hierro bajísimos. Entre otras causas frecuentes, destacan las muertes debidas a complicaciones de abortos (13%) realizados en condiciones muy precarias, especialmente en países donde se han de realizar clandestinamente porque son ilegales.

MUERTES EVITABLES EN ADULTOS

En el caso de la población adulta, el SIDA (explicada en el apartado de muertes evitables en la infancia) y la tuberculosis son básicamente las enfermedades responsables de la mayoría de muertes en los países en vías de desarrollo junto con la mortalidad materna.

Incluso así, hay factores, como la debilidad de los sistemas de salud, que contribuyen a engrosar el número de muertes evitables en los adultos.

Tuberculosis

Considerada, desde hace pocos años, una enfermedad en regresión en todo el planeta, la tuberculosis ha ido incrementando su presencia en los hogares de los países empobrecidos hasta

convertirse en la tercera causa de muerte en adultos a nivel mundial.

Este rebrote desmesurado es debido a la combinación de elementos como las crisis económicas que producen malnutrición y desnutrición, el colapso de los sistemas sanitarios, el creciente número de personas refugiadas y desplazadas, la aplicación insuficiente de medidas de control, la expansión del VIH/SIDA y la multi-resistencia a los fármacos.

Enfermedades tropicales

Las enfermedades tropicales son un conjunto de enfermedades que preferentemente, afectan a la población de los países empobrecidos y que se transmiten por vectores, es decir, por mosquitos, por chinches o por moscas, entre otros.

La mayoría de estas patologías son olvidadas, ya que existe una escasa inversión en investigación y desarrollo de herramientas para el diagnóstico y los tratamientos.

Estas enfermedades, no son, en su conjunto, altamente mortíferas en las primeras etapas, pero sí causan gran morbilidad y discapacidades en la población adulta y se complican cuando coexisten con otras enfermedades. Este impacto en la población adulta dificulta el desarrollo económico y social.

En el caso de la enfermedad de Chagas se podría prevenir la transmisión por el chinche y con la mejora del estado de las viviendas, o evitar el avance de la enfermedad con la detección precoz de casos, ya que el tratamiento existente es eficaz en las primeras etapas de la enfermedad, cuando ésta es asintomática. En lo referente a la transmisión vertical se podría reducir con el cribado de las mujeres embarazadas.

Enfermedades no infecciosas³⁹

Se estima que en el año 1998, sólo las enfermedades no infecciosas contribuyeron en casi el 60% de las defunciones mundiales. Para el año 2020, se prevé que estas enfermedades sean la causa del 73% de la mortalidad mundial.

En los países empobrecidos ha habido, en los últimos años, un aumento desproporcionado de éstas y el aumento está contribuyendo en acentuar las diferencias de salud entre los países y dentro de ellos.

Por ejemplo, el 1998, el 77% del total de defunciones atribuidas a enfermedades no

infecciosas se registró en los países en vías de desarrollo.

Cuatro de los principales enfermedades no transmisibles, es decir: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), están asociadas a factores de riesgo que se pueden prevenir. Por tanto, la estrategia mundial de la lucha contra estas enfermedades tendría que poner especial atención en la lucha contra estos factores de riesgo, es decir, en la prevención, así como también en la promoción y la vigilancia.

ESTRATEGIAS PARA EVITAR ESTAS MUERTES

La mejor manera de evitar estas muertes sería acabar con la pobreza, mejorando la distribución de la riqueza a nivel global y asegurando el desarrollo humano de todas las personas, mediante políticas internacionales y nacionales adecuadas y coherentes con el objetivo del desarrollo de todos los pueblos. Esto implicaría una profunda revisión de las políticas nacionales (y no tan sólo de las “políticas de desarrollo”), así como del modelo de desarrollo basado en el mero crecimiento económico, de la regulación del comercio internacional o del problema de la deuda externa, entre otras cuestiones.

Por tanto, es necesario abordar el vínculo entre pobreza y salud. Los determinantes de salud, están muy relacionados, por una parte, con la distribución de la riqueza y, por otra, con la carga de la enfermedad. La OMS propone tres amplios campos de trabajo⁴⁰:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas, que incluye: atención sanitaria universal, basada en los principios de equidad, prevención de enfermedades y promoción de la salud con cobertura universal, centrada en la Atención Primaria de Salud y independiente de la capacidad de pago del usuario; protección social para toda la vida; condiciones de trabajo decentes; agua y saneamiento; hábitos de vida saludables, etc.

- Abordar la distribución injusta de poder, dinero y recursos, que incluye la mejora de la capacidad de captación fiscal de los gobiernos de Sur, destinando el 0,7% del PIB de los países donantes para la ayuda al desarrollo, el refuerzo del liderazgo del sector público en la provisión de servicios de salud, la promoción de la

equidad de género y el apoderamiento de la sociedad civil, entre otros.

- Medir, comprender el problema y evaluar el impacto de la acción a emprender.

En cuanto al fortalecimiento de los sistemas de salud, este está estrechamente vinculado a la capacidad de financiarlos. El objetivo de Abuja hace una llamada a los países africanos a dedicar a la salud el 15% del presupuesto nacional, y a la vez, la OMS (Comisión de Salud y Macroeconomía) estima que el gasto mínimo por cápita es de 20€, umbral que muchos países no lograrían aunque dedicasen a la salud el 15% de su presupuesto⁴¹. Por lo tanto, para llegar a este umbral es necesario que los países en desarrollo aumenten la capacidad de captación de impuestos, destinen el 15% a la salud, y continúen recibiendo ayuda oficial al desarrollo para cubrir, en su caso, el déficit resultante. Pero hace falta una ayuda mejor distribuida entre países, mejor distribuida entre servicios de salud y menos fragmentada entre múltiples socios y donantes.

Es cierto que, en los últimos años, se han dado pasos en esa dirección, aunque todavía se requiere mucho más esfuerzo. En algunos países se han implantado instrumentos para la “evaluación conjunta de las estrategias nacionales”, mediante los cuales los donantes y el gobierno socio pueden evaluar conjuntamente su progreso.

También las principales iniciativas globales de salud (el Fondo Global de la Lucha contra el SIDA, la malaria y la Tuberculosis, y el GAVI) están incluyendo el apoyo a componentes del sistema de salud dentro de sus programas “verticales” o bien financiando directamente componentes “horizontales” del sistema de salud.

En cualquier caso, hay muy buenos ejemplos, como el de Zambia, donde la combinación de estabilidad política, financiación doméstica adecuada, fuerte apoyo internacional y un genuino diálogo de políticas ha conducido a un progreso sostenido en la reducción de la mortalidad infantil y materna.

Por todo lo que se ha expuesto anteriormente, los problemas de salud se tienen que abordar de una forma integral, sin dirigir los esfuerzos a enfermedades concretas. A pesar de todo, los sistemas nacionales de salud tendrían que tener en cuenta las estrategias existentes para el control de las diferentes enfermedades que a continuación se exponen.

Infecciones respiratorias agudas

Distintas estrategias se encuentran disponibles para luchar contra las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). A principios de los años ochenta, la OMS basó su lucha contra las enfermedades respiratorias en una aproximación que contemplaba la detección y rápido tratamiento de los casos presuntivos, ya que la detección y el manejo de los casos de neumonía a nivel comunitario tienen repercusiones positivas a la hora de disminuir la morbilidad y la mortalidad causada por estas enfermedades, tanto a nivel neonatal como en niños y niñas mayores. La incorporación de estos programas en los planes de atención primaria parece todavía razonable y recomendable, pero el riesgo potencial de resistencias bacterianas frente a los antibióticos más utilizados y las dificultades por parte de las poblaciones afectadas para acceder a los centros de salud, han llevado actualmente a reorientar la lucha contra las IRA hacia el campo de la vacunación.

Desde hace algunos años, existe la vacuna conjugada contra la *Haemophilus influenzae* que es eficaz, segura y licenciada para su uso en todo el mundo. La mayoría de países desarrollados ya la incluyen en sus calendarios de vacunación y algunos países africanos también la están incorporando. A pesar de su eficacia demostrada, la cobertura en las zonas donde es más necesaria todavía es pobre.

En cuanto a las vacunas existentes contra el neumococo, hay diferentes factores que dificultan el hecho de que estén disponibles y que limitan su implantación como: la pobre inmunogenicidad en los niños más pequeños, la poca eficacia en los estereotipos responsables de un elevado porcentaje de enfermedad grave, el precio prohibitivo de las nuevas vacunas y las inmensas dificultades logísticas que implica la introducción de cualquier intervención a nivel de política nacional.

Malaria

Diversas estrategias han sido utilizadas históricamente para intentar controlar esta enfermedad, basadas esencialmente en la lucha contra el vector transmisor del parásito, la limitación del contacto entre el vector y el hombre, o la actuación contra el parásito.

Desde el punto de vista de la lucha contra el vector, el rociamiento intradomiciliario con insecticidas de depósito (RIID), junto con la gestión medioambiental, y el uso de larvicidas, han salvado millones de vidas en todo el mundo.

El RIID ha sido y sigue siendo un componente esencial para el control de la malaria en gran parte de América latina y Asia, pero no en África subsahariana, donde su uso está aumentando pero todavía es muy limitado.

El método principal para disminuir el contacto hombre-vector se basa en el uso de redes mosquiteras impregnadas de insecticida (RMII). Diversos ensayos han evidenciado que el uso de RMII reduce la mortalidad en menores de 5 años hasta un 20% en el área africana⁴², y no sólo disminuyendo la mortalidad atribuible a la malaria, sino que este efecto se mantiene en el tiempo en las áreas de alta transmisión.

Paradójicamente, estos datos también reflejan de manera evidente el fracaso de las agencias internacionales, de los gobiernos y de la comunidad de salud pública internacional, ya que actualmente menos del 2% de los africanos duermen bajo una red mosquitera, que por menos de 5\$ les puede salvar la vida⁴³. Los datos sobre la eficacia y la efectividad de estas redes a la hora de mejorar la supervivencia infantil, así como para prevenir los efectos perjudiciales de la malaria en las mujeres embarazadas y en sus fetos, son más espectaculares que las de cualquier otra intervención sanitaria moderna.

El tratamiento con el fármaco efectivo de los casos confirmados o sospechosos de malaria ha sido, y continúa siendo, la piedra angular del control de la malaria en el mundo, pero la progresiva aparición de resistencias por parte de los parásitos a los fármacos utilizados habitualmente, ha disminuido el éxito de esta intervención. Estas estrategias han contribuido a que el tratamiento de la enfermedad, históricamente basada en el uso de la cloroquina, sea hoy en día inadecuado y la recomendación actual se basa en el uso de combinaciones de fármacos que incluyan los derivados de artemisininas (ACTs).

Aún así, la prevención de la enfermedad mediante una vacuna de eficacia mantenida sería de gran ayuda para controlarla. Desarrollar una vacuna contra la malaria que sea eficaz en niños y niñas de zonas endémicas, es un gran reto científico, hasta ahora utópico por las enormes dificultades técnicas que implica, pero que parece cada vez más cercano, ya que se han conseguido grandes avances con la vacuna candidata en la fase de desarrollo más avanzada (llamada RTS, y producida por GlaxoSmithKline)⁴⁵. Otras vacunas candidatas se encuentran en diferentes fases de desarrollo, y parece razonable pensar que en los próximos

años serán decisivas para el desarrollo de una vacuna antimalárica efectiva y aplicable a gran escala.

Tratamiento preventivo intermitente en niños y niñas menores de un año⁴⁴

El desarrollo de nuevos fármacos antimaláricos ha sido escaso y son pocos los nuevos antimaláricos aparecidos en las dos últimas décadas, cosa que ha obligado a idear nuevas estrategias con el arsenal terapéutico disponible.

El tratamiento preventivo intermitente en niños y niñas menores de un año (conocido por sus siglas inglesas como IPTi) es una estrategia desarrollada recientemente que mostró ser eficaz a la hora de disminuir el riesgo de malaria clínica en un 59% y de anemia en un 50% en niños menores de un año en Tanzania.

Esta estrategia consiste en la administración de un fármaco antimalárico (actualmente sulfadoxinapirimetamina) en dosis de tratamiento, a los niños y niñas en zonas de riesgo, tres veces durante el primer año de vida, a través del programa ampliado de inmunización (PAI), a los 2, 3 y 9 meses de vida, junto con las vacunas básicas. Así se aprovecharían los contactos sanitarios existentes entre el grupo de alto riesgo de niños y niñas menores de un año y el PAI, que es el único mecanismo de distribución de actuaciones sanitarias, efectivo y operativo en todo el mundo.

Diarreas agudas y malnutrición

La principal estrategia actual para tratar estos episodios implica el uso de una solución de rehidratación oral (SRO). La SRO es, quizás, la innovación médica más rentable y revolucionaria del siglo XX⁴⁶ y su uso progresivo y cada vez más generalizado (de 0% en el año 1979 a más de 80% en el año 1995) es quizás el factor determinante para entender el descenso de la mortalidad específica relacionada con las diarreas⁴⁷.

Es también conocido el efecto beneficioso de la lactancia materna exclusiva a la hora de prevenir la diarrea y disminuir la gravedad de los episodios ya establecidos. De hecho, los niños que no reciben lactancia materna tienen un riesgo de 14 a 25 veces mayor de morir por diarrea respecto a los que la reciben⁴⁸, y la lactancia exclusiva también protege del riesgo

de morir por otras enfermedades, como pueden ser las neumonías⁴⁹. No obstante la evidencia dice que, menos de 4 de cada 10 niños y niñas en el mundo reciben lactancia materna exclusiva durante su primer medio año de vida⁵⁰, una proporción claramente insuficiente y un problema que tiene que ser direccionado y reconducido de forma adecuada y urgente.

Por lo que respecta a la malnutrición, se tiene que impulsar la universalización de las pautas propuestas por la OMS para el tratamiento de la malnutrición grave, no sólo para reducir la malnutrición proteico-energética de forma adecuada, sino también para tratar correctamente los déficits de micronutrientes, ya que han demostrado su eficacia disminuyendo la mortalidad allí donde han estado correctamente aplicadas⁵¹.

Afecciones del periodo perinatal

Es importante entender que las intervenciones sencillas, como promover la lactancia materna exclusiva y mantenida, vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, garantizar el lavado de manos y ofrecer una atención básica y higiénica de los partos, aunque sean domiciliarios, o fomentar el uso correcto de antibióticos profilácticos intraparto, pueden disminuir, de forma positiva, las muertes de los neonatos. Otras medidas, como la administración de vitamina A en el periodo neonatal, también han demostrado ser útiles para disminuir la mortalidad neonatal⁵². Se ha estimado que intervenciones de este tipo podrían prevenir, hasta en un 55% todas las muertes en este periodo, lo que equivaldría a reducir en un 18% la mortalidad infantil global⁵³.

VIH/SIDA

Pese a la magnitud de las estadísticas de esta infección, tenemos que ser optimistas ya que existen herramientas de eficacia probada que pueden ayudar a enderezar la situación. Hace falta desmitificar el SIDA, y enderezarlo con recursos adecuados, definiéndolo como un problema de salud pública y no como un problema moral⁵⁴. Se tiene que universalizar la investigación de los cerostatus de toda mujer embarazada, y ofrecer los tratamientos antiretrovirales (ARVs) en el momento del parto, como la Zidovudina o la Nevirapina, que han demostrado reducir la transmisión vertical, hasta en situaciones de lactancia materna exclusiva. De un modo similar, el tratamiento antirretroviral tiene que llegar a quien más lo necesita, y es inadmisibles que más del 90% de las personas infectadas en el mundo no tenga acceso a él⁵⁵. En ausencia de ARVs, existen

fármacos, como el cotrimoxazol, que han demostrado disminuir la morbimortalidad gracias a la prevención de infecciones oportunistas⁵⁶ y que deben ser utilizados. Se tiene que seguir investigando en una vacuna útil para la prevención de la infección, y en nuevos medicamentos, de precio asequible y menores efectos secundarios.

Sarampión

La disminución del número de muertos por sarampión en los últimos años ha sido sustancial, pero los altos niveles de inmunización tienen que mantenerse, si no se quiere asistir a un rebrote del número de casos.

Se tiene que fomentar la investigación en la costo-efectividad de las diversas estrategias de control del sarampión, incluyendo las campañas de vacunación masiva, así como también en vacunas administrables a los lactantes, que en este momento son los que sufren más directamente las consecuencias de la enfermedad. La prioridad en los esfuerzos globales para erradicar la enfermedad implica dar apoyo a los países empobrecidos para que consigan llegar a mantener unos niveles de cobertura de vacunación similares a los occidentales. Sólo así el sarampión dejará de ser una causa importante de mortalidad infantil.

MUERTES MATERNAS

La mortalidad materna se podría reducir aplicando herramientas y estrategias sencillas que ya existen y que no requieren de grandes inversiones, sino de voluntad para aplicarlas. Éstas son:

- Que las mujeres con riesgo de hemorragias y complicaciones graves intraparto, como la ruptura uterina o la eclampsia permanezcan cerca del centro de salud para actuar rápidamente cuando se inicie el proceso de parto. Puede ser muy útil el uso de casas de espera.
- Que se utilice oxitocina o misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto.
- Que las mujeres que den a luz, como mínimo en un centro de salud y en presencia, si es posible, de una comadrona.
- Que se utilice un partograma para poder diagnosticar a tiempo los partos estacionados que puedan acabar en ruptura uterina y muerte materna o en fístulas uro o rectovaginales.
- Que esté organizado el traslado desde el lugar donde se realiza el parto hasta un centro hospitalario en caso de complicaciones obstétricas.

- Que distintas infecciones, como la sífilis, que se puede curar con penicilina por menos de un euro, se realice de forma sistemática.
- Que la vacunación antitetánica, que evita las muertes fetales y también maternas por tétanos, el ácido fólico y el hierro, para prevenir y tratar las anemias, se administre sistemáticamente.
- Que allí donde la malaria sea endémica se pueda hacer la profilaxis recomendada en la zona.
- Que se disponga de sulfato de magnesio, asequible en todas las economías, para tratar y prevenir las eclampsias.
- Que se pueda hacer el cribado y el tratamiento de la infección por VIH, a fin de prevenir la transmisión vertical de la enfermedad de madres a bebés.
- Que las mujeres dispongan de facilidades para poder utilizar medios anticonceptivos, que evitarían embarazos no deseados que en algunos casos se interrumpen en condiciones inseguras.
- Que haya la posibilidad regulada legalmente de interrumpir los embarazos en circunstancias determinadas.

Durante las últimas dos décadas, las personas expertas han recomendado la promoción y utilización de las comadronas tradicionales para mejorar la mortalidad materna. Las cifras muestran que no se ha mejorado, probablemente porque se les exigía un conocimiento que no podían lograr teniendo en cuenta su escasa formación y, por eso, la OMS pone de momento sus esfuerzos en el hecho de que los partos estén asistidos por personal experto (comadronas o enfermeras preparadas para asistir partos o al menos para saber lo que pueden o no pueden hacer) y tener alternativas organizadas cuando se necesite ayuda médica.

Finalmente, cuando se estudian las muertes maternas, se ha visto que aunque haya un hospital, muchas mujeres en muchos casos, no llegan a él. Por lo tanto, hace falta detectar los momentos en que la mujer corre peligro y evitar “el modelo de las tres demoras”.

- Demora en la toma de decisiones. El personal que asiste el parto, la mayoría de los casos inexperto, no reconoce a tiempo el problema y, además, no es la mujer quien decide ir o no al centro de salud, sino que depende de la autorización del marido o de un familiar de este.
- Demora en el transporte hacia la unidad sanitaria. La falta de medios, las grandes distancias y el mal estado de las carreteras y los transportes alargan peligrosamente el tiempo de llegada al centro de salud.
- Demora en la unidad sanitaria. Incluso cuando la mujer ya ha llegado al centro de salud, la falta

de recursos y de personal se hace evidente, produciendo el tercer retraso de la intervención.

Estos mismos factores y especialmente la falta de asistencia de personal experto son los que ya hemos nombrado como principal causa de los cuatro millones de muertes durante el periodo prenatal.

Este modelo demuestra que no solamente se tienen que solucionar problemas técnicos, médicos o sanitarios, sino que hay aspectos organizativos y antropológicos a tener en cuenta para que la utilización de estas infraestructuras sea viable.

Es cierto que en algunos países de renta baja los indicadores de mortalidad materna e infantil han mejorado en los últimos años, como en Honduras, Malasia, Sri Lanka o Tailandia, demostrando que no es sólo un problema económico, sino que con un ligero incremento de medios, voluntad política y personal mínimamente formado, se pueden mejorar mucho los resultados.

El ejemplo de Sri Lanka ^{57,58}

La reducción de la mortalidad materna en Sri Lanka es uno de los casos más exitosos de desarrollo humano. Este logro se atribuye a la reducción de enfermedades comunicables, mejoras en el sistema sanitario y la introducción de avances médicos. Pero también gracias a que Sri Lanka fue uno de los pocos países que decidió no seguir la política del Banco Mundial de los años 80 y continuó ofreciendo Atención Primaria de Salud gratuitamente a su población.

Las mejoras del sistema sanitario consistieron en dotar a todo el país de unidades de salud, que daban una atención integral maternoinfantil gratuita, poniendo especial atención en la cobertura prenatal y en la detección de las urgencias obstétricas.

Pero el compromiso de mejorar la salud materna, también se debe a la educación de las niñas, así como en la promoción de los derechos de las mujeres, y en el empoderamiento de las mujeres en los procesos electorales.

MUERTES EN ADULTOS

Atención Primaria de salud. Vacunación antitetánica.

La vacunación contra el tétanos⁵⁹ durante el embarazo es un claro ejemplo de cómo la estrategia de atención primaria de salud puede prevenir muertes neonatales y maternas. La inmensa mayoría de los casos de tétanos están asociados al nacimiento y se producen en los países en vías de desarrollo. Afectan a los neonatos o a sus madres después de un parto o de una atención postnatal en condiciones higiénicas deficientes.

En los países donde el tétanos materno y neonatal (TMN) sigue siendo un problema de salud pública, hace falta poner especial atención en la vacunación sistemática de mujeres embarazadas aprovechando la primera toma de contacto con los dispensarios prenatales.

La protección es incompleta con una primera dosis de vacuna, pero con la tercera dosis se ha visto que se induce la inmunidad casi del 100% de las personas vacunadas.

Desde que la OMS hizo una llamada en 1989 en pro de la eliminación mundial del TMN, el número estimado de muertes por tétanos neonatal en todo el mundo se redujo de 800.000, en la década de los 80, a 180.000 en el año 2002. A pesar del impresionante progreso, no se ha alcanzado el objetivo original de eliminar el tétanos neonatal antes de 1995, ni el objetivo posterior de eliminar el TMN, como problema de salud pública, antes de 2005. Sin embargo, entre 1999 y 2005, aproximadamente 64 millones de mujeres en todo el mundo recibieron al menos dos dosis mediante esta estrategia.

Tuberculosis

Actualmente hay dos estrategias importantes en la lucha contra la tuberculosis: el DOTS (tratamiento de observación vigilada directa, por sus siglas en inglés) y la estrategia más amplia Stop Tb (Stop a la Tuberculosis).

En 2005, los programas de DOTS notificaron cerca de 5 millones de pacientes en todo el mundo. Pero para poder hacer frente con garantías a una enfermedad que requiere un largo tratamiento es imprescindible un diagnóstico rápido y un suministro fiable de medicamentos. Eso significa que hacen falta laboratorios que funcionen a pleno rendimiento y existencias continuas de medicamentos. Pero aún con algunas mejoras, hubo muchos países

que en el año 2005 notificaron el agotamiento de las existencias de medicamentos, la escasez de laboratorios, el control deficiente de la calidad de estos y la falta de servicios donde se pudieran realizar cultivos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos⁶⁰.

Por otra parte, la estrategia de Stop Tb es un mecanismo para establecer vínculos entre los planes nacionales de lucha contra la tuberculosis, los proveedores de salud y las comunidades. Se ha demostrado que las conexiones establecidas a través de la atención antituberculosa en la comunidad (DOTS comunitario), la participación mixta pública y privada en el DOTS y el enfoque práctico de la salud pulmonar han mejorado el acceso al diagnóstico y al tratamiento. Aún así, todavía no ha habido ningún país que haya conseguido poner todas estas actividades en pleno funcionamiento en el ámbito nacional.

REFERENCIAS

- 1 European Commission. Commission Staff Working Document. "Contributing to universal coverage of health services through development policy". Brussels, 31.3.2010. http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/SEC2010_382_EN.pdf
- 2 Social determinants of health. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/en/index.html
- 3 Claeson M, Gillespie D, Mshinda H, Troedsson H, Victoria CG. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003;362:323-7.
- 4 Walker N, Schwartzlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet* 2002;360:284-9
- 5 Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003;361:2226-34.
- 6 Global burden of disease 2000: version 2, methods and results. <http://www.int/evidence> (accessed March 31, 2003).
- 7 Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005;365:1147-52.
- 8 UNICEF. Progress since the world summit for children. A statistical review. 2001:http://www.unicef.org/pubsgen/wethechildren-stats/Sgreport_adapted_stats_eng.pdf (accessed in 2003).
- 9 Claeson M, Gillespie D, Mshinda H, Troedsson H, Victoria CG. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003;362:323-7.
- 10 Birn A-E. Gates's grandest challenge: transcending technology as public health ideology. *The Lancet* 2005:<http://image.thelancet.com/extras/o4art6429web.pdf>.
- 11 Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005;365:1147-52.
- 12 Bahwere P, De Mol P, Donnen P, et al. Improvements in nutritional management as a determinant of reduced mortality from community-acquired lower respiratory tract infection in hospitalized children from rural central Africa. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:739-47
- 13 Madhi SA, Ismail K, O'Reilly C, Cutland C. Importance of nosocomial respiratory syncytial virus infections in an African setting. *Trop Med Int Health* 2004;9:491-8.
- 14 Schuchat A, Dowell SF. Pneumonia in children in the developing world: new challenges, new solutions. *Semin Pediatr Infect Dis* 2004;15:181-9.
- 15 WHO. State of the art of new vaccines: research & development. Acute respiratory infections. 2005:http://www.who.int/vaccine_research/documents/new_vaccines/en/index2.html.
- 16 The World malaria report. WHO, 2008. (Accessed 12.11.08, at <http://www.who.int/malaria/wmr2008/malaria2008.pdf>.)
- 17 Breman JG. The ears of the hippopotamus: manifestations, determinants, and estimates of the malaria burden. *Am J Trop Med Hyg* 2001;64:1-11.
- 18 WHO. *The Africa malaria report*. Geneva 2003.
- 19 End decade databases. Diarrhoeal disease. <http://www.childinfo.org/eddb/Diarrhoea/index.htm>. Accessed February the 1st, 2005.
- 20 Thapar N, Sanderson IR. Diarrhoea in children: an interface between developing and developed countries. *Lancet* 2004;363:641-53.
- 21 Kosek M, Bern C, Guerrant RL. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bull World Health Organ* 2003;81:197-204.
- 22 UNICEF. *The State of the World's Children*. New York: UNICEF; 2002 2002.
- 23 Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003;361:2226-34.

- 24** Caballero B. Global patterns of child health: the role of nutrition. *Ann Nutr Metab* 2002;46 Suppl 1:3-7.
- 25** Sanchez PA, Swaminathan MS. Hunger in Africa: the link between unhealthy people and unhealthy soils. *Lancet* 2005;365:442-4.
- 26** Pelletier DL, Frongillo EA. Changes in child survival are strongly associated with changes in malnutrition in developing countries. *J Nutr* 2003;133:107-19.
- 27** Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet* 2004;364:399-401.
- 28** Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 2005;365:891-900.
- 29** Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates. WHO, Geneva, 2006
- 30** THE WHO YOUNG INFANTS STUDY GROUP. Serious infections in young infants in developing countries: rationale for a multicentre study. *The paediatric Infectious Disease Journal* 1999;18:S1-S34.
- 31** Vergnano S, Sharland M, Kazembe P, Mwansambo C, Heath PT. Neonatal sepsis: an international perspective. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90:F220-4.
- 32** WHO. Perinatal mortality. Report: WHO/FRH/MSM/967. Geneva: WHO; 1996.
- 33** WHO. AIDS epidemic update, December 2004. Geneva, 2004: Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- 34** WHO-UNAIDS, (2008). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Available at http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.
- 35** Steinbrook R. The AIDS epidemic in 2004. *N Engl J Med* 2004;351:115-7.
- 36** Dabis F, Ekpini ER. HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet* 2002;359:2097-104.
- 37** Helfand RF, Moss WJ, Harpaz R, Scott S, Cutts F. Evaluating the impact of the HIV pandemic on measles control and elimination. *Bull World Health Organ* 2005;83:329-37.
- 38** Strategic Approach to Improving Maternal and Newborn Survival and Health, WHO Geneva, Switzerland, 2006
- 39** Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. A53/14. Marzo 2000. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf
- 40** Social determinants of health. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/en/index.html
- 41** European Commission. Commission Staff Working Document. "Contributing to universal coverage of health services through development policy". Brussels, 31.3.2010. http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/SEC2010_382_EN.pdf
- 42** Lengeler C. Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000363.
- 43** WHO. *The Africa malaria report*. Geneva 2003 .
- 44** Schellenberg D, Menendez C, Kahigwa E, et al. Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebo controlled trial. *Lancet* 2001;357:1471-7.
- 45** Alonso PL, Sacarlal J, Aponte JJ, et al. Efficacy of the RTS,S/AS02A vaccine against *Plasmodium falciparum* infection and disease in young African children: randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1411-20.
- 46** Santosham M, Keenan EM, Tulloch J, Broun D, Glass R. Oral rehydration therapy for diarrhea: an example of reverse transfer of technology. *Pediatrics* 1997;100:E10.
- 47** Victora CG, Bryce J, Fontaine O, Monasch R. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bull World Health Organ* 2000;78:1246-55.
- 48** Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea. A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989;129:1032-41.
- 49** Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003;361:2226-34.
- 50** Claeson M, Gillespie D, Mshinda H, Troedsson H, Victora CG. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003;362:323-7.
- 51** Ashworth A, Chopra M, McCoy D, et al. WHO guidelines for management of severe malnutrition in rural South African hospitals: effect on case fatality and the influence of operational factors. *Lancet* 2004;363:1110-5.
- 52** Rahmathullah L, Tielsch JM, Thulasiraj RD, et al. Impact of supplementing newborn infants with vitamin A on early infant mortality: community based randomised trial in southern India. *Bmj* 2003;327:254.
- 53** Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
- 54** De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet* 2002;360:67-72.
- 55** Steinbrook R. The AIDS epidemic in 2004. *N Engl J Med* 2004;351:115-7.
- 56** Chintu C, Bhat GJ, Walker AS, et al. Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected

Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:1865-71.

57 Investing in maternal health: Learning from Malaysia and Sri Lanka, I. Pathmanathan et al, World Bank 2003.

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/LuleAchievingtheMDGFinal.pdf>

58 Revisando la realidad a 2010-El Tiempo Corre para Cumplir los ODM de Salud. Acción por la salud Global.

http://old.actionforglobalhealth.eu/content/download/44990/218765/file/ApSG_4_Baja.pdf

59 Weekly epidemiological record. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva. Maig 2006.

http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf

60 Informe Mundial de la tuberculosis 2007. OMS

Y TÚ, ¿QUÉ PUEDES HACER?

Formulario de apoyo a la campaña “Salud para el desarrollo”

A finales de la campaña presentaremos estas firmas, junto con las propuestas y recomendaciones que queremos solicitar, a los organismos públicos responsables de la cooperación.

Y tu, ¿qué puedes hacer?

- Adhiérete a la campaña “Salud para el desarrollo” a través del formulario de apoyo. Con tu apoyo, podremos hacer más fuerza por mejorar las políticas de cooperación catalanas e instar que el resto de políticas (económicas, comerciales, de investigación,...) sean coherentes con las de cooperación.
 - Participa de las actividades organizadas en el marco de la campaña (charlas, mesas redondas y la muestra de películas entre otros)
 - Difunde el mensaje de la campaña.
 - Cuelga el baner de la campaña, si tienes una página web
- Si crees que la salud es un derecho universal que se debería garantizar.
 - Si crees que la consecución de los derechos humanos es una cuestión de responsabilidad global: tanto de cada estado como de la resta de los estados a través de las relaciones establecidas en política y economía internacional.
 - Si crees que la salud es un medio, entre otros, para conseguir el desarrollo humano y en último término, la erradicación de la pobreza.
 - Si crees que la falta de acceso a los medicamentos, que más de la tercera parte de la población mundial sufre, es un problema donde intervienen factores sobre los cuales podemos incidir.
 - Si crees que son necesarios procesos de cambio hacia unas relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, y que hace falta actuar sobre las causas que impiden que las mujeres tengan acceso a la salud.
 - Si crees que mediante intervenciones conocidas, sencillas, accesibles y eficaces, como el uso de sales de rehidratación oral para tratar la diarrea o la vacunación del sarampión, se podrían evitar muchas muertes.
 - Si crees que el cambio sí que es posible, como las iniciativas y soluciones que proponemos i damos a conocer en el marco de la campaña.
 - Si crees que podemos contribuir a mejorar esta situación incrementando, tanto cuantitativa como cualitativamente, la cooperación sanitaria que se realiza desde Cataluña.
 - Si crees que hace falta exigir que otras políticas catalanas (económicas, comerciales y de investigación, entre otros) sean coherentes con las de cooperación.

¡Entra en la web de la campanya y firma!

CONSEJO ASESOR

La campaña cuenta con el apoyo de un Consejo Asesor formado por personas relevantes de distintos ámbitos que asesora y supervisa el buen funcionamiento de la misma. El Consejo está constituido por personas que se implicaran a lo largo de los 3 años y por especialista en la temática anual.

General (2008-2010)

- **Vicenç Cararach**, profesor de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Barcelona y Consultor Sénior del Hospital Clínico de Barcelona. Ex presidente de la ONG Medicus Mundi Catalunya.
- **Mònica Huguet**, periodista y jefe de la sección de cultura de la Redacción de Informativos de TV3.
- **Enric Mayolas**, médico y responsable de la Oficina de Relaciones Institucionales y Cooperación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- **Xavier Seuba**, profesor de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales de la Universidad Pompeu Fabra y consultor de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y de la OMS.
- **Eduard Soler**, vocal de proyectos y ayuda humanitaria de Farmacéuticos Mundi, miembro del Consejo Administrativo de la Confederación Europea de ONGD de Emergencia y Desarrollo (CONCORD).
- **Javier Zulueta**, farmacéutico y ex-responsable del Área de Acción Humanitaria y Emergencias de Farmacéuticos Mundi.

Año 2008. Acceso a los medicamentos

- **Elena del Cacho**, farmacéutica del Hospital Clínico y miembro de la Junta de Medicus Mundi Catalunya.
- **Lourdes Girona**, farmacéutica del Hospital de Vall de Hebron, miembro del GAM y de la Federación de la Asociación para la defensa de la Sanidad Pública.
- **Judit Rius Sanjuan**, abogada de la organización Knowledge Ecology International (KEI). Washington.
- **Joan Rovira**, profesor emérito del Departamento de Teoría Económica de la

Universidad de Barcelona, especializado en Economía de la Salud y asesor de distintas agencias de Naciones Unidas y el Banco Mundial.

Año 2009. Condicionantes de género en el acceso a la salud

- **Cristina Álvarez**, médico, antropóloga y asesora de proyectos de Medicus Mundi Catalunya.
- **Joan Muela**, antropólogo y miembro de la ONGD PASS International.
- **Carme Valls-Llobet**, miembro de Centre d'Anàlisi i Productes Sanitaris (CAPS) y exdiputada del Parlamento de Cataluña.
- **Sara Cuentas**, coordinadora de la ONGD Interred, consultora en género y desarrollo y vocal de y desarrollo y vocal de género de la FCONGD.

Año 2010. Muertes evitables

- **Quique Bassat**, médico pediatra e investigador especializado en Medicina tropical y en Epidemiología del Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB).
- **Marta Clapés**, médico pediatra del Centro de Atención Primaria del Eixample de Barcelona.
- **Juan Garay**, médico internista con extensa experiencia en ONGD, gobiernos locales y universidades africanas y coordinador del equipo de Salud y Desarrollo de la Comisión Europea.
- **Joaquim Gascón**, médico, consultor sénior del Centro de Salud Internacional (CSI) del Hospital Clínic de Barcelona e investigador del Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB).
- **Núria Homedes**, médico especialista en medicina interna y medicina preventiva, profesora asociada de Gestión, Políticas y Ciencias de la Salud y coordinadora de salud global de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas.
- **Montse Renom**, médico pediatra e investigadora especializada en Medicina tropical y en Epidemiología del Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB) y del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

GLOSARIO

ACCD Agencia Catalana de Cooperación para el Desarrollo

ADPIC o TRIPS en inglés Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio

ACTs Combinaciones de fármacos derivados de las artemisininas

AECID Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo

AOD Ayuda Oficial al Desarrollo

ARV Antiretrovirales

CAD Comité de Ayuda al Desarrollo

CMS Comisión de Macroeconomía y Salud

CONCORD Confederación Europea de ONGD de Emergencia y Desarrollo

CRESIB Centre de Recerca de Salut Internacional de Barcelona

DH Derecha Humano

DOTS Estrategia de Tratamiento De Observación Directa

FCONGD Federació Catalana d'Organitzacions No Governamentals per al Desenvolupament

GAVI Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización

IDH Índice de Desarrollo Humano

IPTi Tratamiento Preventivo Intermitente infantil

IRA Infecciones Respiratorias Agudas

ETS Enfermedades de Transmisión Sexual

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMC Organización Mundial de Comercio

OMS Organización Mundial de la Salud

ONGD Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo.

OSC Organizaciones de la Sociedad Civil

PAI Programa Ampliado de Inmunización

PIB Producto Interior Bruto

PIDCP Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PIDESC Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PMA Países Menos Avanzados

PNE Países No Especificados

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PRB Países de renta Baja

PRMA Países de Renta Media-Alta

PRMB Países de Renta Media Baja

PVD Países en Vías de Desarrollo

R+D Recerca i Desenvolupament

RIID Rociamiento Intradomiciliario con Insecticidas de Depósito

SIDA Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

SRO Sales de Rehidratación Oral

Tb Tuberculosis

TMN Tétanos materno y neonatal

UK Reino Unido

UNESCO Organización de las naciones unidas para la Educación, la Ciencia y la

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WHA Asamblea Mundial de la Salud

RMII Redes Mosquiteras Impregnadas de Insecticida

CONTACTO

Campaña “Salud para el desarrollo”

Tel: +34 679 46 48 12

e-mail: info@saludxdesarrollo.org

Web: www.saludxdesarrollo.org

Farmacéuticos Mundi. Sede Catalunya

c/ Villarroel, 164,1o 2a

08036 Barcelona

Tel: +34 93 244 44 55

Fax: +34 93 244 44 56

e-mail: catalunya@farmamundi.org

Web: www.farmamundi.org

Medicus Mundi Catalunya

c/ Elisa, 14, bajos

08023 Barcelona

Tel: +34 93 418 47 62

Fax: +34 93 418 48 66

e-mail: catalunya@medicumundi.es

Web: www.medicumundi.es/catalunya