

2000  
2005 mantengamos la promesa  
2015

mdg

La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio



Organización  
Mundial de la Salud

# Agradecimientos

El presente informe ha sido elaborado conjuntamente por el Departamento de ODM, Salud y Políticas de Desarrollo (HDP) y el Departamento de Sistemas de Medición e Información Sanitaria (MHI). Rebecca Dodd ha sido la directora de edición, y las siguientes personas han colaborado en la preparación de la obra: Michel Thieren y Michel Beusenberg (capítulo 1); Andrew Cassels (capítulo 2); Rebecca Dodd (capítulos 3, 5 y 6); Kenji Shibuya y Colin Mathers (capítulo 4), y Carla Abou-Zahr y Michel Thieren (capítulo 7).

Damos las gracias a Carla Abou-Zahr, Michel Beusenberg, Ties Boerma y Andrew Cassels por la orientación general aportada y a Denis Daumerie, Cecil Haverkamp, Amine Kébé, Brenda Killen, Dermot Maher, Paolo Piva, Heide Richter-Airijoki, Jacqueline Toupin, Phyllida Travis, Eugenio Villar y Diana Weil por su asesoramiento y observaciones adicionales. Vaya también nuestro agradecimiento a los numerosos departamentos y oficinas regionales de la OMS que han proporcionado textos, observaciones e ideas, y a Catherine Browne y Marie-Claude van Holten por su apoyo administrativo.

La revisión de la versión en español, su impresión y distribución es un esfuerzo colaborativo de la OPS, Oficina Regional de la OMS para las Américas, y del Departamento de ODM, Salud y Políticas de Desarrollo de la sede de la OMS.

Catalogación por la biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.  
La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

1.Salud mundial 2.Prioridad en salud 3.Prestación de atención de salud 4.Costo de la enfermedad 5.Desarrollo 6.Metas 7.Justicia social 1.Título

ISBN 9 24 356298 3

(Clasificación NLM: WA 530.1)

© Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Argentina - Diseño y maquetación: Kaolis/Montpellier-Francia.

Ilustraciones: OMS/Virot P. – OMS/TBP/Davenport, Falise, Hampton, Van der Hombergh, Colors magazine/Langvad J.  
Organización Internacional del Trabajo/Crozet M., Deloche P., Derrien J.M., Lissac P., Maillard J.

## Prefacio

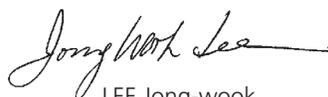
Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un pacto mundial único. Tienen su origen en la Declaración del Milenio, que firmaron 189 países, y cuentan con apoyo político internacional. Así pues, traducen el compromiso sin precedentes por parte de los líderes mundiales de afrontar las formas más básicas de injusticia y desigualdad de nuestro mundo: la pobreza, el analfabetismo y la mala salud.

Los ODM relacionados con la salud no abarcan todas las cuestiones de salud que atañen a las personas pobres y los países pobres, pero sirven de indicadores de los desafíos más básicos que quedan por afrontar: impedir que las mujeres mueran durante el embarazo y el parto; proteger a los niños pequeños de la mala salud y la muerte y hacer frente a las principales enfermedades transmisibles, en particular al VIH/SIDA. A menos que podamos resolver esas cuestiones fundamentales, ¿qué esperanza nos quedará de encontrar soluciones en otras esferas igualmente importantes de la salud?

El año 2005 es fundamental para los ODM, pues el plazo fijado para alcanzarlos, 2015, está a sólo diez años. Las pruebas disponibles hasta la fecha indican que se han hecho algunos progresos, pero todavía son demasiados los países, especialmente los más pobres, que están a la zaga en el terreno de la salud. Esto probablemente repercutirá en otras esferas, como la educación, la igualdad entre hombres y mujeres y la reducción de la pobreza. En resumen, la visión de los ODM de crear un mundo mejor y más justo no se materializará a menos que podamos hacer más por mejorar la salud de las personas pobres.

En el presente informe se explican algunos de los motivos de la lentitud de los progresos y se sugieren soluciones. No sólo se examinan datos estadísticos, sino que se pasa revista a las esferas estratégicas y normativas en que hay que introducir cambios y proporcionar apoyo. Además, se resume la contribución de la OMS a los debates sobre los ODM y a la Cumbre del Milenio de septiembre de 2005.

Hacer avances mucho más rápidos en el terreno de la salud es posible y hay muchos logros ejemplares de los que inspirarse. Disponemos de conocimientos y herramientas, y los recursos se pueden conseguir. Lo que se necesita es voluntad y compromiso políticos para expandir de forma radical nuestras actividades. Si queremos tener éxito, hemos de emprezar ya. Pocos desafíos son más trascendentales o más urgentes.



LEE Jong-wook  
Director General  
Organización Mundial de la Salud

# Índice

## 07 Introducción

'01

## 13 Progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud

- 15 Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- 16 Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- 18 Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- 20 Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- 26 Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- 29 Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

'02

## 31 Sistemas de salud plenamente operativos y equitativos: condición fundamental para alcanzar los ODM relacionados con la salud

- 33 Un programa de acción para los sistemas de salud
- 34 Recursos humanos para la salud
- 36 Financiación equitativa y sostenible
- 36 Medicamentos, medios de diagnóstico e infraestructura básica necesarios para prestar servicios
- 37 Evaluación de los progresos y seguimiento de los resultados
- 38 Organización de los servicios de salud: adopción de sistemas más equitativos y favorables a los pobres
- 40 Definición de las normas de actuación: rectoría y papel del Estado
- 41 Conclusión

'03

## 43 Más allá de la prestación de los servicios de salud: la salud en el desarrollo

- 45 La salud y el desarrollo: ¿qué significa en la práctica?
- 46 Aumento de la importancia de la salud en los procesos nacionales de desarrollo
- 48 Enfoques basados en programas
- 49 Conclusión

'04

## 51 Cómo afrontar los desafíos sanitarios cambiantes del mundo en desarrollo

- 52 Brecha sanitaria cada vez mayor
- 53 Carga de morbilidad cada vez más compleja
- 57 Efectos de la globalización
- 59 Conclusión

'05

## 61 Movilización de recursos

- 63 Objetivo 8
- 63 ¿Cuánto costaría alcanzar los ODM relacionados con la salud?
- 64 Repercusión económica de la expansión
- 65 Conclusión

'06

## 67 Mejora de la eficacia de la ayuda destinada a la salud

- 68 Apropiación, armonización, alineación y resultados
- 70 La salud: un sector cada vez más complejo
- 70 Cooperación para el desarrollo en los Estados vulnerables
- 73 Conclusión

'07

## 75 Dificultades para seguir los progresos y medir los logros

- 76 Desafíos de política
- 76 Desafíos técnicos
- 79 Desafíos operacionales
- 80 Red de sanimetría
- 81 Conclusión

## 82 Lista de siglas



La salud y los Objetivos  
de Desarrollo del Milenio



2000  
2005 mantengamos la promesa  
2015



## Introducción

# En

2000, la comunidad internacional asumió un compromiso histórico: erradicar la pobreza extrema y mejorar la salud y el bienestar de las personas más pobres del mundo en un periodo de 15 años. Ese compromiso se plasmó en la Declaración del Milenio (1) y a partir de él se fijaron ocho objetivos con plazos concretos, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (véase el gráfico).

Los ODM, que gozan ya de una aceptación generalizada en países ricos y pobres, son considerados un marco fundamental para las actividades de desarrollo y un punto de referencia para medir el éxito. A tan sólo diez años de la fecha fijada como objetivo, esto es, 2015, ha llegado el momento de examinar los progresos realizados, hacer un balance de los logros y afrontar los desafíos que se plantean. Por lo que respecta a la salud, los ODM son importantes al menos por cinco razones.

En primer lugar, establecen un conjunto común de prioridades para combatir la pobreza. Este nivel de consenso sin precedentes entre gobiernos nacionales, organismos internacionales y el sistema de las Naciones Unidas proporciona impulso político y orientación a las actividades de desarrollo.

En segundo lugar, la salud ocupa un lugar central en los ODM, en reconocimiento de su importancia fundamental para el programa mundial de reducción de la pobreza y como medida del bienestar humano. La salud está representada en tres de los ocho objetivos, y se prevé su contribución al logro de los demás objetivos, en particular a los relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Y lo que es muy importante, los objetivos de salud se centran también en problemas que afectan de manera desproporcionada a los pobres.

En tercer lugar, en el marco de los ODM, se establecen una serie de metas cuantificables y ambiciosas que sirven para medir los progresos. Esas metas ofrecen una indicación de si las actividades pertinentes van camino de alcanzar los objetivos fijados y constituyen un medio de exigir responsabilidad a los decisores.

En cuarto lugar, se puede calcular qué costo antrañará alcanzar los ODM. Esto a su vez pone de relieve la enorme diferencia que existe entre los recursos disponibles y los recursos necesarios y constituye un nuevo elemento en apoyo de la solicitud que viene formulando desde hace tiempo el sector de la salud de que se aumenten drásticamente los fondos que se le destinan.

En quinto lugar, en el objetivo 8 se prevé el establecimiento de una asociación mundial para el desarrollo. Con este elemento singular de los ODM se reconoce que los países ricos deben adoptar algunas medidas para que los pobres puedan alcanzar los objetivos 1 a 7. El objetivo 8 sirve para recordar que la seguridad y la prosperidad mundiales dependen de que el mundo sea más equitativo para todos.

...  
Un elemento importante es que los ODM han contribuido a que se expresen los desafíos con que se enfrenta el sector de la salud. A medida que los países desarrollados y en desarrollo comienzan a considerar seriamente lo que hará falta para alcanzar los ODM relacionados con la salud, empiezan a estar más claras las dificultades que se plantean. Esos desafíos, también cinco, son el objeto del presente informe y representan además los elementos básicos de la estrategia de la OMS para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El primer desafío consiste en fortalecer los sistemas de salud. Si los sistemas de salud no son más eficaces y equitativos, los países no podrán llevar a cabo la expansión de los programas de prevención y lucha contra las enfermedades que es necesaria para alcanzar los objetivos sanitarios de reducir la mortalidad materno-infantil y hacer retroceder el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. En el capítulo 2 se describe un programa de acción para mejorar los sistemas de salud y lograr que respondan mejor a las necesidades de los pobres.

El segundo desafío es conseguir que se dé prioridad a la salud en todas las políticas económicas y de desarrollo. Para ello hay que mirar más allá del sistema de salud y abordar los determinantes generales de la mala salud, como los bajos niveles de educación, la pobreza, las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, los comportamientos de alto riesgo y los entornos insalubres, y conceder mayor importancia a la salud en los procesos nacionales de reducción de la pobreza y reforma gubernamental. En el capítulo 3 se pasa revista a las consecuencias prácticas de tratar la salud en el contexto de la reducción de la pobreza, y se explica que dentro del grupo de países en desarrollo las experiencias y necesidades son muy distintas. Los estados vulnerables, y los que salen de una situación de conflicto, requieren una atención particular.

El tercer desafío es establecer estrategias sanitarias que respondan a las necesidades diversas y cambiantes de los países, lo que significa diseñar estrategias costo-eficaces para combatir las enfermedades y afecciones a las que corresponda la mayor carga de morbilidad, ahora y en el futuro. Además de las prioridades reflejadas en los ODM, las intervenciones de salud reproductiva serán fundamentales en todos los países. Las actividades destinadas a reducir la violencia y los traumatismos, así como las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y las relacionadas con el tabaquismo, son importantes en casi todos los lugares. Como se ve en el capítulo 4, los ODM se refieren a resultados deseables para mejorar el bienestar general de las personas. Alcanzar esos resultados entraña necesariamente llevar a cabo una amplia gama de actividades, incluidas muchas de carácter sanitario.

El cuarto desafío consiste en movilizar más recursos para el sector de la salud en los países pobres. En estos momentos, los países de bajos ingresos «no se pueden permitir» alcanzar los ODM, y la ayuda que reciben no está cubriendo todas sus necesidades. En el capítulo 5 se explica cuánto costaría alcanzar los ODM y en el 6 se examina la manera en que la ayuda (asistencia para el desarrollo) destinada a la salud se podría aportar de forma más eficaz y equitativa.

El quinto desafío se refiere a lo que necesitamos para mejorar la calidad de los datos sanitarios. Medir los progresos alcanzados en la consecución de los ODM es una responsabilidad fundamental de los gobiernos nacionales, y la labor de vigilancia mundial es una de las funciones más importantes que lleva a cabo el sistema de las Naciones Unidas. Esa labor proporciona información sobre la que basar la adopción de decisiones a nivel mundial y nacional. A nivel mundial, demostrar que se están haciendo progresos puede contribuir a generar más recursos y mantener el impulso



político. Y a nivel nacional, disponer de información fiable puede ayudar a que las políticas estén orientadas a objetivos adecuados y a las personas más necesitadas. Entre los problemas que se plantean, cabe citar la falta de datos, el mal funcionamiento de los sistemas de información sanitaria, el análisis excesivo de los datos y las dificultades para contar con los datos desglosados que se necesitan para estudiar las diferencias entre hombres y mujeres y entre ricos y pobres. En el capítulo 7 se examinan algunas de las dificultades que entraña la vigilancia de los ODM y se proponen algunas soluciones.

Al estudiar esos cinco desafíos, el presente informe se centra en las cuestiones de política que revisten importancia para el sector de la salud en su conjunto.

Por consiguiente, no presta atención a ninguna esfera técnica en particular ni a los

progresos alcanzados en la consecución de los ODM por

los distintos países. Sin embargo, en el capítulo 1 se

presenta un panorama general de los progresos

alcanzados hasta la fecha con respecto a

los ODM relacionados con la salud y se

indican las esferas en que se han

cosechado éxitos y muchas otras en

que los progresos han sido más

lentos de lo esperado.

...



Afrontar las enfermedades y afecciones que aquejan de forma desproporcionada a los pobres es parte esencial de la labor de la OMS. Así pues, las actividades destinadas a alcanzar los ODM se integran en las principales tareas de la Organización. La OMS tiene amplios programas para ayudar a los países a luchar contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo; mejorar la salud materno-infantil y la nutrición, y expandir el acceso a los medicamentos esenciales. Prueba de ello es que el compromiso de la OMS con respecto a la Declaración del Milenio ha sido reafirmado por sus órganos deliberantes (2, 3) y que el próximo Programa General de Trabajo de la Organización abarcará el periodo comprendido entre 2006 y 2015, el cual se ha elegido específicamente para que coincida con la fecha fijada para la consecución de los ODM, esto es, 2015. Por lo tanto, aunque los ODM no reflejan toda la labor de la OMS, representan una parte fundamental de su programa de ayuda a los Estados Miembros y ofrecen puntos de referencia clave para medir la contribución general de la Organización al desarrollo de la salud.

Los gobiernos de los países ricos y los países pobres, las organizaciones de desarrollo y los grupos de la sociedad civil esperan que la OMS los dirija y los guíe para alcanzar los ODM relacionados con la salud. El presente informe contiene los elementos esenciales – las estrategias y las aportaciones – que ayudarán a la comunidad internacional, mediante un esfuerzo común, a afrontar la crisis sanitaria que se plantea a muchos países pobres y, con ello, contribuirán a la reducción de la pobreza.

*Los temas abordados en el presente informe se escogieron en una reunión interregional de la OMS celebrada en Costa Rica en noviembre de 2004. Los representantes de las seis regiones de la Organización, junto con personal de la Sede y de algunas oficinas en los países, se reunieron para examinar los principales desafíos generales para alcanzar los ODM. Resultado de ello fue un documento preparado para el Consejo Ejecutivo y una resolución que se presentó a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005 (4, 5). Ambos documentos recogen lo que la OMS considera que son las directrices estratégicas básicas para alcanzar los ODM relacionados con la salud. En este informe se examinan más detalladamente esos temas, y se tratan de forma más amplia los variados y profundos debates de Costa Rica.*

- 1 - Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York, NY, Organización de las Naciones Unidas, 2000 (A/RES/55/2; <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf?OpenElement>, visitado el 22 de abril de 2005).
- 2 - Resolución EB109.R3. Contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. En: *109ª reunión del Consejo Ejecutivo, Ginebra, 14-21 de enero de 2002. Resoluciones y Decisiones*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002 (EB109.R3, [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB109/eb109r3.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB109/eb109r3.pdf), visitado el 22 de abril de 2005).
- 3 - Contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Nota de la Directora General. En: *55ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002. Resoluciones y Decisiones*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002 (A55/6; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa556.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa556.pdf), visitado el 22 de abril de 2005).
- 4 - Consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: informe de situación. En: *115ª reunión del Consejo Ejecutivo, Ginebra, 17-25 de enero de 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. (EB115/5; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_5-es.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_5-es.pdf), visitado el 1 de junio de 2005).
- 5 - Resolución WHA58.30. Acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio. En: *58ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 16-25 de mayo de 2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHA58.30; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_30-es.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_30-es.pdf), visitado el 1 de junio de 2005).

# La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

## Metas de salud

## Indicadores sanitarios

### Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1 Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día

Meta 2 Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal
	5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

### Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3 Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

### Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 4 Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015

### Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Meta 5 Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
	14. Tasa de mortalidad infantil
	15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

### Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Meta 6 Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna
	17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

### Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7 Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años
	19. Uso de preservativos como porcentaje de la tasa de uso de anticonceptivos
	20. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años
Meta 8 Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al paludismo
	22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo
	23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis
	24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

### Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 9 Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
Meta 10 Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales
Meta 11 Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	31. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento, en zonas urbanas y rurales

### Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta 12 Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio	
Meta 13 Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados	
Meta 14 Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo	
Meta 15 Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo	
Meta 16 En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo	
Meta 17 En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales a precios razonables en los países en desarrollo	46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables
Meta 18 En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	



# Progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud



En este capítulo se ofrece un panorama general de los

## progresos

01 02 03 04 05 06 07  
capítulo

realizados en la consecución de las metas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud.<sup>i</sup> El año 2005 está a más de la mitad de camino del plazo establecido para alcanzar los ODM, esto es, 2015 (los objetivos se fijaron con respecto a datos de referencia de 1990). En general, los datos que se presentan no son alentadores, pues indican que, de persistir las tendencias observadas durante la década de los noventa, la mayoría de los países pobres no alcanzarán los ODM relacionados con la salud.

Actualmente, ninguna de las regiones más pobres del mundo en desarrollo está en vías de lograr la meta relativa a la mortalidad infantil. En cuanto a la mortalidad materna, según las pruebas disponibles, sólo ha disminuido en los países con los niveles más bajos de mortalidad; en aquellos donde la mortalidad materna es alta, la situación se ha estancado e incluso ha empeorado.

Los datos relativos a la *cobertura* de algunas intervenciones de salud son más esperanzadores. Por ejemplo, la proporción de mujeres que cuenta con la asistencia de personal médico especializado durante el parto ha aumentado rápidamente en algunas regiones, especialmente en Asia, si bien con respecto a un porcentaje de referencia bajo; el uso de mosquiteros tratados con insecticida es mayor, y la cobertura de tratamientos eficaces contra la tuberculosis se ha expandido. Sin embargo, otros datos (que no se consignan en este capítulo) indican que la cobertura de las intervenciones de salud infantil no está siguiendo esa tendencia: la tasa mediana de cobertura de las principales intervenciones preventivas y curativas destinadas a garantizar la supervivencia infantil se mantiene entre un 20% y un 25%.

...

i - Los datos que se presentan en este informe los han aportado la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Los gráficos y los mapas han sido preparados por la División de Estadística de las Naciones Unidas en el marco del informe de 2005 sobre los progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Banco Mundial también hicieron aportaciones a las secciones de ese informe de la Naciones Unidas relacionadas con la salud.

...

Se ha comprobado que determinar los promedios nacionales de los 17 indicadores sanitarios relacionados con los ODM es una tarea compleja desde el punto de vista técnico y operacional (véase el capítulo 7). Sin embargo, gracias a la labor de vigilancia de esos objetivos, se ha podido disponer por primera vez de un conjunto fiable y comparable de estadísticas sanitarias nacionales, información que resulta muy útil para la formulación de políticas y para fines de promoción. No obstante, aunque la vigilancia de los ODM ofrece una buena descripción de los progresos realizados en cuanto a las metas de salud, no proporciona un análisis de la situación.

Por sí solas, las estadísticas no nos dicen *por qué* aumentan o disminuyen las tasas de mortalidad o de cobertura, ni las políticas que convendría adoptar en respuesta a ello. En los capítulos 2 a 7 del presente informe se va más allá de la información relativa a cada meta y se trata de determinar las tendencias, los éxitos y los fracasos que inciden actualmente en el sector de la salud en su conjunto. Algunos de los problemas fundamentales son característicos de las situaciones de pobreza y falta de desarrollo en general, pero muchos están relacionados específicamente con el sector de la salud. La OMS considera que sólo se pueden hacer progresos en todas las esferas de la salud y conseguir que en el futuro las estadísticas sobre los ODM relacionados con la salud ofrezcan un panorama más prometedor, si se afrontan esos problemas generales que afectan a diversos sectores.



## OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

**Meta 2.** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

**Indicador 4.** Número de niños de menores de 5 años de peso inferior al normal

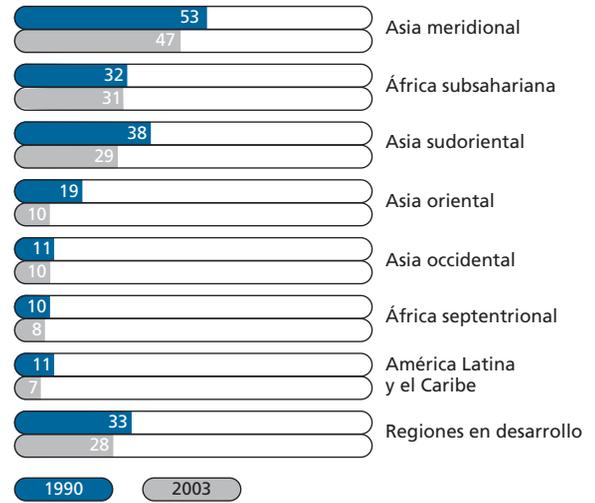
Está reconocido internacionalmente que la malnutrición infantil – que se traduce en un crecimiento insuficiente del niño – es un importante indicador de la salud pública. Los niños pequeños son los más vulnerables a ella y los que más riesgo tienen de padecer sus consecuencias adversas.

La malnutrición no se debe únicamente a la falta de alimentos, sino también a los efectos debilitadores de enfermedades infecciosas, como la diarrea y la neumonía, y a la ausencia de atención adecuada. La malnutrición contribuye a la mitad de las muertes infantiles. Hasta ahora los avances en la reducción de la malnutrición infantil han sido lentos (véase la figura 1).

Más de 150 millones de niños menores de cinco años del mundo en desarrollo están malnutridos (faltos de peso), y entre ellos se incluye casi la mitad de los niños de Asia meridional. En el África subsahariana, el número de niños con insuficiencia ponderal creció de 29 a 37 millones entre 1990 y 2003. En Asia oriental se registraron progresos, pues el número de niños malnutridos descendió de 24 a 10 millones.

Entre las estrategias destinadas a combatir la malnutrición infantil cabe citar la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del niño, el aumento del uso de suplementos de micronutrientes, la reducción de las enfermedades infecciosas y la mejora del acceso a agua salubre y servicios de saneamiento.

**Figura 1:** Proporción de niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal, 1990 y 2003 (en porcentajes)



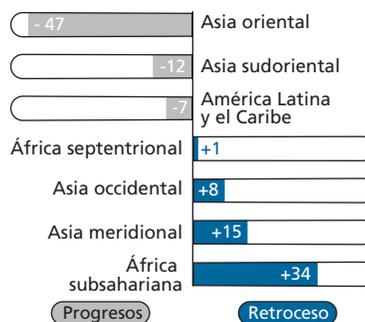
Fuentes: UNICEF y OMS

**Indicador 5.** Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

01 02 03 04 05 06 07  
capítulo

En 2002, 815 millones de personas padecían hambre en el mundo en desarrollo. En las regiones más afectadas, el número de personas que pasa hambre ha aumentado en decenas de millones (véase la figura 2); la falta de alimentos en ellas se ha debido principalmente al incremento de la población y a la escasa producción agrícola. El hambre suele afectar en particular a las zonas rurales, sobre todo a las personas que no poseen tierras o a los agricultores cuyas parcelas son demasiado pequeñas para subvenir a sus necesidades.

**Figura 2:** Variación en el número de personas que carecen de alimentos suficientes entre 1990 y 2002 (en millones)



Fuente: FAO.

## OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

**Meta 5.** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años

**Indicador 13.** Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años

Entre 1960 y 1990, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en las regiones en desarrollo se redujo a la mitad, llegando a situarse en uno de cada 10. El objetivo es lograr que se reduzca en otras dos terceras partes.

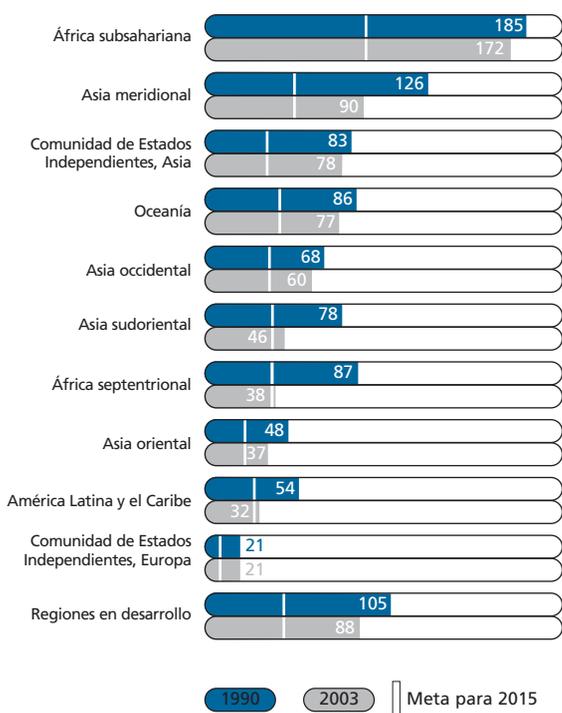
El 73% de los 10,6 millones de defunciones infantiles que se registran cada año se deben a seis causas: neumonía, diarrea, paludismo, neumonía o sepsis neonatal, nacimiento prematuro y asfixia durante el parto.

Más de una de cada cinco muertes de menores de cinco años se produce en la primera semana de vida, principalmente debido a la malnutrición de la madre y el feto, que hace que los niños nazcan con insuficiencia ponderal; a ellos se suma la deficiente atención prenatal y la falta de asistencia calificada durante el parto.

Las estimaciones regionales de las tasas de mortalidad de menores de cinco años correspondientes a 2003 oscilan entre tan sólo 9 por cada 1000 nacidos vivos en los países desarrollados y 172 por cada 1000 nacidos vivos en el África subsahariana (véase la figura 3). En relación con el objetivo fijado, las diferencias de una región a otra en cuanto a la reducción de esa tasa entre 1990 y 2003 son impresionantes. En África septentrional, América Latina y el Caribe y Asia sudoriental se han registrado avances rápidos, pero es evidente que otras regiones no van camino de alcanzar el objetivo. En algunos países del África subsahariana con altos niveles de infección por el VIH, eso puede deberse, en cierta medida, a la transmisión del VIH de la madre al niño.

Sin embargo, en la mayoría de los países, la mortalidad infantil ha disminuido de forma más lenta debido a que no han sido suficientes las actividades para reducir la malnutrición y lograr la plena cobertura de las intervenciones contra la diarrea, la neumonía, las enfermedades prevenibles mediante vacunación y el paludismo. Si persisten hasta 2015 las tendencias registradas en la década de los noventa en las tasas de mortalidad de menores de cinco años, la reducción de esa tasa a nivel mundial entre 1990 y 2015 será de aproximadamente una cuarta parte, resultado que dista mucho de las dos terceras partes fijadas como objetivo. Aunque la tasa de reducción se multiplicara por cinco, el objetivo de reducir la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes seguiría sin poderse alcanzar para 2015.

**Figura 3:** Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos, 1990 y 2003



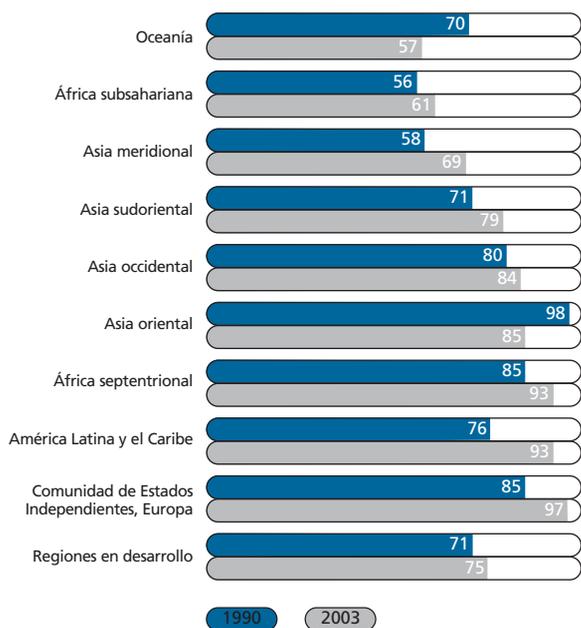
Fuentes: UNICEF y OMS



**Indicador 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión**

A pesar de que existe una vacuna segura, eficaz y de costo relativamente bajo desde hace más de 40 años, el sarampión sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en la niñez. Cerca de un 4% de las defunciones de niños menores de cinco años es atribuible al sarampión.

**Figura 4: Cobertura de la inmunización contra el sarampión: tendencias regionales (en porcentajes)**



Fuentes: UNICEF y OMS

En la figura 4 se ilustran las tendencias en la cobertura de la inmunización contra el sarampión en diversas regiones desde 1990.

El gráfico muestra que, aunque la cobertura de la inmunización sistemática contra el sarampión en el conjunto de los países en desarrollo se mantuvo relativamente constante entre 1990 (71%) y 2003 (75%), siguen existiendo enormes diferencias entre las regiones. En las economías de mercado desarrolladas, los países de Europa central y oriental y la Comunidad de Estados Independientes (CEI), América Latina y el Caribe y las regiones de Oriente Medio y África septentrional se observan tendencias estables y una cobertura vacunal superior al 85%. En la región de Asia meridional la cobertura continúa estando por debajo del 80%, pero está mejorando, sobre todo gracias al aumento del nivel de cobertura en la India. En la región de Asia oriental se ha registrado una notable disminución de la cobertura, que pasó de un 98% en 1990 a un 85% en 2003; ese descenso se relaciona principalmente con un cambio en la metodología para medir la cobertura en la República Popular China. En la región del África subsahariana se observa una mejora gradual, aunque pequeña, de la cobertura, que aumentó de un 56% en 1990 a un 61% en 2003.

## OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

**Meta 6.** Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

**Indicador 16.** *Tasa de mortalidad materna*

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la principal causa de defunción y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva de los países en desarrollo; en 2000 ocasionaron la muerte de más de medio millón de mujeres y provocaron discapacidades y dolencias varias a muchos millones más. En 2000, la mitad de esas defunciones (251 000) se produjeron en África, cerca de un 48% (253 000) en Asia, cerca de un 4% (22 000) en América Latina y el Caribe, y menos de un 1% (2500) en las regiones más desarrolladas del mundo.

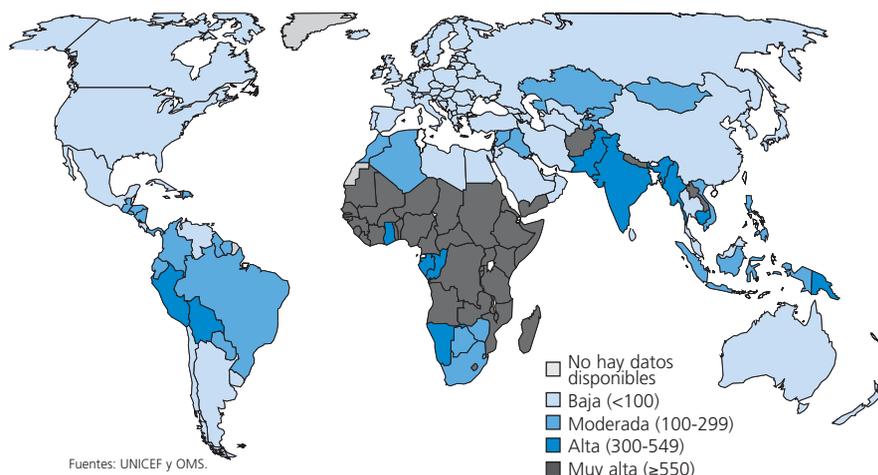
El acceso universal a la atención de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, es la base de la salud materna, y resulta especialmente importante para atender a las necesidades de los 1,3 millones de mujeres jóvenes cuya vida reproductiva está a punto de comenzar. En la actualidad 200 millones de mujeres no tienen acceso a servicios que ofrezcan anticonceptivos seguros y eficaces.

Se calcula que a nivel mundial la tasa de mortalidad materna, que es una medida del riesgo obstétrico relacionado con cada embarazo, asciende a 400 por cada 100 000 nacidos vivos. Por regiones, la tasa más alta se observa en África (830), seguida de Asia (330), Oceanía (240), América Latina y el Caribe (190) y los países desarrollados (20). En los lugares con una elevada tasa de fecundidad, las mujeres se ven enfrentadas a ese riesgo varias veces durante su vida y la probabilidad de morir durante el embarazo o el parto a lo largo de la vida puede ser de hasta 1 entre 16, en comparación con 1 entre 2800 en los países desarrollados. La mortalidad materna es difícil de medir de manera fiable en la mayoría de los países en desarrollo, donde no se registran sistemáticamente las

defunciones ni se expiden certificados médicos con la causa de la defunción. Existe también la posibilidad de realizar encuestas domiciliarias, pero el tamaño de la muestra ha de ser tan grande que las estimaciones presentan amplios intervalos de confianza, que hacen que no sirvan para llevar un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo. Por ese motivo, los datos sobre las tendencias de las tasas de mortalidad materna son escasos. Existen pruebas de que en algunos países esas tasas han disminuido, pero no se trata de aquéllos en los que el embarazo y el parto entrañan mayores riesgos. En la figura 5 se ilustra la situación de la mortalidad materna en el mundo.



Figura 5: Tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos, 2000



Fuentes: UNICEF y OMS.

### Indicador 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

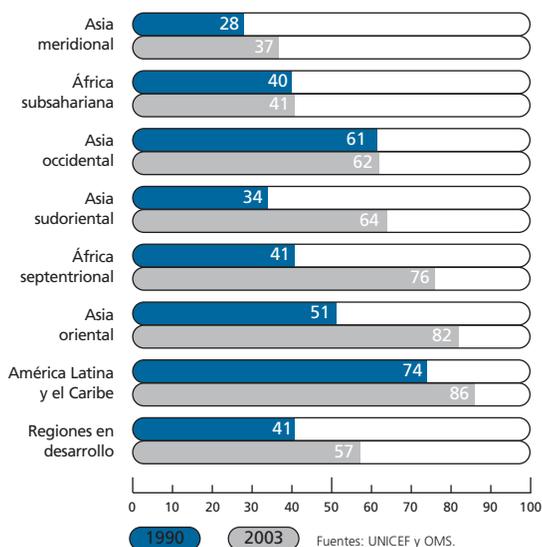
La asistencia de personal calificado en el parto puede contribuir a reducir la mortalidad materna. La proporción de mujeres que da a luz con la ayuda de un profesional sanitario calificado (médico, enfermera o partera) guarda una estrecha relación con las tasas de mortalidad materna.

Las tendencias de ese indicador durante la década de los noventa apuntan a que se han hecho importantes progresos en los países en desarrollo, pues entre 1990 y 2003 la proporción general de partos asistidos por personal calificado aumentó de un 41% a un 57%. Sin embargo, hay grandes diferencias entre las regiones, como se observa en la figura 6. En el África subsahariana no se registraron cambios significativos en ese periodo, y la proporción de partos asistidos permaneció en torno a un 40% durante todo el decenio. Del mismo modo, el incremento de esa proporción en Asia occidental fue leve, tan sólo de un 2%, aunque en general las tasas registradas fueron más altas que en el África subsahariana. En cambio, en África septentrional y Asia sudoriental la cobertura creció considerablemente, y en el año 2003 entre dos tercios y tres cuartas partes de las mujeres de esas regiones fueron asistidas por personal calificado en el parto. En Asia meridional

aumentó la cobertura, pero siguió siendo muy baja, pues sólo una de cada tres mujeres cuenta con asistencia especializada en el parto. En América Latina y el Caribe la proporción de mujeres asistidas en el parto por personas calificadas aumentó en un 16% durante ese periodo; ésta es la región donde la cobertura alcanza los niveles generales más altos, pues en 2003 llegó a ser de un 86%. En esas agrupaciones regionales se observan diferencias importantes de un país a otro y dentro de un mismo país.

01 02 03 04 05 06 07  
capítulo

Figura 6: Partos asistidos por personal calificado: tendencias regionales (en porcentajes)



## OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

**Meta 7.** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

**Indicador 18.** Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años

El VIH/SIDA es, con diferencia, la principal causa de mortalidad prematura en el África subsahariana y la cuarta causa de mortalidad del mundo entero. Se calcula que a finales de 2004 unos 39 millones de personas vivían con el VIH en el mundo. En 2004 murieron 3,1 millones de personas a causa del SIDA, entre ellas 510 000 niños. En el África subsahariana, las tasas de prevalencia del SIDA entre los adultos se sitúan en torno a un

7,4%, y llegan a ser superiores a un 20% en algunos lugares. Esas tasas parecen haberse estabilizado en la mayoría de las subregiones del África subsahariana. La segunda región más afectada es la del Caribe, donde la tasa de prevalencia entre los adultos ronda el 2,3%. En los últimos

años, varios países de Europa oriental han sufrido epidemias que se han extendido con rapidez. En los países de Asia y el Pacífico, la epidemia se ha propagado rápidamente entre las poblaciones con comportamientos de alto riesgo, con el consiguiente peligro de propagación progresiva entre la población en general. No obstante, algunos de esos países han demostrado que las epidemias

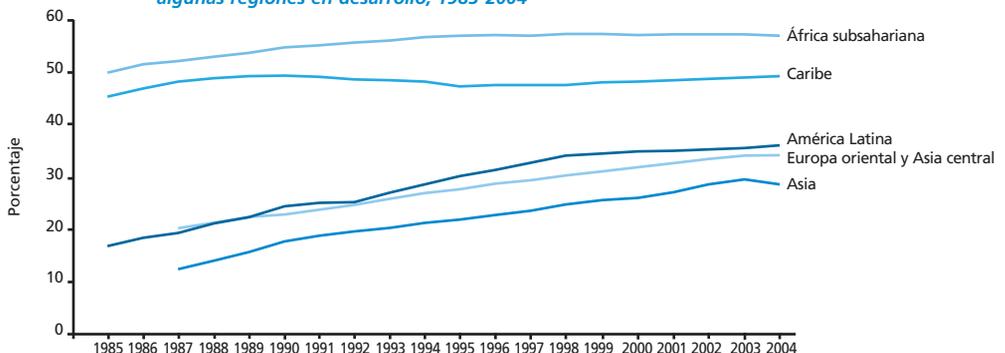
generalizadas se pueden contener con una respuesta firme. Se calcula que en Asia meridional y sudoriental la prevalencia del VIH entre los adultos se situaba en un 0,6% en 2004. En los países de altos ingresos de América del Norte, Europa occidental y Australia, el aumento de las tasas de infección registrado en algunos grupos indica que los avances logrados en materia de tratamiento y atención no siempre han ido acompañados de progresos en la prevención.

A nivel mundial, algo menos de la mitad de las personas con VIH son mujeres, pero a medida que avanza la epidemia está aumentando la proporción de mujeres y niñas infectadas. Por motivos fisiológicos, y porque en general carecen de poder en las relaciones sexuales con los hombres, las mujeres y las niñas son más vulnerables a la infección por VIH. En el África subsahariana el 57% de las personas infectadas son mujeres (véase la figura 7). Es necesario que se amplíen los servicios que protegen a la mujer del VIH y que se lleven a cabo actividades de educación y prevención para contrarrestar los factores que contribuyen a que las mujeres se encuentren en una situación de vulnerabilidad y riesgo.

La tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres jóvenes embarazadas (de 15 a 24 años), que es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se utiliza para medir las nuevas tasas de infección en las poblaciones. Actualmente no se dispone de suficientes datos para establecer un análisis completo de las tendencias de este indicador.



**Figura 7: Porcentaje de mujeres entre los adultos de 15 a 49 años que viven con el VIH; algunas regiones en desarrollo, 1985-2004**



Fuentes: ONUSIDA y OMS

**Indicador 19. *Uso de preservativos como porcentaje de la tasa de uso de anticonceptivos***<sup>ii</sup>

Todavía son relativamente pocos los países que han reunido información sobre el uso de preservativos en la última relación sexual mantenida con una persona con la que no se convive. Sin embargo, en los países del África subsahariana sobre los que se tienen datos representativos a nivel nacional (19 de 48 países), un 41% de los hombres jóvenes indicaron haber usado un preservativo en su última relación sexual con una persona con la que no convivían, frente a un 23% en el caso de las mujeres jóvenes.

**Indicador 20. *Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años***

Se calcula que 3,1 millones de personas murieron de SIDA en 2004. En 2003 cerca de 15 millones de niños menores de 15 años habían perdido a uno o ambos progenitores a causa de la enfermedad en países de África, Asia y América Latina y el Caribe. En los países muy afectados por el VIH/SIDA, la proporción de huérfanos menores de 15 años debido a todas las causas puede llegar a ser de hasta un 17% del total de niños. A medida que avanza la epidemia, está aumentando el número de huérfanos dobles (niños que han perdido a su padre y a su madre). El indicador 20 de los ODM mide la relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la



ii - Este indicador, mencionado en el marco de los ODM, no se vigila de forma habitual, sino que los países reúnen datos sobre el uso de preservativos en la última relación sexual mantenida con una persona con la que no se convive.

asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años. El UNICEF se encarga de compilar los datos relacionados con ese indicador. En general, en el África subsahariana, los dobles huérfanos tienen un 17% menos de probabilidades de asistir a la escuela que los niños que tienen padre y madre o los que viven al menos con uno de ellos.

**Meta 8.** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

**Indicador 21.** Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al paludismo

Las estimaciones del número de casos de paludismo agudo varían mucho y llegan a alcanzar los 500 millones. Al menos un millón de personas muere de paludismo todos los años, y esa enfermedad es probablemente causa concomitante de otros dos millones de defunciones. Cerca de un 80% de las muertes por paludismo corresponden a niños pequeños que viven en el África subsahariana. Se calcula que en el año 2002 el paludismo se cobró la vida de 800 000 niños de 0 a 4 años en esa región. Actualmente, un 40% de la población mundial – principalmente de los países más pobres –

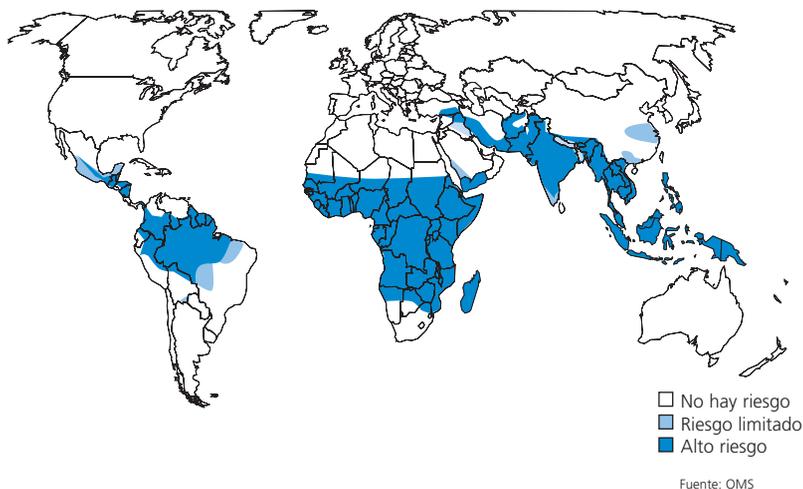
corre el riesgo de contraer el paludismo. En muchos lugares de África, los niños padecen al menos tres infecciones que pueden ser mortales antes de cumplir un año de edad; los que sobreviven pueden sufrir discapacidades de aprendizaje o daños cerebrales. Las mujeres embarazadas y los fetos están especialmente amenazados por el paludismo que provoca mortalidad perinatal, insuficiencia ponderal y anemia materna.

El riesgo de transmisión del paludismo se presenta en la figura 8.

**Indicador 22.** Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo

Gran parte de la vigilancia de las medidas de lucha contra el paludismo se centra ahora en los niños menores de cinco años de África, porque son quienes soportan la mayor parte de la carga de la enfermedad. Hoy en día sólo cerca de un 15% de ellos duerme con mosquitero, y sólo un 2% duerme con un mosquitero tratado con insecticida. En la mayoría de los países africanos sobre los que se tienen datos, al menos un 50% de los

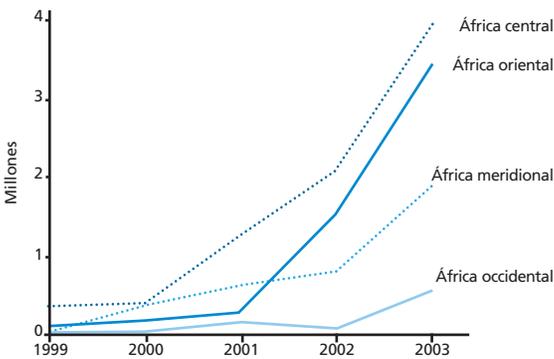
**Figura 8:** Mapa mundial del riesgo de transmisión del paludismo



niños menores de cinco años que padecen episodios de fiebre son tratados con medicamentos antimaláricos. Sin embargo, en esas cifras no se tiene en cuenta si el tratamiento se ha administrado tarde, si la dosis no ha sido la correcta, si los medicamentos no eran

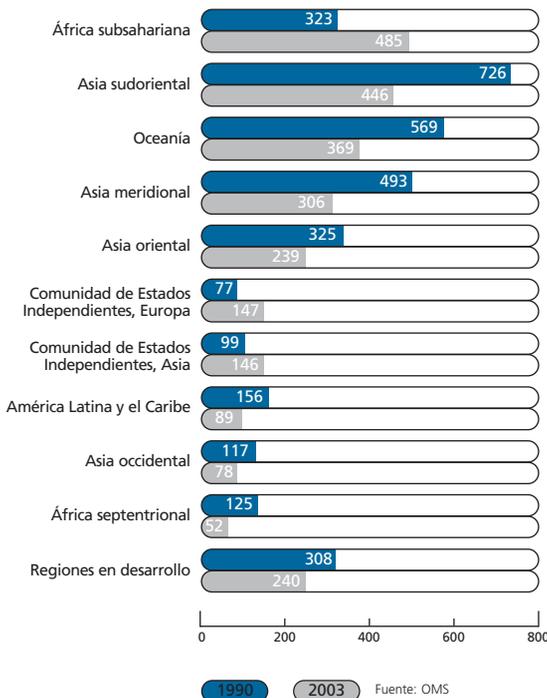
de buena calidad o si el parásito del paludismo era resistente a los medicamentos. Por lo tanto, las tasas correspondientes a los tratamientos efectivos que salvan vidas son probablemente muy inferiores. No obstante, se han hecho rápidos progresos en cuanto al suministro de mosquiteros e insecticidas a los países del África subsahariana en que el paludismo es endémico. Como se observa en la figura 9, en los cinco últimos años la adquisición o la distribución de mosquiteros se ha multiplicado por cuatro en el África subsahariana.

**Figura 9: Mosquiteros vendidos o distribuidos en el África subsahariana, 1999-2003 (en millones)**



Fuente: UNICEF

**Figura 10: Prevalencia de la tuberculosis: número de casos por cada 100 000 personas (sin contar las seropositivas)**



Fuente: OMS

### Indicador 23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis

La tuberculosis provoca anualmente la muerte de casi 1,7 millones de personas, la mayoría de ellas en sus años más productivos. La aparición de cepas resistentes a los medicamentos, la propagación del VIH/SIDA, que acentúa la vulnerabilidad a la tuberculosis, y el número creciente de refugiados y desplazados han contribuido a la difusión de la enfermedad. Se calcula que en 2003 se declararon 8,8 millones de casos nuevos, entre ellos 674 000 en personas infectadas por el VIH. El número de casos nuevos de tuberculosis ha venido aumentando a razón de aproximadamente un 1% al año, principalmente debido a la epidemia de SIDA en el África subsahariana. En cambio, las tasas de morbilidad y mortalidad están probablemente disminuyendo ya en otras regiones (véase la figura 10). La carga de la tuberculosis se podrá reducir lo suficiente como para alcanzar los ODM para 2015 si los programas de tratamiento de la tuberculosis son aplicados con la debida rapidez por los diversos dispensadores de atención de salud y si se pueden adaptar de manera eficaz para afrontar las dificultades que entrañan la infección simultánea por el VIH (especialmente en África) y la resistencia a los medicamentos (sobre todo en Europa oriental).





Para alcanzar la meta fijada del 85% éxitos terapéuticos, habrá que hacer un esfuerzo especial por mejorar las tasas de curación en África y Europa oriental.

**Indicador 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)**

Para que la estrategia DOTS<sup>iii</sup> resulte eficaz, habrá que ampliar la detección de casos y lograr al mismo tiempo unas tasas elevadas de éxito terapéutico. Muchos de los 182 programas nacionales de DOTS en marcha a finales de 2003 han demostrado su capacidad para alcanzar unas tasas altas de éxito terapéutico, cercanas o superiores a la meta del 85%. La tasa mundial de éxito terapéutico de los programas DOTS fue de un 82% para la cohorte de pacientes registrados en 2002, con lo que se mantuvo el alto nivel alcanzado con los pacientes tratados en 2001. Sin embargo, las tasas de curación tienden a ser más bajas y las tasas de mortalidad más altas en los lugares donde la resistencia a los medicamentos es frecuente o las tasas de prevalencia del VIH son elevadas.

En cambio, los programas DOTS están a menos de dos tercios del camino para alcanzar la meta del 70% fijada por la alianza Alto a la Tuberculosis para la tasa de detección de casos. Se calcula que en 2003, un 45% de los nuevos casos bacilíferos se notificó a través de los programas DOTS, pero hay indicios de que la localización de casos a través de esos programas se ha acelerado a nivel mundial en los tres últimos años (con respecto a un 28% en 2000). Entre 1995 y 2000, el número de casos bacilíferos notificados a través de los programas DOTS aumentó por término medio en 134 000 cada año. Entre 2002 y 2003, ese incremento fue de 324 000 casos. Si se mantiene la mejora en la detección de casos que se produjo entre 2002 y 2003, la tasa correspondiente será de un 60% en 2005. Para alcanzar la meta del 70%, los programas DOTS deben reclutar pacientes de clínicas y hospitales que no participan en esos programas, especialmente de los del sector privado en Asia y de los que están fuera de los límites actuales de los sistemas de salud pública en África.

01 02 03 04 05 06 07  
capítulo

iii - El tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) es la estrategia recomendada por la OMS para luchar contra la tuberculosis.

## OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

**Meta 9.** Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

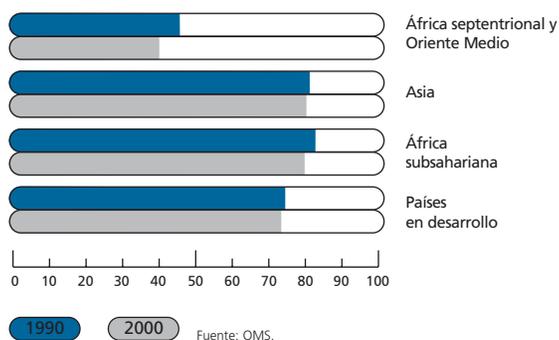


**Indicador 29.** *Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos*

Para cerca de la mitad de la población del mundo la biomasa (leña, carbón vegetal, residuos agrícolas y estiércol) y el carbón son la principal fuente de energía doméstica para cocinar y calentar la vivienda. En los países en desarrollo, la falta de combustibles no contaminantes tiene una influencia directa en las familias rurales. Se calcula que la contaminación del aire en los locales cerrados provocada por esos combustibles causa más de 1,6 millones de defunciones al año, sobre todo entre las mujeres y los niños. Aunque prácticamente ningún hogar de los países de las economías de mercado emplea combustibles sólidos como principal fuente de energía doméstica, mucho más de la mitad

de los hogares de África y Asia sudoriental lo hace. La utilización de ese tipo de combustibles es especialmente común entre las familias pobres. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, las familias con una renta por habitante inferior a US\$ 1 al día y de US\$ 1 a US\$ 2 al día tienen, respectivamente, 7 y 4 veces más probabilidades de utilizar combustibles sólidos que las que viven con más de US\$ 2 al día. En algunos países, la tendencia a la disminución de la dependencia de las familias de la biomasa se frenó, e incluso invirtió, en la década de los noventa, especialmente entre las familias más pobres. Como consecuencia de ello, la disminución del uso de combustibles sólidos en las zonas urbanas de China se ha visto contrarrestada por aumentos en las demás zonas. En general, el consumo de combustibles sólidos para fines domésticos en los países en desarrollo permaneció relativamente estable entre 1990 y 2000 (véase la figura 11).

**Figura 11:** *Utilización de combustibles sólidos en los hogares: tendencias en los países en desarrollo<sup>iv</sup> (en porcentajes)*



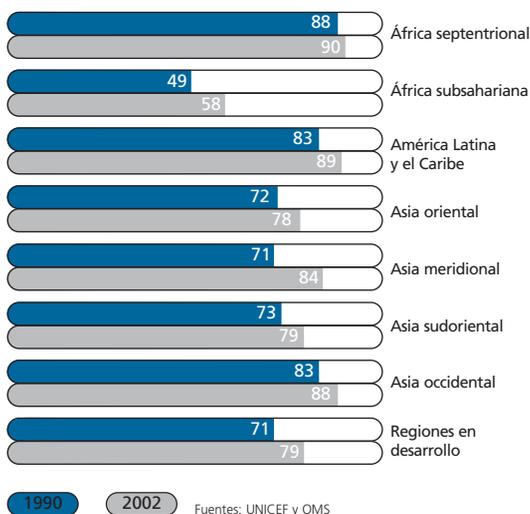
iv - Los datos sobre América Latina y el Caribe eran insuficientes.

**Meta 10.** Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y saneamiento

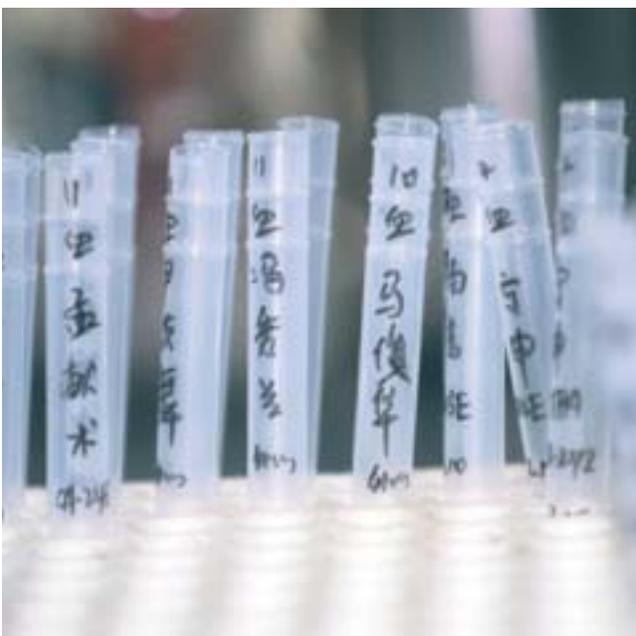
**Indicador 30.** Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales

Durante el periodo 1990-2002, el acceso a agua mejorada en las regiones en desarrollo aumentó de un 71% a un 79%. Como se observa en la figura 12, el mayor incremento tuvo lugar en Asia meridional (donde pasó de un 71% a un 84%). Las tasas más bajas de cobertura se siguen registrando en el África subsahariana, donde sólo el 58% de la población tiene acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua. En las zonas rurales se ha registrado un aumento de la cobertura más importante que en las urbanas (un 7% frente a un 1%). Sin embargo, el nivel de partida era mucho más bajo, por lo que las zonas rurales siguen estando insuficientemente atendidas en cuanto a servicios de abastecimiento de agua potable. Las mayores disparidades entre las zonas urbanas y las rurales se observan en el África subsahariana, donde sólo el 45% de la población rural tiene acceso a mejores fuentes, en comparación con el 83% de la población urbana. En América Latina y Asia oriental se observan

**Figura 12:** Acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua: tendencias regionales (en porcentajes)

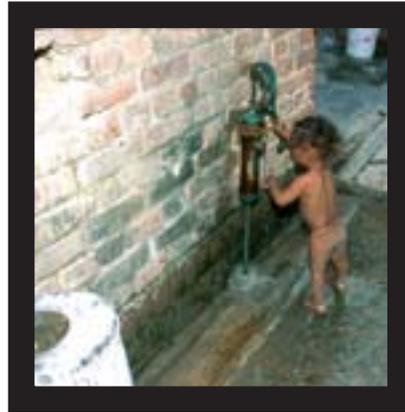


disparidades igualmente altas (28%). En 2002, unos 1100 millones de personas, es decir, una sexta parte de la población mundial, seguían sin tener acceso a mejores fuentes de agua potable. La mayoría de esas personas vive en África y Asia. De acuerdo con los progresos generales registrados en el periodo 1990-2002 (el porcentaje de personas sin acceso a fuentes de agua mejorada disminuyó aproximadamente una tercera parte), el ODM correspondiente, medido por el acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua, se puede alcanzar si se mantiene la actual tasa de incremento. Sin embargo, es poco probable que el África subsahariana alcance la meta fijada. Dado el aumento de la población mundial, será necesario proporcionar acceso a esas fuentes a cerca de 1500 millones de personas, lo que significa que de aquí a 2015 habrá que ofrecer cada día nuevos servicios de abastecimiento de agua a 275 000 personas.

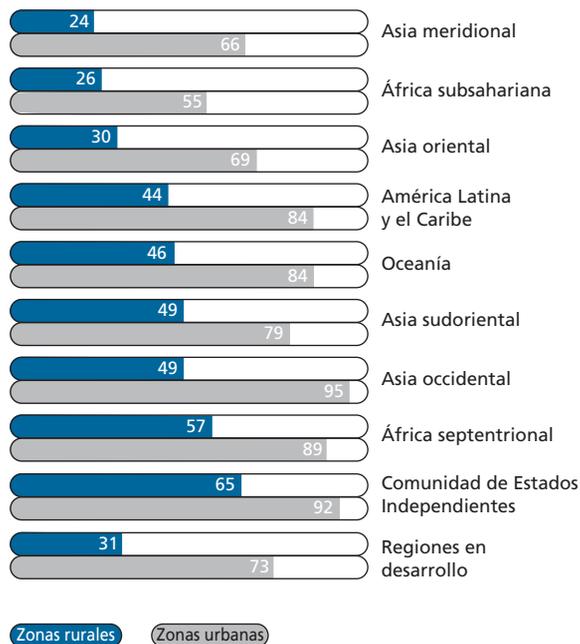


**Indicador 31. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento, en zonas urbanas y rurales**

Las disparidades entre las zonas urbanas y rurales en cuanto al acceso a servicios de saneamiento son enormes. Las poblaciones rurales tienen menos de la mitad de cobertura que las de las ciudades (véase la figura 13). Sin embargo, las estadísticas sobre la cobertura en las zonas urbanas enmascara la falta de servicios en los barrios de chabolas. Tanto el uso de agua salubre como el acceso a servicios básicos de saneamiento siguen siendo sumamente escasos en los crecientes barrios de tugurios del mundo en desarrollo. En general, en el mundo en desarrollo, el 20% más rico de las familias tiene el doble de posibilidades de utilizar fuentes de agua salubre que el 20% más pobre, y cuatro veces más de usar servicios mejorados de saneamiento.



**Figura 13: Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento en las zonas urbanas y rurales, 2002 (en porcentajes)**



Fuentes: UNICEF y OMS

## OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

**Meta 17.** En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales a precios razonables en los países en desarrollo

**Indicador 46.** *Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables*

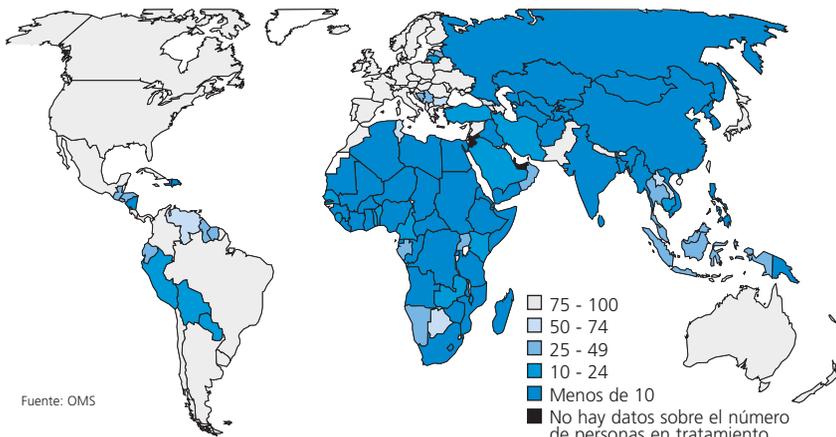
Gracias a los esfuerzos de gobiernos, donantes, el sector privado y otras entidades, sigue aumentando la disponibilidad de medicamentos esenciales en las regiones en desarrollo. En 2001 se produjo un importante avance a este respecto, cuando la Organización Mundial del Comercio (OMC) determinó que el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) – que, entre otras cosas, protege las patentes de los medicamentos – debía ser interpretado de una manera que apoyara el derecho de los países de proteger la salud pública y de promover el acceso a los medicamentos para todos. Posteriormente, en 2003, la OMC adoptó la decisión de atenuar las

restricciones a la importación de medicamentos genéricos por los países más pobres para tratar enfermedades que acarrear un elevado coste económico y se propagan rápidamente, como el SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

El acceso a los medicamentos antirretrovirales (ilustrado en la figura 14) no se debe interpretar como un indicador del acceso a los medicamentos esenciales en general; sin embargo, reviste una importancia mundial. El número de personas que recibe tratamiento antirretroviral pasó de 400 000 a comienzos de 2004 a casi un millón a mediados de 2005. Ahora bien, esa cifra representa tan sólo el 15% de los 6,5 millones de personas que necesitan el tratamiento, y unas tres cuartas partes de ellas viven en el África subsahariana. Aunque el precio de las versiones genéricas ha disminuido drásticamente, los principales obstáculos a la administración del tratamiento siguen siendo el costo de esos medicamentos, los problemas para suministrarlos en los lugares en que los sistemas de salud no funcionan bien y la capacidad limitada para llegar a las personas que los necesitan.

01 02 03 04 05 06 07  
capítulo

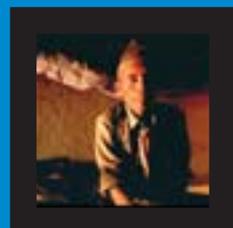
**Figura 14: Acceso a la terapia antirretroviral (en porcentajes)**



Porcentaje estimado de personas que reciben terapia antirretroviral con respecto a las que la necesitan - Situación al mes de diciembre de 2004



# Sistemas de salud plenamente operativos y equitativos: condición fundamental para alcanzar los ODM relacionados con la salud



Los resultados

# sanitarios

01 **02** 03 04 05 06 07  
capítulo

son inaceptablemente malos en gran parte del mundo en desarrollo. En el capítulo 1 se observa que el África subsahariana es la región más afectada, pero en todas las regiones hay reductos donde el estado de salud de la población es sumamente precario. La raíz de esa crisis humana es el mal funcionamiento de los sistemas de salud, que no han sido capaces de proteger a los pobres de las consecuencias de la mala salud y, en algunos casos, han contribuido a que se extienda la desintegración social.

Buena parte de la carga de morbilidad se puede prevenir o curar con tecnologías conocidas y asequibles. El problema radica en hacer llegar personal capacitado, medicamentos, vacunas e información – a tiempo, de manera fiable y en cantidades suficientes, sostenidas y asequibles – a las personas que los necesitan. En demasiados países, los sistemas de salud que hacen falta para alcanzar esos objetivos no existen o están a punto de desmoronarse. Hay ejemplos de estrategias de ejecución para combatir una enfermedad concreta que han funcionado a gran escala en países de ingresos bajos y medios (véase el recuadro). Lo difícil es lograr resultados similares para todas las causas de enfermedad y discapacidad.

## Sinergias para fortalecer los sistemas y los resultados de salud pública: ejemplos de actividades de lucha contra la tuberculosis

En los países en que el sector privado es el principal dispensador de atención sanitaria, la ampliación de la colaboración publicoprivada en la lucha contra la tuberculosis ofrece la oportunidad de reforzar el acceso a atención de calidad. También puede contribuir a reducir las prácticas peligrosas que fomentan la propagación de la tuberculosis farmacorresistente.

En muchos países, sobre todo de Asia, se utiliza cada vez más una combinación costoeficaz de servicios publicoprivados para luchar contra la tuberculosis. En la India, las autoridades nacionales han establecido una serie de normas contractuales para la colaboración de los servicios de tuberculosis con el sector privado. En Indonesia, se está acelerando la expansión de la estrategia DOTS:<sup>i</sup> las alianzas creadas dentro del sector público, entre los programas para combatir la tuberculosis y los grandes hospitales públicos, están permitiendo reclutar pacientes con mayor rapidez. Para aplicar este enfoque es necesario invertir más en la supervisión de los servicios y conseguir el apoyo de los dirigentes locales.

En Filipinas, la mejora de los servicios de tuberculosis dentro del sistema de atención primaria de salud forma parte del programa de reforma de la salud, en que se prevé la descentralización del sistema, la participación de las comunidades y nuevos planes de seguro médico. En el Pakistán, el programa Lady Health Worker ofrece una plataforma, y los dispensadores privados otra, para expandir la cobertura de la estrategia DOTS y el seguimiento del tratamiento.

Para eliminar los desincentivos financieros a la lucha contra la tuberculosis entre los trabajadores de las aldeas, los hospitales y las provincias de China, se ofrecen compensaciones a quienes proporcionan tratamiento gratuito a los pacientes de tuberculosis, y el gobierno central ha aumentado las subvenciones para luchar contra la enfermedad en general.

En los países de la ex Unión Soviética, se están fortaleciendo las relaciones entre los servicios de salud de los ministerios de salud y los ministerios de justicia. Las prisiones han sido el epicentro de la reaparición de la tuberculosis, debido al estado de salud de los detenidos, al hacinamiento y al deficiente suministro de medicamentos anterior. Es necesario introducir reformas más amplias para que disminuyan los riesgos subyacentes y se pueda prestar en mayor medida asistencia comunitaria.

En Bolivia, los equipos del Ministerio de Salud encargados de llegar a las comunidades indígenas pobres ofrecen una plataforma para la movilización social, la detección activa de casos de tuberculosis y el tratamiento temprano de las personas en situación de riesgo. Kenya y Malawi también han diseñado estrategias para dar acceso al tratamiento a las personas muy pobres, por ejemplo, ofrecen tratamiento contra la tuberculosis en puestos de salud aislados e incluso en tiendas. En Tanzania, las actividades de lucha contra la tuberculosis se financian ahora con cargo al presupuesto de salud, tras una década de total dependencia del exterior.



i - La OMS recomienda la estrategia DOTS para luchar contra la tuberculosis.

Los sistemas nacionales de salud del mundo entero han ido evolucionando en respuesta a los cambios históricos, económicos y sociales. No es de sorprender que a menudo reflejen los problemas más generales que afligen a las sociedades, por ejemplo, los relacionados con la gobernanza, la administración, la economía o la integración. Lo contrario también ocurre: en los países en que los sistemas de salud corren el peligro de desmoronarse, las causas de esa situación, como la subinversión crónica o los efectos del VIH/SIDA, no afectan sólo al sector de la salud. Por lo tanto, el primer paso para tratar la cuestión de la eficacia de los sistemas de salud consiste en definir claramente los elementos de un programa de acción claro y realizable que permita determinar lo que funciona mal en el sector de la salud y dar una respuesta adecuada, pero en el que también se reconozca que el éxito depende de toda una serie de factores de la sociedad en general.

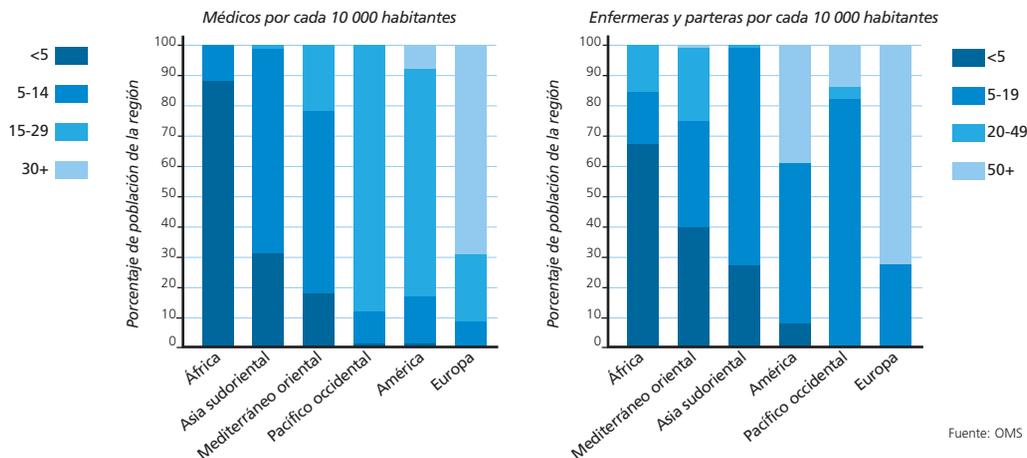
### Un programa de acción para los sistemas de salud

La creación de sistemas de salud sólidos no es un fin en sí, sino un medio para lograr mejores resultados sanitarios. Es absolutamente indispensable contar con sistemas de salud eficaces y equitativos para poder alcanzar los ODM y otros objetivos en materia

de salud, como los relacionados con la salud reproductiva y la inmunización. Se ha calculado que el acceso universal a servicios de salud de base amplia permitiría alcanzar entre el 60% y el 70% de los ODM relativos a la mortalidad infantil y entre el 70% y el 80% de los relativos a la mortalidad materna (1). También es fundamental fortalecer los sistemas de salud para que la ayuda al sector de la salud, cuyo nivel es ahora mayor, se utilice adecuadamente y para que ese nivel se mantenga en el futuro (véase el capítulo 5).

El primer desafío consiste en definir prioridades claras para mejorar el funcionamiento del sistema de salud y al mismo tiempo reconocer que, como ocurre en cualquier otro sistema, sus elementos fundamentales son interdependientes. Por ejemplo, un cambio en la estrategia de financiación, que haga que las clínicas dependan en mayor medida de los pagos de los usuarios para obtener ingresos, influirá inevitablemente en el comportamiento de los dispensadores de atención sanitaria, en el equilibrio entre la atención curativa y la preventiva y en la demanda de los clientes, entre otras cosas. En cambio la supresión de los costos puede hacer que aumente la utilización de los servicios por parte de los grupos más pobres, pero al mismo tiempo puede tener consecuencias inesperadas en cuanto a la demanda

Figura 1: Recursos humanos para la salud, por región de la OMS, 1995-2004



Fuente: OMS

de productos, la motivación del personal y la calidad de la atención. Por consiguiente, el fortalecimiento de los sistemas de salud se debe considerar en el marco de la política sanitaria nacional. Las medidas destinadas a fortalecer los sistemas de salud tendrán una base común, pero las prioridades concretas y el orden en que se deben atender se determinarán en función de las circunstancias de cada país.

Cabe señalar que hay muchas maneras de enfocar la relación entre los objetivos, las funciones y los componentes del sistema de salud (en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* se presentó un posible enfoque (2)). Este capítulo no entra en ese debate. Su objetivo es destacar la importancia de contar con sistemas de salud sólidos para alcanzar los ODM, señalar algunos de los factores que afectan al desempeño en general y poner de relieve la necesidad de cambios en los países.

### Recursos humanos para la salud

En muchos países, sobre todo de África, la escasez de personal sanitario se ha convertido en uno de los problemas más graves para ampliar la respuesta al VIH/SIDA y alcanzar los demás ODM relacionados con la salud. El personal sanitario muere, abandona su trabajo en los servicios públicos porque las condiciones son malas y están empeorando (en muchos países los propios trabajadores sanitarios viven por debajo de la línea de pobreza), se traslada de las zonas rurales a las zonas urbanas, emigra a países donde están mejor remunerados o abandona por completo el sector de la salud. Como se observa en la figura 1, el 90% de la población de África vive en zonas donde hay menos de cinco médicos por cada 10 000 habitantes, y más del 60% de la población cuenta con menos de cinco enfermeras o parteras por cada 10 000 habitantes.

El programa de acción está claro. Para solucionar el problema de los recursos humanos habrá que adoptar medidas para

mejorar los sueldos, los complementos y los incentivos de las personas que trabajan en las zonas más pobres; habrá que hacer esfuerzos para mejorar la combinación de aptitudes del personal sanitario, en particular para reforzar su preparación básica para emergencias y sus conocimientos de cirugía, así como sus conocimientos de la atención primaria de salud, y será necesario establecer alianzas más sólidas con los dispensadores privados, las organizaciones no gubernamentales y los asociados de las comunidades.

Al mismo tiempo, para poner en práctica ese programa será necesario reevaluar las funciones y responsabilidades del personal y revisar la descripción de los puestos para velar por que se asignen a las distintas categorías del personal de salud las tareas que les corresponden en cada nivel del sistema – desde los centros de salud comunitarios hasta los hospitales de distrito. En casi todo el mundo, el principal problema es la falta de personal. Sin embargo, incluso en los países de Europa oriental y Asia central donde no se plantea ese problema, es preciso hacer esfuerzos en distintas esferas para aumentar la eficiencia y eficacia de los servicios.

Sobre todo en África es fundamental adoptar medidas para evitar la muerte del personal de salud a causa del VIH/SIDA. En los lugares en que la migración está dejando a los sistemas de atención sanitaria sin personal esencial, es preciso hacer un esfuerzo – tanto dentro de los países como entre ellos – para gestionar la movilidad sin violar los derechos individuales. La cuestión clave es que la crisis requiere la adopción de soluciones políticas y técnicas, porque está estrechamente relacionada con el establecimiento de prioridades nacionales (por ejemplo, ¿por qué el personal sanitario habría de recibir un tratamiento especial con respecto a los demás trabajadores del sector público?) y porque, a menudo, hay que resolver conflictos de intereses que inciden directamente en los procesos políticos de ámbito nacional e internacional (3, 4, 5, 6).

Sobre todo en África es fundamental adoptar medidas para evitar la muerte del personal de salud a causa del VIH/SIDA.

01 02 03 04 05 06 07  
capítulo

En los países más afectados por la crisis de los recursos humanos, es preciso adoptar enfoques nacionales y mundiales. También se necesita la cooperación de múltiples agentes dentro de los países y entre países distintos. Las instituciones internacionales, incluidas las dedicadas al comercio y la inmigración y los organismos que se ocupan de las políticas de empleo y los sistemas de reglamentación, deben contribuir a encontrar una respuesta. La OMS está trabajando con otras entidades para dar a conocer los problemas de la crisis de los recursos humanos y atraer más atención hacia ella. Asimismo, ayuda a los ministerios de salud a ampliar y mejorar su personal sanitario y trata de promover entre los gobiernos y los asociados para el desarrollo la adopción de políticas coherentes con respecto a las cuestiones de recursos humanos.

### Financiación equitativa y sostenible

Existen estimaciones razonablemente sólidas de lo que constituye un nivel adecuado de inversión en sistemas de salud, pero pocos países en desarrollo realizan un gasto que se aproxime a ese nivel (véase el capítulo 5). Aparte de la cuantía de gasto, las cuestiones clave son *cómo* se financia el sistema de salud y que proporción de las contribuciones aportan los propios usuarios, mediante pagos directos (la forma más común en la mayoría de los países pobres) o a través del pago de seguros.

En este capítulo no se examinan las ventajas ni los problemas relacionados con los distintos métodos como el costo compartido, la recuperación de costos, el pago de tarifas por los usuarios o los seguros privados y comunitarios, sino que se destaca el principio de que, sea cual sea el sistema de financiamiento que un país adopte, éste no debe disuadir a la población de buscar y utilizar los servicios de salud. En la mayoría de los casos, eso significa que es necesario eliminar los pagos en el lugar donde se presta el servicio o, al menos, ajustarlos a la capacidad de pago de la población. Además, el sistema de financiación debe, como mínimo, proteger a la población de los gastos catastróficos en

caso de contraer una enfermedad, promover la administración de tratamientos en función de las necesidades y alentar a los dispensadores de servicios de salud a ofrecer una combinación eficaz de servicios curativos y preventivos.

Teniendo en cuenta esos objetivos de política, la elección de la estrategia – por ejemplo, entre una financiación basada exclusivamente en los impuestos y diversos sistemas de seguridad social – se determinará en función de una serie de factores. En cualquier caso, el éxito dependerá no sólo de los méritos técnicos de los argumentos a favor y en contra de una estrategia concreta, sino también de que la estrategia cuente con el debido apoyo político y de una evaluación realista de la capacidad de gestión y administración.

Por ejemplo, la experiencia parece indicar que los planes de seguro comunitarios de pequeña escala a menudo dejan de funcionar bien cuando se expande la cobertura. Del mismo modo, establecer un sistema nacional de seguro de enfermedad sostenible es una tarea compleja para los sistemas de salud faltos de recursos y requiere un apoyo político activo por parte de legisladores, ministerios de finanzas y trabajo, empleadores y sindicatos, y sistemas fiables para administrar las contribuciones y los pagos.

### Medicamentos, medios de diagnóstico e infraestructura básica necesarios para prestar servicios

Para prestar servicios de salud hace falta disponer de suministros periódicos de medicamentos y equipo, y de infraestructura adecuada en los servicios de salud. Los centros sin agua potable ni electricidad, con equipos que no funcionan y a los que los medicamentos, los productos diagnósticos y otros suministros no llegan con la debida frecuencia o llegan en cantidades insuficientes, son demasiado comunes en muchos países en desarrollo.

El suministro de medicamentos y vacunas no basta para crear sistemas de salud ni para garantizar la calidad de la atención, pero, sin las instalaciones y el material adecuados, los profesionales sanitarios no pueden realizar su trabajo. Cuando el sistema de atención de salud no puede prestar los servicios que corresponde, pierde credibilidad y la población busca otras soluciones. En muchos casos, la gente acude a trabajadores sanitarios no calificados, que pueden hacer que disminuyan sus posibilidades de recibir un tratamiento eficaz. Por otra parte, cuando el sistema de suministros médicos no funciona bien, pueden surgir problemas de resistencia a medicamentos.

En la mayoría de los sistemas de salud con pocos ingresos escasean los productos básicos que salvan vidas. Esto se debe en parte a la escasez de recursos, pero incluso cuando los fondos disponibles aumentan de forma sustancial (por ejemplo, cuando el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria proporciona fondos), sigue habiendo problemas. El establecimiento de sistemas nacionales de adquisición y administración de medicamentos eficaces y responsables es un componente cada vez más



destacado del programa de acción sobre los sistemas de salud.<sup>ii</sup>

Después de la falta de personal, la lentitud o ineficiencia de los sistemas de adquisiciones puede ser el mayor obstáculo a la expansión de los servicios. Lo ideal es establecer y reforzar los sistemas nacionales, en lugar de dejarlos de lado y recurrir a mecanismos extranjeros, como hacen habitualmente

algunos organismos donantes. Para crear sistemas capaces de gestionar de manera fiable la adquisición y distribución de medicamentos – y de superar la corrupción en caso de que exista – es necesario resolver toda una serie de problemas administrativos, políticos y de gestión.

### Evaluación de los progresos y seguimiento de los resultados

La expansión y el mantenimiento adecuados de los servicios de atención de salud dependen de que se generen y utilicen datos sólidos sobre las aportaciones, los procesos, los productos y los resultados de los sistemas de salud. A primera vista, el tema de la información no parece una cuestión politizada en sí, pero se politiza cuando se vincula con las cuestiones de la responsabilización y la transparencia (en particular con respecto a la asignación de recursos). El público desea que se le garantice que la política de salud pública se basa en pruebas sólidas de métodos que funcionan y que la distribución de las energías y los recursos es efectiva, eficiente y equitativa. Cuando los datos de salud son fiables permiten disponer también de información sobre la evolución más amplia de la situación social y del desarrollo, pues los indicadores de la mortalidad materno infantil a menudo se utilizan como indicadores de la pobreza.

Para poder ofrecer esa garantía, se necesitan sistemas de información sanitaria funcionales. Sin embargo, la gran mayoría de los países más pobres del mundo ni siquiera pueden contabilizar sus muertos. En el África subsahariana, menos de 10 países tienen sistemas de registro civil que produzcan datos útiles. En muchos países pobres, la preparación y el mantenimiento de los informes de los pacientes – elementos básicos de los sistemas de información – son tan deficientes que esos informes se convierten en un obstáculo para ofrecer una atención clínica más adecuada y disponer de mejores sistemas de información. Preparar datos desglosados es difícil, pero resulta funda-

ii - Para información más detallada, véase el sitio web de la OMS sobre medicamentos esenciales y política farmacéutica: (<http://www.who.int/medicines/>, visitado el 28 de abril de 2005).

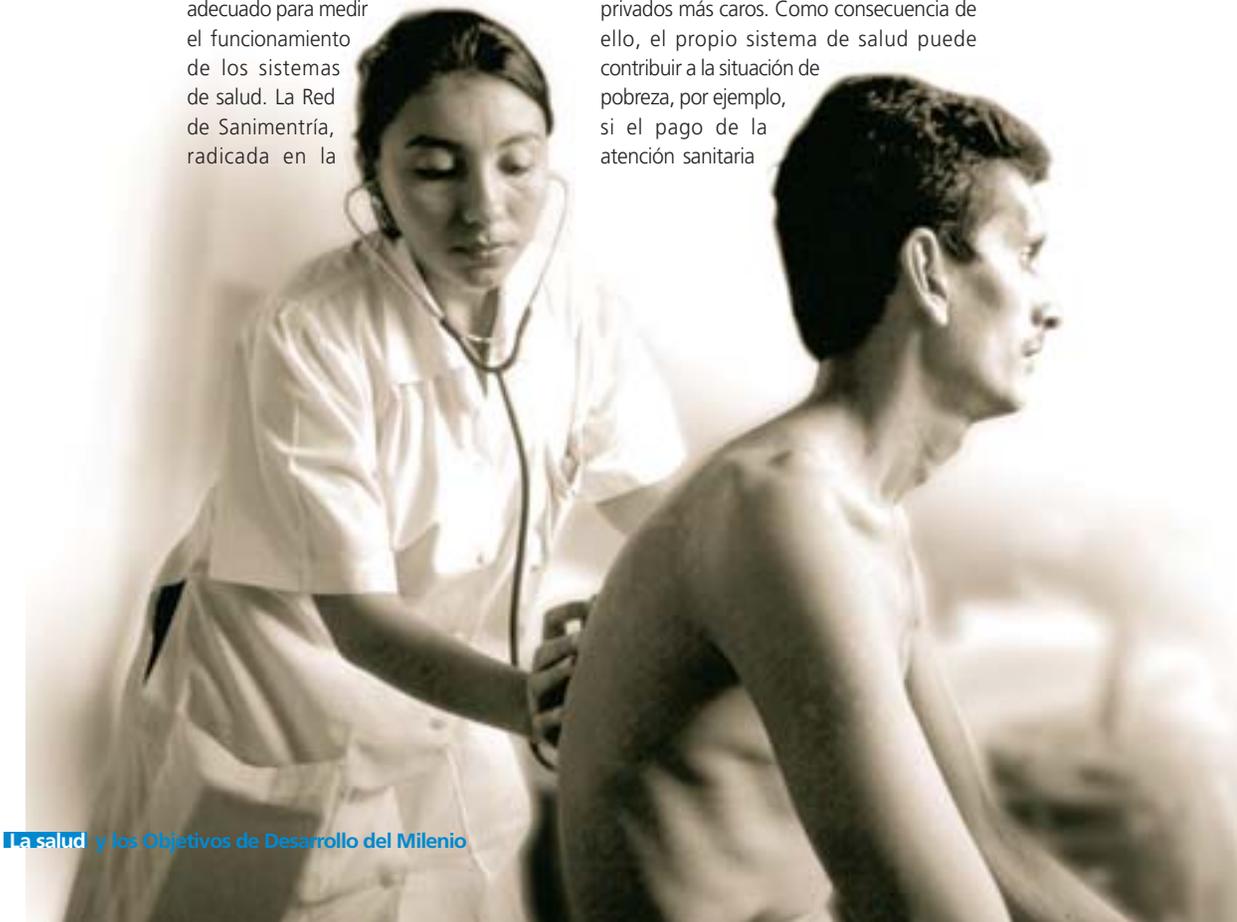
mental para proporcionar la información que hace falta para diseñar políticas sanitarias orientadas a las personas necesitadas.

Es necesario actuar en dos frentes para solucionar esos problemas. En primer lugar, hay que hacer un enorme esfuerzo por fortalecer los sistemas de información sanitaria y, lo que es fundamental, por vincular los datos con la adopción de decisiones y la asunción de responsabilidades. Uno de los motivos por los que los sistemas de información sanitaria siguen sin disponer de fondos suficientes y funcionando mal es que los órganos de decisión no están interesados y no confían en los productos de esos sistemas. Esto se debe a que los datos son de mala calidad y están incompletos y a que no aparecen resumidos de manera que los comprendan los decisores. En segundo lugar, hay que trabajar para llegar a un consenso internacional sobre qué se ha de vigilar y, en particular, sobre qué conjunto de indicadores es el más adecuado para medir el funcionamiento de los sistemas de salud. La Red de Sanimentría, radicada en la

OMS, se creó para tratar esos dos grupos de cuestiones. (véase el capítulo 7).

### **Organización de los servicios de salud: adopción de sistemas más equitativos y favorables a los pobres**

Las medidas destinadas a fortalecer los sistemas de salud deben enmarcarse en una estrategia sanitaria general, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud de las personas pobres y vulnerables. La diferencia entre los resultados sanitarios de los ricos y los pobres es un problema que se plantea en todos los países, pero suele ser más grave en los países más pobres (véase el capítulo 4). Normalmente, los limitados recursos sanitarios se invierten en las zonas urbanas, donde los centros de salud prestan servicios a poblaciones relativamente más acomodadas y que son capaces de hacer oír su voz, mientras que los pobres de las zonas rurales y los habitantes de los tugurios tienen más probabilidades de tener que recurrir a dispensadores privados más caros. Como consecuencia de ello, el propio sistema de salud puede contribuir a la situación de pobreza, por ejemplo, si el pago de la atención sanitaria



lleva a los pobres o casi pobres a una situación de indigencia, o si la falta de acceso a la atención provoca una discapacidad de por vida, que limita las posibilidades de obtener ingresos.

Gran parte del debate acerca de la prestación de servicios de salud suele centrarse en la atención primaria del sector público. Un programa de acción más amplio debe tener en cuenta el sistema de salud en su conjunto y reconocer la función de los dispensadores privados y la contribución de las organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales y la atención domiciliaria. En la práctica, en muchos países de bajos ingresos la atención ambulatoria es prestada por toda una serie de dispensadores privados, voluntarios, tradicionales y comunitarios.

Conseguir que los distintos dispensadores de atención sanitaria colaboren para prestar servicios compatibles y de calidad es una prioridad clave. Las franquicias y otras formas de «redes administradas» en el marco de las cuales negocios privados como *drugstores*, llevan a cabo intervenciones de salud pública de conformidad con las directrices fijadas por el franquiciador, funcionan bien para servicios concretos, como los relacionados con la planificación de la familia, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis. Sin embargo, ese sistema funciona menos bien cuando se trata de la atención de salud general.

En muchos países es probable que para crear un sistema «favorable a los pobres» sea necesario aumentar o reasignar los recursos destinados a la atención primaria y los servicios periféricos. No obstante, el acceso al tratamiento hospitalario también es fundamental para los casos de emergencias obstétricas y para los traumatismos y accidentes. En los países en crisis, los hospitales pueden ser uno de los pocos lugares en que se puedan refugiar las personas atrapadas en enfrentamientos. Además de accesibles, los hospitales han de ser asequibles, pues los

gastos asociados con los tratamientos hospitalarios a veces obligan a las familias pobres a vender los pocos bienes de que disponen y esto puede agravar su situación de pobreza.

Para muchos países la finalidad de la descentralización administrativa es acercar la gestión de los servicios de salud a la población. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que los gobiernos han de estudiar detenidamente cómo utilizar los incentivos financieros y de otro tipo para garantizar que se respeten las prioridades nacionales (por ejemplo, en relación con servicios como los de inmunización) y que los servicios gestionados a nivel local sean realmente más eficaces y aporten respuestas más adecuadas sobre todo a las necesidades de los pobres. Garantizar la calidad de la atención es una cuestión importante a este respecto, y puede ser un problema incluso en países relativamente bien dotados de recursos, como los países de Europa oriental de la ex Unión Soviética. La calidad y la capacidad de respuesta son elementos clave cuando aumenta la demanda de servicios. Sobre todo para las personas pobres, una visita a un dispensario puede ser una experiencia degradante y humillante. Así pues, la introducción de incentivos para que los dispensadores ofrezcan una atención de mayor calidad debe figurar entre las medidas generales destinadas a fortalecer el sistema de salud. También hay que tener en cuenta las diferencias entre los hombres pobres y las mujeres pobres. Las mujeres y los hombres están expuestos a la pobreza de distinta forma, y responden a ella de modo distinto. Por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia, de no poder disfrutar de derechos de propiedad y de sufrir segregación en el trabajo; todos esos factores influyen en su salud y en la de sus familias.

Un aspecto conexo que a menudo se olvida es que prestar servicios en las zonas pobres suele resultar más costoso. A veces es necesario volver a crear infraestructura y pagar incentivos al personal para que trabaje

en lugares aislados. No obstante, hay que comparar esos gastos con lo que cuesta prestar atención terciaria a la clase media urbana, que, como se ha señalado anteriormente, a menudo acapara un porcentaje desproporcionado de los presupuestos de salud en los países pobres.

En resumen, adoptar un enfoque favorable a los pobres no significa crear servicios de salud independientes para los pobres (si bien muchas veces crear servicios periféricos con objetivos concretos puede ser útil para llegar a las comunidades pobres). Se trata de abordar el problema de la asignación desigual de personal y fondos y orientar recursos hacia servicios y actividades que beneficien a las personas pobres y marginadas. Para muchos países, adoptar un enfoque favorable a los pobres consiste fundamentalmente en renovar o revitalizar la estrategia de atención primaria de salud, realizando inversiones en servicios públicos de atención sanitaria y cuidado personal de buena calidad y mejorando el acceso a los hospitales. También es fundamental garantizar que los mecanismos de financiación sean equitativos y crear vínculos con otros sectores que influyen en los resultados sanitarios, como los relacionados con la educación, el abastecimiento de agua y el medio ambiente.

### **Definición de las normas de actuación: rectoría y papel del Estado**

Por rectoría se entiende el papel de supervisión que desempeña el Estado en la formulación, reglamentación y gestión de los sistemas de salud. Los gobiernos tienen la responsabilidad de proporcionar orientación normativa general a los agentes de los sistemas de salud públicos y privados; crear las condiciones necesarias para que puedan desempeñar su labor; vigilar el funcionamiento de todo el sistema, prestando especial atención al tema de la equidad, y decidir

cómo distribuir los limitados recursos entre todas las necesidades. La proporción cada vez mayor de fondos externos que se reciben a través de iniciativas destinadas a enfermedades concretas plantea a los gobiernos dificultades para llevar a cabo su función de supervisión (véase el capítulo 6).

La palabra rectoría se utiliza a menudo como forma abreviada para hacer referencia a las funciones más políticas del Estado en relación con los sistemas de salud, dando por supuesto que los demás componentes son en su mayor parte cuestiones técnicas. Como demuestra lo expuesto más arriba, ése no es el caso. La función de rectoría abarca varias actividades importantes de gestión (por ejemplo, reglamentación de los mercados de seguros, establecimiento y mantenimiento de normas profesionales y gestión y organización logística de los servicios).

La rectoría abarca además esferas claves en las que influye la política general del gobierno y que, por lo tanto, están sujetas a las opiniones discrepantes de grupos oponentes. Se trata, por ejemplo, de la supervisión de los recursos humanos para la salud, de la manera en que se organiza la financiación, de las relaciones con el sector privado y las organizaciones voluntarias y, no menos importante, de las estrategias para abordar las cuestiones de la integración y la equidad. Aunque esas funciones están cada vez más descentralizadas, las sigue desempeñando el sector público y están condicionadas por la economía política como cualquier otro componente del sistema de salud. Es preciso que los ministerios de salud adquieran la capacidad de gestión necesaria para encargarse de ellas y velar por obtener los mejores resultados posibles con los recursos a su alcance.

## Conclusión

Crear sistemas de salud

# más sólidos

es la manera de lograr mejores resultados sanitarios, incluidos los ODM relacionados con la salud. Las actividades destinadas a luchar contra las enfermedades transmisibles, reducir la mortalidad materno-infantil y mejorar el acceso al tratamiento del VIH/SIDA se enfrentan todas al mismo problema: no se puede expandir la prestación de servicios de calidad mientras el sistema de salud siga siendo frágil, esté fragmentado y no sea equitativo. A su vez, el logro de otros ODM depende de la capacidad de respuesta del sector de la salud. Así pues, es indispensable contar con sistemas sanitarios sólidos y sostenibles para que prosperen todas las iniciativas destinadas a lograr los ODM.

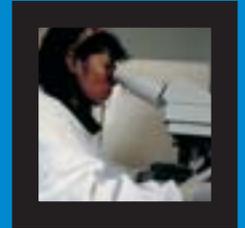
Aunque se reconoce que hacen falta sistemas de salud más sólidos para alcanzar los ODM, ni los donantes ni los planificadores nacionales han concedido la suficiente atención al fortalecimiento de esos sistemas. El interés por obtener resultados de cara a los ODM ha llevado a muchos interesados a centrarse en primer lugar en sus propias prioridades en materia de enfermedades, dando por supuesto que con la ejecución de intervenciones concretas el sistema de salud en su conjunto resultaría beneficiado (7). Para que la ayuda destinada al sector de la salud se emplee adecuadamente y permita obtener resultados sanitarios equitativos, se necesitan sistemas de salud más sólidos, lo que a su vez requiere ir más allá del estudio de soluciones técnicas para intervenciones concretas, y tratar los problemas relacionados con las políticas, la organización y la gestión.

El hecho de que los problemas de los sistemas de salud sean comunes a todas las prioridades sanitarias ofrece en cierta medida la oportunidad de preparar respuestas en que se aprovechen las posibles sinergias, para reducir al mínimo la duplicación de tareas y maximizar las economías de alcance y escala. Aunque las dificultades varían mucho de un lugar a otro, es evidente que para alcanzar los ODM se necesita en todas partes crear sistemas que se ajusten a la realidad social, económica, cultural y política de los pobres y de los países de bajos ingresos.

- 1 - The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*, 2003, 362: 323-327.
- 2 - *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 ([http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf), visitado el 28 de abril de 2005).
- 3 - *Addressing Africa's health workforce crisis: an avenue for action*. Documento preparado para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2-3 de diciembre de 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>, visitado el 28 de abril de 2005).
- 4 - *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Documento preparado para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2-3 de diciembre de 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforceChallenges-Final.pdf>, visitado el 28 de abril de 2005).
- 5 - *Addressing the human resource crisis in health in Africa: a call to action*. Oslo, Organismo Noruego de Desarrollo Internacional, 2005 (<http://www.norad.no/default.asp?FILE=items/3011/108/OSLO%20CALL%20FINAL.doc>, c, visitado el 28 de abril de 2005).
- 6 - Joint Learning Initiative. *Human resources for health - overcoming the crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, visitado el 28 de abril de 2005).
- 7 - Travis P et al. Overcoming the health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364: 900-906.



# Más allá de la prestación de los servicios de salud: la salud en el desarrollo



El desarrollo es un

# proceso

01 02 **03** 04 05 06 07  
capítulo

intersectorial e interdependiente. Por lo tanto, los ocho ODM son sinérgicos y no se pueden alcanzar de forma aislada. Esto se aplica en particular a los objetivos de salud: el aumento de la cobertura de las intervenciones contra enfermedades no permite mejorar por sí solo los resultados sanitarios, que están determinados por toda una serie de factores políticos, sociales y económicos.

Las estrategias destinadas a mejorar la salud también deben ir más allá de la prestación de servicios sanitarios y prever medidas relacionadas con los determinantes generales de la salud (véase la página 45), como la igualdad entre hombres y mujeres (que afecta a la mortalidad materna y la propagación del VIH/SIDA); el agua y el saneamiento, la seguridad alimentaria y la nutrición (que inciden en la salud de los niños y la propagación de enfermedades transmisibles), y la educación (que influye en la salud materna, la fecundidad de la mujer y la salud infantil). El octavo ODM referente al fomento de una asociación mundial para el desarrollo reconoce que ese enfoque holístico también debe abarcar las medidas adoptadas por los países ricos (véase el capítulo 5).



#### Determinantes generales de la salud

- El 53% de las muertes anuales de niños menores de cinco años están relacionadas con la malnutrición.
- La anemia ferropénica es la segunda causa más importante de discapacidad y puede contribuir al 20% de la mortalidad materna.
- Al menos el 25% de la carga mundial de morbilidad se puede atribuir a condiciones ambientales: cada 15 segundos muere un niño de diarrea, provocada en gran medida por la insalubridad del agua y condiciones de saneamiento inadecuadas; la contaminación del aire en los locales cerrados provoca cerca de dos millones de muertes al año; las mujeres están más expuestas que los hombres a los humos nocivos de los sistemas para cocinar.
- Existe una estrecha relación entre la alfabetización de las madres y la mortalidad infantil: de acuerdo con un estudio realizado en la India, si se reduce en un 10% el analfabetismo de las mujeres, la mortalidad infantil puede disminuir en 12,5 por 1000 nacidos vivos (1).

#### La salud y el desarrollo: ¿qué significa en la práctica?

El carácter intersectorial de los determinantes de la salud se conoce desde hace tiempo, pero recientemente ha llevado a adoptar un enfoque más amplio con respecto a la salud, es decir, a que ésta se trate en un marco económico y político general. En la práctica, eso significa que se tiene en cuenta la manera en que los sistemas públicos – y las políticas públicas en su conjunto – influyen en la salud y viceversa, mediante algún tipo de evaluación de los efectos de la salud. Ese enfoque resulta útil, por ejemplo, en los procesos de reforma de la administración pública y de descentralización, así como en las actividades de reducción de la pobreza y las políticas económicas en general. La relación entre la salud y los «determinantes sociales», como los ingresos y el empleo, está bien documentada; en este capítulo se examina si los gobiernos de los países en desarrollo pueden utilizar los instrumentos de política, y de qué manera, en beneficio de la salud en esas esferas tan complejas.

Por supuesto, el hecho de tratar la salud en el marco más amplio del desarrollo, no debe hacer olvidar que es preciso prestar apoyo al establecimiento de sistemas de salud que favorezcan a los pobres, como se señala en el capítulo 2. Uno de los requisitos para lograr los ODM es contar con sistemas de salud más equitativos. Éstos contribuyen también a la protección social, la potenciación de la capacidad de acción de los grupos marginados y el respeto de los derechos humanos y, por lo tanto, son esenciales para las actividades de reducción de la pobreza.

Huelga decir que el enfoque que se siga debe estar adaptado al contexto del país de que se trate. Los Estados vulnerables (por ejemplo, los que salen de situaciones de conflicto y aquellos cuyas estructuras e instituciones son débiles) pueden requerir un conjunto de políticas distintas de las que precisan los países pobres pero bien gobernados, y éstos

a su vez necesitan políticas distintas de las que habría que aplicar en países de ingresos medios con grandes bolsas de pobreza. Del mismo modo, el apoyo de las entidades internacionales de desarrollo a los procesos relacionados con la salud en el desarrollo es sumamente importante. En el capítulo 5 se trata el tema de los Estados vulnerables y de la cooperación para el desarrollo.

### Aumento de la importancia de la salud en los procesos nacionales de desarrollo

Gozar de buena salud es un derecho humano y una medida del bienestar de las personas. También es un factor que impulsa el crecimiento, pues la inversión en la salud se traduce en resultados económicos positivos (2). En el periodo 1965-1990, hasta un 50% de la diferencia en las tasas de crecimiento entre África y el resto del mundo era imputable a las variables de salud y demográficas (3). La mayor salud de la población y la erradicación de enfermedades también pueden contribuir a atraer inversiones privadas y a fomentar el turismo.

Del mismo modo, las políticas económicas más amplias y los programas de reforma de todos los sectores del gobierno pueden tener una gran influencia en el funcionamiento de los ministerios de salud y la prestación de los servicios sanitarios. Sin embargo, los temas de salud rara vez se tienen en cuenta cuando se formulan y ejecutan los programas de ese tipo, y por lo general la contribución de los profesionales sanitarios a esos procesos es limitada. Los motivos son evidentes: insuficiente capacidad de los ministerios de salud, ya sometidos a mucha presión; falta de tradición en los ministerios supervisores (como los de finanzas y planificación) de consultar con los ministerios pertinentes; e inexistencia de mecanismos claros de consulta.

Cabe citar los siguientes ejemplos de procesos amplios que inciden directamente en la salud:

- La reforma de la administración pública, que afecta a la disponibilidad de personal sanitario. Los bajos sueldos hacen difícil atraer y retener a personal sanitario, sobre todo en las zonas rurales aisladas, y pueden promover la corrupción. En la mayoría de los países es imposible aumentar el sueldo del personal de salud por encima del de los demás trabajadores del sector público, pero, dada la actual crisis de los recursos humanos en el sector de la salud (véase el capítulo 2), puede que se justifique de forma excepcional una medida como esa. Para conseguir



que ese argumento prospere, el sector de la salud debe participar en los procesos de reforma de la administración pública.

- Sistemas de presupuestación y gastos. Además de que los servicios de salud no reciben recursos suficientes, puede ocurrir que el presupuesto que les corresponde – para sueldos, medicamentos, etc. – les llegue de forma irregular o tarde. Esto provoca problemas de gestión y administración y contribuye a la mala calidad de los servicios. Estos problemas son característicos de todo el sector público, y sólo se pueden solucionar mediante una reforma de todos los sectores del Estado. Las revisiones del gasto público pueden ayudar a detectar los problemas clave y, sobre la base de las

recomendaciones formuladas en esas revisiones, se deben adoptar medidas.

■ La descentralización que puede tener una gran repercusión en la prestación de los servicios de salud. Por una parte, puede acercar a los directores de esos servicios a la población que atienden y permitir que se aporte una respuesta más adecuada a las necesidades locales. Por otra, puede hacer que los escasos recursos disponibles se desvíen de las prioridades sanitarias nacionales, una vez que las autoridades locales tienen competencia para decidir cómo se asignan los fondos. La descentralización de las funciones administrativas y presupuestarias también plantea problemas con respecto a la entrega y la coordinación de ayuda (véase el capítulo 5).

■ Las estrategias nacionales de lucha contra la pobreza y los marcos de gastos a mediano plazo. Dar un lugar destacado a la salud en esas estrategias y en los presupuestos conexos contribuirá a que las iniciativas sanitarias tengan respaldo político, promoverá la coordinación con otros sectores y ayudará a disponer de fondos suficientes.

■ Los procesos participativos, incluidos los relacionados con las estrategias de lucha contra la pobreza. Son mecanismos importantes para garantizar la participación de las comunidades pobres y sus representantes en el establecimiento de los planes nacionales de desarrollo (a ese respecto, cabe citar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, en el que se incluye un indicador sobre la participación política de la mujer). Los encargados de la formulación de políticas sanitarias podrían aprovechar los resultados de los procesos participativos, que contribuyen a determinar las necesidades de las distintas poblaciones pobres, por ejemplo, en función del sexo, la edad y el grupo étnico, en lugar de tratar a los pobres como un solo grupo. Las investigaciones sobre la manera en que se trata la salud en las estrategias de reducción de la pobreza da una idea de lo

difícil que resulta integrar las cuestiones de salud en procesos económicos y de formulación de políticas públicas más amplios. Las pruebas disponibles (4) indican que el componente de salud previsto en las estrategias de lucha contra la pobreza no suele estar bien elaborado y no se suele explicar de qué manera las medidas propuestas (aportaciones) conducirán a los resultados deseados (productos). Además, a menudo las prioridades expuestas en esas estrategias no coinciden con las principales esferas de gastos de los presupuestos. Por ejemplo, en las estrategias de lucha contra la pobreza por lo general se da poca información sobre cómo reducir los gastos no prioritarios para financiar la ampliación de los servicios de salud para los pobres a mediano plazo. Por último, esas estrategias no aprovechan todas sus posibilidades como instrumentos intersectoriales para promover la adopción de medidas relacionadas con la salud en otros sectores, sino que se centran en la prestación de servicios de salud para mejorar los resultados sanitarios.

Esas conclusiones indican que es preciso adoptar medidas de tres tipos:

■ Crear capacidad de liderazgo en los ministerios de salud para que colaboren con los ministerios de finanzas y planificación. Para ello es necesaria una mayor comprensión de las políticas económicas (y macroeconómicas) y los tipos de procesos de reforma de todos los sectores del Estado mencionados más arriba.

■ Fortalecer los procesos de planificación de los ministerios de salud y, en particular, fomentar la capacidad para vincular los planes con los presupuestos.

■ Establecer mecanismos y procesos mejorados para el diálogo intersectorial, que a su vez debería estar respaldado por una mayor colaboración entre los asociados en el desarrollo que proporcionan asistencia a diversos sectores.

Esas medidas ayudarían a justificar el aumento de los presupuestos de salud, financiados con cargo a recursos internos y externos. Los estudios realizados por la OMS y el Banco Mundial (4) indican que la mayoría de los países de bajos ingresos están preparando marcos fiscales en los que sólo se prevén pequeños incrementos en los niveles de ayuda a lo largo del periodo que abarca su estrategia de reducción de la pobreza. Eso significa que es poco probable que la ayuda aumente próximamente. También hay pruebas de que el actual gasto en salud está creciendo muy lentamente – con demasiada lentitud como para cumplir los objetivos de salud previstos en las estrategias de reducción de la pobreza, lo cual indica que los planes son poco ambiciosos: los ministerios de salud y los gobiernos prevén únicamente aumentos muy pequeños del gasto en salud y los donantes, a su vez, van a incrementar muy poco la ayuda que prestan. En el capítulo 5 se examina más a fondo el tema de la financiación de la salud.

### **Enfoques basados en programas**

Las estrategias de reducción de la pobreza no son instrumentos de planificación detallados a nivel sectorial. Si la salud ha de ser una prioridad para los gobiernos, es preciso empezar por organizar adecuadamente los ministerios de salud. Eso significa que debe existir un plan sectorial robusto, un marco financiero y de gastos sólido y un mecanismo de supervisión fiable, establecidos y acordados por los gobiernos y los

donantes siguiendo un enfoque basado en programas o sectorial. Toda la asistencia de los donantes, incluida la proporcionada por donantes no gubernamentales y fondos mundiales, debe estar prevista en el plan, de manera que las prioridades y las estrategias establecidas en él se respeten.

Aunque el concepto de enfoque sectorial se acuñó hace más de diez años y goza ya de una aceptación generalizada, sólo hay unos cuantos ejemplos de enfoques sectoriales plenamente operativos en el sector de la salud. De acuerdo con un análisis reciente (5) de la situación de los enfoques sectoriales en la esfera de la salud, sólo siete países los han desarrollado plenamente y ocho han agrupado mecanismos de financiación a tal efecto. Otro estudio de la OMS y el Banco Mundial indica que el nivel de la ayuda aportada al sector de la salud de forma flexible es sorprendentemente bajo: en 14 países estudiados, sólo 20% de la ayuda se proporciona como apoyo al presupuesto, y parte de ella está destinada a partidas presupuestarias o sectores concretos (4). De esos resultados se deduce que el éxito de un enfoque sectorial no se determina necesariamente en función de si atrae o no financiación mancomunada; el establecimiento de marcos conjuntos normativos, de supervisión y de gestión puede ser más importante.

## Conclusión

# Todos

los asociados, incluidos gobiernos, donantes y la sociedad civil, tienen que alinearse en torno a un conjunto acordado de instrumentos y enfoques para alcanzar los objetivos del sector y conseguir financiación suficiente para él, y asegurarse de que esos instrumentos y enfoques están vinculados, a nivel nacional, con las estrategias de reducción de la pobreza y los marcos de gastos a mediano plazo. Para alcanzar los ODM relacionados con la salud se necesitará apoyo para aplicar estrategias más equitativas en el sector de la salud (como se indica en el capítulo 2), y la adopción de medidas para que la salud ocupe un lugar más destacado en las políticas económicas y de desarrollo. A este respecto, será necesario crear capacidad de liderazgo e institucional en los ministerios de salud, especialmente en materia de preparación de análisis macroeconómicos y de presupuestación y planificación estratégicas, y establecer un diálogo más estrecho con los ministerios supervisores, como los de finanzas y planificación.

- 1 - Gokhale MK, Rao SS, Garole VR. Infant mortality in India: use of maternal and child health services in relation to literacy status. *Journal of Health Population and Nutrition*, 2002, 20:138-147 (<http://202.136.7.26/images/infant.pdf>, visitado el 26 de abril de 2005).
- 2 - Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=spanish>, visitado el 26 de abril de 2005).
- 3 - Bloom DE, Sachs JD. Geography, demography and economic growth in Africa. *Brooking Papers on Economic Activity*, 1998, 2:207-295.
- 4 - *MDG-orientated sector and poverty reduction strategies: lessons from experience in health*. Documento preparado para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2-3 de diciembre de 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>, visitado el 26 de abril de 2005).
- 5 - An analysis of the current status of health sector wide approaches in PRSP countries. Londres, Institute for Health Sector Development (proyecto) (<http://www.ihsd.org>).



# Cómo afrontar los desafíos sanitarios cambiantes del mundo en desarrollo



El estado actual de la salud de los adultos se caracteriza por tres grandes

## tendencias

01 02 03 **04** 05 06 07  
capítulo

- Una ralentización de las mejoras de salud en los países pobres y, como consecuencia de ello, una brecha sanitaria cada vez mayor entre países ricos y países pobres.
- Una carga de morbilidad cada vez más compleja, y
- La mundialización de los riesgos para la salud de los adultos (1).

Cada una de esas tendencias, que se examina a continuación, constituye un serio desafío para la situación sanitaria a nivel nacional e internacional y requiere la adopción de medidas inmediatas y coordinadas.

## Brecha sanitaria cada vez mayor

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio a que dio lugar, representan un compromiso por reducir la pobreza en el mundo y cerrar la brecha entre ricos y pobres (2). Sin embargo, las actuales tendencias en la esfera de la salud parecen indicar que el mundo avanza en sentido opuesto.

En los últimos 50 años se ha producido un incremento gradual de la esperanza de vida: hoy en día el promedio mundial es de más de 65 años, esto es, el nivel registrado en los países de Europa en 1950. Sin embargo, esa tasa de incremento se ha frenado en los últimos decenios.

Según un análisis reciente, las desigualdades en la esperanza de vida se redujeron hasta finales de la década de los ochenta, pero repuntaron durante los noventa, sobre todo

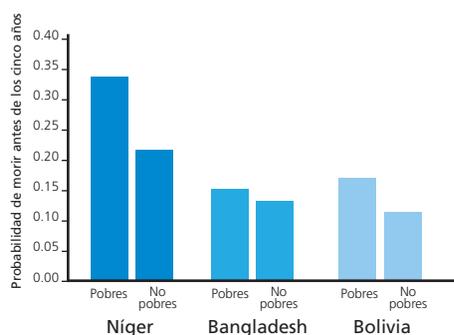
debido al aumento de la mortalidad de adultos en el África subsahariana (a raíz de la epidemia de VIH/SIDA) y en las antiguas economías socialistas de Europa (3).

A nivel mundial, las tasas de mortalidad en la niñez están en continuo descenso en todas las regiones en desarrollo (3). Sin embargo, en muchos países del África subsahariana, la tendencia a la baja de la mortalidad en la niñez se ha invertido en el último decenio. En términos generales, el 35% de los niños de África tiene mayor riesgo de morir hoy que hace 10 años (1). Casi la mitad de todas las defunciones de niños menores de cinco años se produce en esa región, donde los progresos se han visto frenados por la falta de atención preventiva y terapéutica, la fragilidad de los sistemas de salud y el estancamiento socio-económico provocado por los conflictos, la situación de inestabilidad y el VIH/SIDA (4, 5). Los niños que superan la infancia se ven enfrentados a unas tasas de mortalidad de adultos más altas que las registradas hace 30 años.

Como resultado de esas tendencias, las desigualdades sanitarias son cada vez mayores entre los habitantes de una misma región y de distintas regiones (3). Además, a menudo existen grandes diferencias entre las tasas de mortalidad de la población rica y las de la población pobre de un mismo país. Los datos reunidos en más de 60 países muestran que los niños de las familias pobres tienen un riesgo mucho mayor de morir antes de los cinco años que los de las familias más acomodadas. Esa tendencia se ilustra en la figura 1 con los resultados de tres países de distintas regiones (6).

El análisis también permite observar que, aunque la mortalidad en la niñez ha aumentado en los países de África estudiados, la brecha entre los pobres y los no pobres se ha mantenido constante a lo largo del tiempo (6). En cambio, en la región de las Américas, donde las tasas de mortalidad infantil han disminuido en general, ha crecido

**Figura 1: Diferencias en las tasas de mortalidad en la niñez en tres países en desarrollo en función de la situación socioeconómica de la población**



Fuente: OMS, 2003

Nota: El grupo de los pobres está integrado por las personas que se encuentran en el quintil de ingresos más bajos y el de los no pobres, por el resto. El eje vertical representa la probabilidad de morir durante la infancia (en una escala de 0 a 1). En el eje horizontal se desglosa la información entre pobres y no pobres. Para determinar la población que es pobre y la que no lo es se utiliza una escala mundial basada en una estimación de los ingresos permanentes preparada con datos sobre la propiedad de bienes, la disponibilidad de servicios y las características de los hogares. Este método presenta la ventaja de que permite comparar el nivel socioeconómico entre distintos países. Significa que las personas definidas como «pobres» en Bangladesh tienen la misma situación económica que las definidas como «pobres» en el Níger.

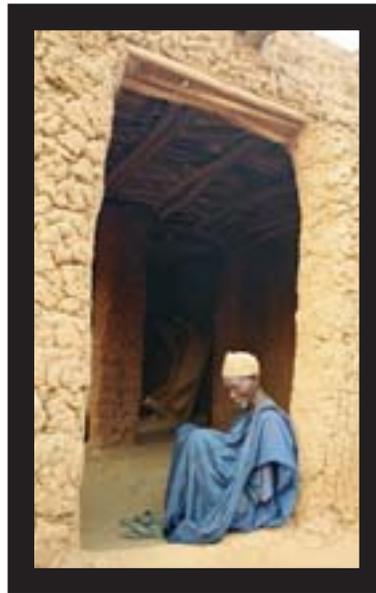
la disparidad entre las tasas de mortalidad de los pobres y las de la población más acomodada. Eso significa que en muchas regiones han mejorado las tasas de supervivencia de los más ricos, pero no las de los pobres. Otro análisis reciente confirma esa conclusión y muestra que la disminución de la mortalidad infantil ha sido mucho más lenta en las zonas rurales, donde se concentran los pobres, que en las urbanas (6).

Posiblemente las intervenciones sanitarias llevadas a cabo en el último decenio no han sido tan eficaces en llegar a los pobres como se había previsto. Los encargados de formular las estrategias para tratar de alcanzar los ODM tienen que aprender de ese fracaso, y trabajar activamente para reducir las desigualdades sanitarias. En la práctica, eso significa que hay que centrarse en los países más necesitados y, dentro de esos países, en los grupos de población más desfavorecidos.

### Carga de morbilidad cada vez más compleja

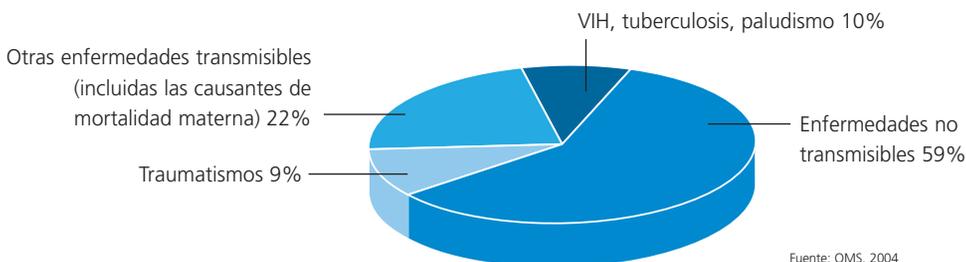
En 2002 murieron 57 millones de personas. Un análisis de las causas de defunción y la edad a la que se produjeron las muertes indica que el mundo se ve enfrentado a una serie de desafíos sanitarios cada vez más complejos (véase la figura 2). En el gráfico se observa que las prioridades en materia de

salud a que se hace referencia en los ODM – el VIH, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, así como la mortalidad materna – representan en su conjunto el 32% de la mortalidad mundial.



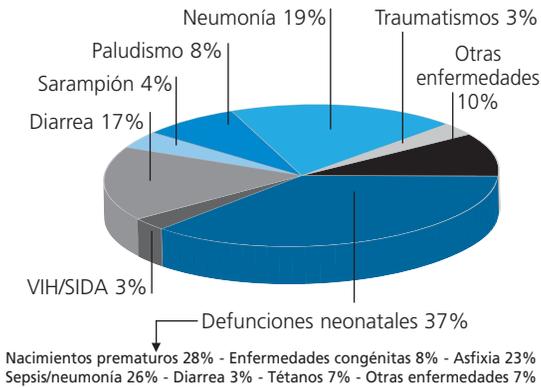
**Figura 2: Distribución mundial de las causas de defunción – todas las edades, 2002**

Mortalidad mundial: 57 millones de defunciones en 2002



Fuente: OMS, 2004

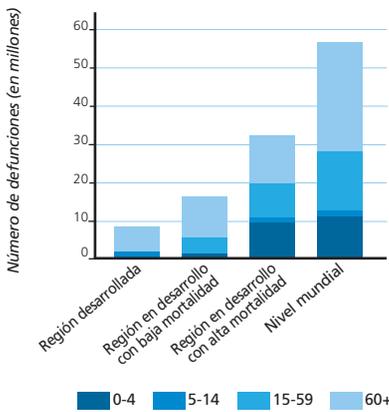
**Figura 3: Principales causas de defunción a nivel mundial entre los niños menores de cinco años y los neonatos – Promedio anual correspondiente al periodo 2000-2003**



**La desnutrición es una de las causas subyacentes del 53% de las muertes de niños menores de cinco años**

Fuentes: Bryce et al., 2005; OMS, 2005

**Figura 4: Distribución de la mortalidad mundial por edades, 2002**



Fuente: OMS, 2003

En los países en desarrollo las tasas de mortalidad son mucho más elevadas en todos los grupos de edad. Los datos relativos a la mortalidad infantil son sumamente preocupantes: casi el 20% de las muertes a nivel mundial corresponde a niños menores de cinco años, y el 99% de las defunciones infantiles tiene lugar en países en desarrollo. Según las estimaciones más recientes (7), cerca del 90% de todas las muertes infantiles son atribuibles a sólo seis afecciones (véase

la figura 3) y la mayoría de ellas se podrían evitar con el uso más generalizado de intervenciones que son sencillas, asequibles y eficaces (8, 9).<sup>i</sup> Para reducir el número de defunciones, las estrategias destinadas a alcanzar los ODM relacionados con la salud deberían recurrir en mucha mayor medida a esas intervenciones conocidas y crear una continuidad en la atención prestada a las madres y los niños, que comenzara antes del embarazo y se extendiera hasta el parto y la infancia (8).

La muerte prematura de adultos es un problema menos reconocido, pero no menos grave. Como se observa en la figura 4, hay un número comparativamente superior de defunciones de adultos de 15 a 59 años en los países en desarrollo (10). Algo más del 30% de todas las muertes registradas en los países en desarrollo se producen a esas edades, en comparación con un 15% en las regiones más ricas. En cambio, casi el 70% de las defunciones en los países desarrollados se producen después de los 70 años; la proporción correspondiente en los países en desarrollo es de un 30%.

Además, la carga de enfermedades crónicas y no transmisibles está en aumento en los países pobres. Hasta hace poco se pensaba que los principales factores de riesgo (como la hipertensión arterial, el colesterol, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ellos) constituían una amenaza sólo en los países de altos ingresos. Sin embargo, muchas de las defunciones mundiales que se producen a consecuencia de esos factores de riesgo tienen lugar en países de ingresos medios y bajos (véase la figura 5) (10). Ese cambio forma parte de una «transición de los riesgos», que refleja la transformación de los modos de vida y la alimentación en los países en desarrollo.

A nivel mundial, la carga de enfermedades transmisibles entre los adultos está dismi-

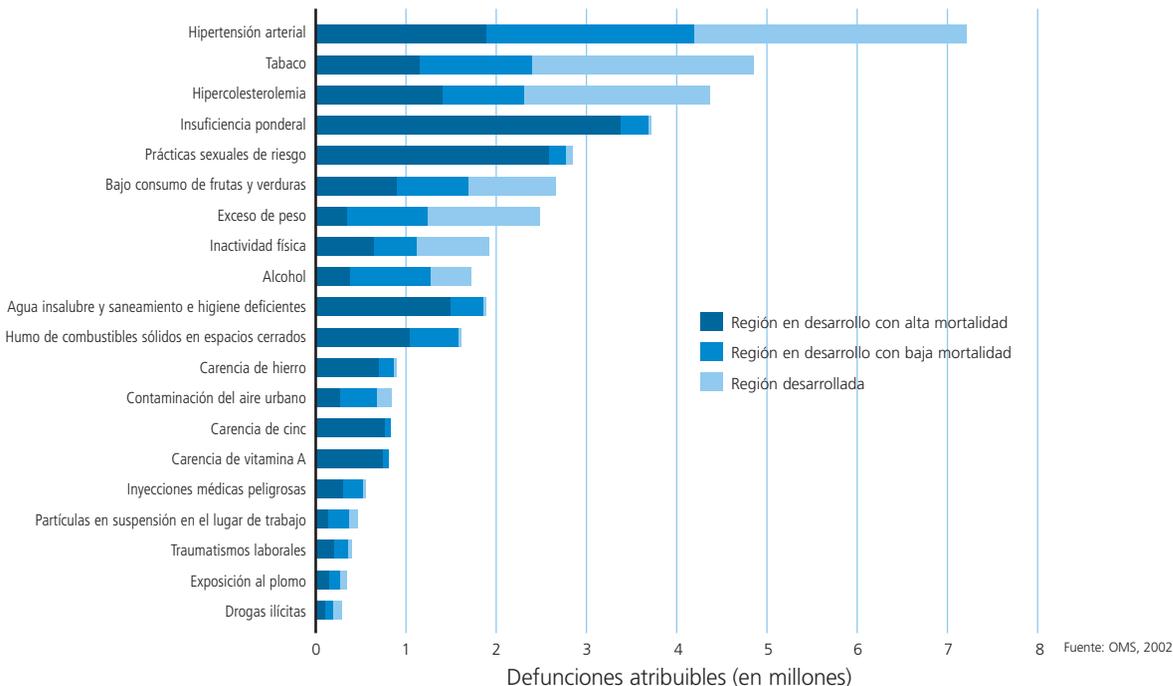
<sup>i</sup> - Por ejemplo, la terapia de rehidratación oral, los antibióticos, los medicamentos antipalúdicos y los mosquiteros tratados con insecticida, la vitamina A y otros micronutrientes, la promoción de la lactancia materna, la inmunización y la atención especializada durante el embarazo y el parto.



nuyendo, a pesar de que el VIH/SIDA se ha convertido en la principal causa de mortalidad entre los adultos de 15 a 59 años, pues provoca la muerte de 2,2 millones de personas todos los años, lo que representa el 14% de las defunciones del mundo entero registradas en ese grupo de edad. No obstante, una proporción casi igual de las defunciones de ese grupo de edad está causada por las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares combinados, y otras tantas por los accidentes de carretera y los traumatismos causados intencionalmente (suicidios, homicidios y guerras). Cuatro de las 10 causas principales de defunción en el mundo entero están asociadas con el tabaquismo, lo que hace de la lucha contra el tabaco una importante estrategia para evitar la muerte prematura de adultos. El tabaco influye en todos los ODM (véase la página 56).

Dado que la doble carga de morbilidad se está extendiendo rápidamente a causa del envejecimiento de la población y de la transición sanitaria en los países en desarrollo, la mortalidad de los adultos se la consertido en un problema de ámbito mundial. No obstante, según la base de datos de la OMS sobre la mortalidad, sólo se registra una tercera parte de las defunciones de adultos del mundo entero, la mayoría de ellas en países de ingresos altos y medios (11). Además, en las estadísticas sobre mortalidad se subestima en gran medida la carga de enfermedades no transmisibles entre adultos, porque no se tienen en cuenta los resultados sanitarios no mortales, como las afecciones neuropsiquiátricas, la ceguera y la pérdida de oído. Se necesitan pruebas más amplias sobre los resultados sanitarios no mortales para evaluar la magnitud de la carga mundial de morbilidad y discapacidad, particularmente entre los adultos.

**Figura 5: Distribución mundial de las defunciones atribuibles a 20 factores de riesgo importantes, 2000**





## El tabaco y los ODM

*La aplicación de las medidas de lucha contra el tabaco puede contribuir a alcanzar cada uno de los ODM.*

### **Eradicar la pobreza extrema y el hambre** OBJETIVO 1

*Los datos disponibles sobre muchos países muestran que los pobres tienen más tendencia a fumar. De hecho, muchas familias pobres gastan más en tabaco que en salud y educación. El consumo de tabaco también puede contribuir al empobrecimiento nacional. Por ejemplo, el costo de productividad perdida a causa de las defunciones prematuras relacionadas con el consumo de tabaco es de US\$ 82 000 millones por año en los Estados Unidos de América.<sup>i</sup>*

### **Lograr la educación primaria universal** OBJETIVO 2

*El costo de oportunidad del consumo de tabaco es muy elevado para las familias pobres. Cuando una parte grande de los ingresos familiares se gasta en tabaco, quedan limitados los recursos para educación de los hijos y atención sanitaria. Además, la industria del tabaco emplea a niños, lo que también repercute en los niveles de educación.*

### **Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer** OBJETIVO 3

*Las muchachas fuman casi lo mismo que los muchachos, y consumen también una cantidad similar de productos del tabaco distintos de los cigarrillos, como tabaco de mascar, bidis y pipas de agua. La industria del tabaco se dirige a las mujeres y las niñas con imágenes seductoras, pero falsas, que evocan la vitalidad, la esbeltez, la emancipación, la sofisticación y la atracción sexual. La liberación, la autonomía e incluso la amistad entre mujeres son temas a los que se recurre en la publicidad en los países desarrollados, y cada vez más a menudo en las regiones donde ha empezado a cambiar el papel de la mujer. Así pues, es importante incorporar una perspectiva de género en las actividades de lucha contra el tabaco.*

### **Reducir la mortalidad infantil y** OBJETIVO 4

### **Mejorar la salud materna** OBJETIVO 5

*La nutrición deficiente y la mala salud de las madres son las principales causas de mortalidad infantil. El dinero que se gasta en tabaco priva a las madres y a sus hijos de alimentos y posiblemente de atención médica. Las mujeres que consumen tabaco corren un riesgo mayor de tener niños más pequeños, los cuales a su vez tienen más probabilidades de padecer mala salud y morir. El tabaquismo pasivo afecta de manera desproporcionada a las mujeres y los niños y provoca un aumento de las enfermedades respiratorias y de otro tipo en estos últimos.*

### **Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades** OBJETIVO 6

*Fumar provoca otras enfermedades a las personas que padecen VIH/SIDA, como neumonía bacteriana y demencia relacionada con el SIDA. También hace que la tuberculosis subclínica se convierta en tuberculosis clínica y aumenta el número de defunciones. Hoy en día es una de las causas del 50% de las muertes por tuberculosis en la India.*

### **Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente** OBJETIVO 7

*Todos los años se talan unas 200 000 hectáreas de bosques y tierras arboladas debido al cultivo de tabaco, y casi un 5% de la deforestación en los países en desarrollo en que se produce tabaco se debe a ese cultivo.<sup>iii</sup>*

*Además, si en lugar de tabaco se produjeran cultivos alimentarios se podría dar de comer a un total de 10 a 20 millones de personas.<sup>iv</sup> Por otra parte, el tabaco erosiona el suelo, los plaguicidas empleados en su cultivo degradan el medio ambiente y el proceso de elaboración del tabaco origina 2 500 millones de kilogramos de desechos todos los años.*

### **Fomentar una asociación mundial para el desarrollo** OBJETIVO 8

*El problema del tabaco es de ámbito mundial, por lo que hay que tratarlo desde una perspectiva mundial. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es un instrumento destinado a abordar la lucha contra el tabaco a nivel mundial.*

i - The millennium development goals and tobacco control. An opportunity for global partnership. Executive Summary. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

ii - Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs - United States, 1995-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51:300-303 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>, visitado el 28 de abril de 2005).

iii - Geist HJ. Global assessment of deforestation related to tobacco farming. *Tobacco Control*, 1999, 8:18-28 (<http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/8/1/18>, visitado el 28 de abril de 2005).

iv - Barry M. The influence of the US Tobacco industry on the health, economy, and environment of developing countries. *The New England Journal of Medicine*, 1991, 324:917-920.

## Efectos de la globalización

El proceso de globalización, esto es, de integración social y económica a nivel mundial, se ha acelerado en el último decenio. Esto ha tenido consecuencias directas e indirectas para la salud.

En primer lugar, el aumento de la circulación de personas y bienes que conlleva la globalización ha contribuido a la propagación de enfermedades transmisibles. A lo largo de la historia, las amenazas para la salud se han extendido por los continentes independientemente de las fronteras nacionales (12). En el siglo XXI, las enfermedades pueden traspasar las fronteras nacionales aún con mayor rapidez y afectar a comunidades del mundo entero, como se vio recientemente con los brotes de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y gripe aviar.

En segundo lugar, la globalización ha promovido también cambios negativos en los modos de vida, como hábitos alimentarios inadecuados e inactividad física, que a su vez afectan a la salud. Por ejemplo, el aumento de la importación de alimentos a las regiones en desarrollo ha llevado a un mayor consumo de alimentos elaborados con un alto contenido de sal y grasas saturadas. Esta «transición de la nutrición» – cada vez más patente en los países de ingresos medios y bajos – unida a la disminución de la actividad física, ha contribuido al aumento de la prevalencia de factores de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad) y la creciente incidencia de enfermedades no transmisibles a que se hace referencia más arriba (13).

En tercer lugar, la disminución de los aranceles aduaneros – negociados en el marco de los procesos de globalización – puede tener un efecto positivo al hacer que se reduzca el precio del equipo y los productos médicos. Por otra parte, el cambio de las normas internacionales relativas a la protección de patentes afecta al acceso a los medicamentos esenciales (14).

## Enfermedades tropicales desatendidas

Los ODM han contribuido a focalizar la atención internacional en el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo – tres de las enfermedades más devastadoras del mundo – y a movilizar recursos muy necesarios para combatirlas. Además, y lo que es muy importante, en el objetivo 6 de los ODM se reconoce que hay «otras enfermedades graves» que afectan al menos a 1000 millones de personas, como la úlcera de Buruli, la enfermedad de Chagas, la filariasis linfática (elefantiasis), la esquistosomiasis, las parasitosis intestinales, la lepra, la leishmaniasis, la enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana) y otras. Esas enfermedades, a veces llamadas «enfermedades desatendidas», porque no reciben atención por parte de la comunidad internacional y faltan recursos para combatirlas, prosperan en lugares con pocos recursos y tienden a afectar a grupos de población pobres y marginados. Las personas en mayor situación de riesgo son las que viven en regiones aisladas, zonas de conflicto o tugurios urbanos, que no tienen acceso o tienen un acceso limitado a servicios sanitarios, de agua salubre y de otro tipo.

Las afecciones y discapacidades provocadas por las enfermedades tropicales desatendidas tienen una enorme repercusión social y económica. Esas enfermedades son las que provocan los trastornos más graves a las actividades sociales y económicas por motivos relacionados con la salud en el mundo en desarrollo, sobre todo entre las poblaciones más pobres.

Afortunadamente, muchas de ellas se pueden controlar utilizando tecnologías de bajo costo que son seguras, rápidamente eficaces y fáciles de utilizar en lugares con pocos recursos. Cuando se aplican a gran escala, las estrategias de lucha contra esas enfermedades pueden interrumpir la transmisión, lo que ayuda a reducir el riesgo de que avance la infección durante un cierto tiempo. Esas intervenciones se llevan a cabo entre toda la población (por ejemplo, las de lucha antivectorial y administración masiva de medicamentos) y no establecen diferencias entre pobres y no pobres, por lo que hay menos riesgos de que los grupos excluidos queden todavía más marginados.

Las iniciativas destinadas a alcanzar los ODM deben dar prioridad a la intensificación de la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas, pues ello contribuirá directamente a reducir la carga de las enfermedades transmisibles (objetivo 6) y servirá indirectamente de apoyo a las actividades para reducir la pobreza y el hambre (objetivo 1).

El proceso de mundialización también ha puesto de relieve la incongruencia entre las amenazas que pesan sobre la salud mundial y los instrumentos normativos que los decisores utilizan para gestionar esas amenazas a nivel nacional. Está claro que se necesitan nuevas normas y reglamentos que regulen las relaciones entre los países para afrontar mejor los riesgos sanitarios de ámbito mundial. La comunidad internacional está creando cada vez más mecanismos para afrontar esos riesgos.

Por ejemplo, la extensa red de vigilancia mundial ofrece a las autoridades sanitarias más tiempo para planificar la respuesta a los brotes de enfermedades transmisibles. Sin embargo, esos elementos colectivos suelen estar demasiado fragmentados, por lo que hace falta:

- reunir puebas más sólidas del carácter mundial de los problemas sanitarios y de la eficacia de las estrategias recomendadas para afrontarlos;

- continuar desarrollando mecanismos para afrontar las amenazas sanitarias mundiales y, entre otras cosas, perfeccionar las normas y reglamentos internacionales (12).

Para combatir esos problemas, la OMS está tratando de reforzar las actividades internacionales de lucha contra las enfermedades (por ejemplo, con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la revisión del Reglamento Sanitario Internacional) e intensificando las medidas de vigilancia y control (15).

1. *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – Cambiemos el rumbo de la historia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 ([http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf), visitado el 28 de abril de 2005).
2. Sachs JD, Mc Arthur JW. The Millenium Project: a plan for meeting the Millenium Development Goals. *Lancet*, 2005, 365: 347-353.
3. Moser K, Shkolnikov V, Leon DA. World mortality trends 1950-2000 [Mortalidad mundial en 1950-2000: convergencia inicial, y divergencia a partir de finales de los ochenta]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83: 202-209 (resumen en español: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/moser0305abstract/es/>, visitado el 28 de abril de 2005).
4. Walker N, Schwartlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 2003, 361: 2226-2234.
5. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361: 2226-2234.
6. *Informe sobre la salud en el mundo 2003 – Forjemos el futuro*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/es/index.html>, visitado el 28 de abril de 2005).
7. Bryce J et al. and the WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005; 365: 1147-1152.
8. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>, visitado el 28 de abril de 2005).
9. Jones G et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362: 65-71.
10. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>, visitado el 28 de abril de 2005).
11. *WHO mortality database*. 2004 Ginebra, Organización Mundial de la Salud, enero de 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort>, visitado el 28 de abril de 2005).
12. Store JG. Health and human security: politics, policies, and global institutions. In: Chen LC, Leaning J, Narasimhan V, eds. *Global Health challenges for human security*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2003 ([http://www.fas.harvard.edu/acgei/staff\\_publications.htm](http://www.fas.harvard.edu/acgei/staff_publications.htm), visitado el 28 de abril de 2005).
13. Popkin BM. Nutrition in transition: the changing global nutrition challenge. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 10: S13-S18(6) (<http://www.ingentaconnect.com/content/bscajcd/2001/00000010/A00100s1/art00211>, visitado el 28 de abril de 2005).
14. *Los acuerdos de la OMC y la Salud Pública. Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC*. Ginebra, Organización Mundial del Comercio, 2002 ([http://www.who.int/trade/resource/en/who\\_wto\\_s.pdf](http://www.who.int/trade/resource/en/who_wto_s.pdf), visitado el 28 de abril de 2005).
15. Shibuya K et al. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *British Medical Journal*, 2003, 327: 154-157 ([http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/327/7407/154?maxtosho=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&AUTHOR1=shibuya&andorexactfulltext=and&searchid=1114691928822\\_9741&stored\\_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1](http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/327/7407/154?maxtosho=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&AUTHOR1=shibuya&andorexactfulltext=and&searchid=1114691928822_9741&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1), visitado el 28 de abril de 2005).

## Conclusión

Los ODM relacionados con la salud

# se centran

en algunas de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países pobres y entre las poblaciones pobres. Aproximadamente una tercera parte de todas las defunciones del mundo se deben al VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, así como a otras enfermedades transmisibles y a la mortalidad materna (véase la figura 2).

Además, las tendencias demográficas y la transición sanitaria, unidas a los cambios en la distribución de los factores de riesgo, han acelerado una epidemia de enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo (10). Como consecuencia de ello, muchos países pobres padecen ahora una doble carga de morbilidad: mala salud asociada a la pobreza y la falta de desarrollo, por una parte, y enfermedades crónicas relacionadas con el tabaquismo, la obesidad, la alimentación deficiente y la inactividad física, por otra.

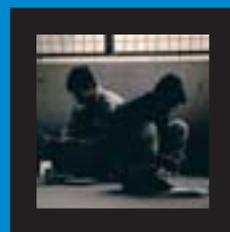
Por lo tanto, las estrategias destinadas a mejorar la salud deberían abordar toda la carga de morbilidad en los países pobres. En algunos casos, esto requerirá una transformación sustancial del alcance de los sistemas y servicios de salud, así como datos de mucha mejor calidad sobre los niveles y causas cambiantes de la mortalidad de los adultos. Los ODM ofrecen un marco adecuado para la adopción de medidas. Por ejemplo, con el objetivo 6, «Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades», se reconoce la necesidad de tratar otras enfermedades y factores de riesgo importantes, como las «enfermedades tropicales desatendidas», que prevalecen en las comunidades pobres e imponen una gran carga de morbilidad, pero que han recibido muy poca atención hasta la fecha (véase la página 57).

La OMS continúa reuniendo y analizando pruebas sobre la evolución de la carga de morbilidad y, a tal efecto, ha formulado una estrategia para el desarrollo a largo plazo de indicadores sanitarios básicos (véase el capítulo 7), que servirán de complemento a los indicadores sanitarios indicados en los ODM, e informará periódicamente sobre ellos. Esa estrategia permitirá ir conociendo los indicadores sanitarios esenciales, el desempeño de los sistemas de salud y las esferas que no se han reflejado debidamente en los objetivos de desarrollo. En ese plan también se tienen en cuenta los indicadores recomendados en el marco de iniciativas internacionales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización.

Además de ese análisis, se lleva a cabo una evaluación de las intervenciones que se podrían utilizar para afrontar los problemas sanitarios cambiantes (10). Al igual que con la supervivencia infantil (9), ahora conocemos estrategias viables para reducir la carga de morbilidad entre adultos, por ejemplo, medidas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, reducción del consumo de tabaco y alcohol, prevención de enfermedades cardiovasculares y tratamiento de enfermedades mentales.

La OMS también puede aportar una gran ayuda a los países para prepararse a afrontar las amenazas sanitarias mundiales emergentes y cambiantes, fortaleciendo su infraestructura de salud pública y sus sistemas sanitarios. Las epidemias de enfermedades transmisibles y no transmisibles no se pueden combatir únicamente con políticas nacionales; es preciso asumir compromisos concretos para afrontar problemas que trascienden las fronteras nacionales. La OMS puede contribuir al logro de los ODM aportando una base científica más sólida sobre la naturaleza mundial de los desafíos sanitarios y las estrategias recomendadas para afrontarlos, y ayudando a los países a superar esos desafíos.





# Cuando

01 02 03 04 **05** 06 07  
capítulo

los países en desarrollo adoptan los ODM, y cuando los países ricos se comprometen a respaldarlos, han de tener muy claro lo que ello entraña desde el punto de vista de los recursos. Aunque la cantidad de fondos que se necesita es relativamente pequeña en términos absolutos, supone un incremento considerable con respecto al actual nivel de inversión en el sector de la salud.

Los gobiernos de los países de bajos ingresos también habrán de aportar recursos; incluso los países más pobres tienen algún margen para aumentar su gasto interno en salud. Sin embargo, todo ello no bastará. Para alcanzar los objetivos sanitarios se necesitará un enorme incremento de la *ayuda para la salud*. Como se ha señalado anteriormente, para poder atraer esos recursos, los países en desarrollo deberán mejorar la calidad de sus estrategias y planes sanitarios y fortalecer sus sistemas de salud.

En este capítulo se estudia *lo que costará* alcanzar los ODM relacionados con la salud y se pasa revista a los argumentos contrarios al incremento de la ayuda. En el capítulo 6 se examina el tema de la eficacia de la ayuda, es decir, de cómo se puede garantizar que la ayuda se entregue a los países de la forma más útil y eficaz posible.

## Supervisión del objetivo 8

*El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1 a 7 dependerá en gran parte de las medidas que adopten los países en desarrollo. En el epígrafe relativo al objetivo 8 se señala lo que los países ricos han de hacer para complementar esas medidas y aportar la ayuda necesaria. Aunque en el marco del Objetivo 8 se apuntan los elementos clave para una verdadera asociación mundial para el desarrollo, principalmente ayuda, comercio y alivio de la deuda, no se establecen objetivos cuantificados concretos para medir las actividades de los países donantes.*

*El hecho de que no se hayan fijado objetivos concretos en relación con las medidas que adoptan los países ricos, ni con las que adoptan los pobres, es considerado un fallo importante de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*

*En respuesta a ello, algunos países donantes han preparado sus propios informes sobre los ODM, que complementan los preparados por los países en desarrollo sobre el tema y se centran en aspectos relacionados con la calidad y la cantidad de su ayuda y en su papel y opinión respecto del comercio mundial, el alivio de la deuda, la transferencia de tecnología y la coherencia general de las políticas gubernamentales. Entre esos donantes figuran la Comisión Europea, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, los Países Bajos, el Reino Unido y Suecia.*

*Para 2005 se han anunciado ya otros informes, incluido un informe conjunto de los países de la Unión Europea.*

## Deuda

*Para los países clasificados como «muy endeudados», el alivio de la deuda puede ser una fuente de financiación mucho más importante que la ayuda convencional. En Malawi y Mozambique, cancelar el 100% de la deuda significaría liberar inmediatamente US\$ 600 millones en recursos adicionales por país durante el período 2000-2015. En Uganda la cancelación de la deuda podría liberar hasta US\$ 1000 millones y en Tanzania, US\$ 700 millones. Incluso si se beneficiaran del máximo alivio de la deuda en el marco de la Iniciativa Ampliada en favor de los países pobres muy endeudados, entre 2000 y 2015 esos países pagarían US\$ 3000 millones en concepto de servicio de la deuda; en esa cifra no están incluidos los pagos correspondientes a deudas contraídas más recientemente (6). Además del volumen de recursos que libera, la cancelación de la deuda es potencialmente un medio eficaz de conceder recursos, pues libera fondos para el presupuesto general y constituye una fuente sostenida de ingresos, lo que permite a los gobiernos planificar la utilización de recursos adicionales en un período más largo. Por lo tanto, es preciso tratar de ampliar y extender el alivio de la deuda, de manera que se beneficien incluso los países que no reúnen los requisitos para ello en virtud de los planes en vigor. En este sentido, una medida bien acogida ha sido el anuncio de «cancelación del 100% de las deudas que los países pobres muy endeudados tienen pendientes con el Fondo Monetario Internacional, la Asociación Internacional de Fomento y el Fondo Africano de Desarrollo» que hicieron los países des G8 en julio de 2005.*



## Objetivo 8

El objetivo 8 de los ODM es «Fomentar una asociación mundial para el desarrollo». Ése es el objetivo que hace únicos a los ODM, los convierte en un acuerdo entre países ricos y pobres y hace explícito que los progresos en los países pobres dependerán de las medidas adoptadas por los ricos. El objetivo 8 (véase página opuesta) representa el lado de los donantes en la negociación sobre los ODM y recuerda que la seguridad y la prosperidad mundiales dependen de que se cree un mundo más equitativo para *todos*.

El contenido de la «asociación mundial» se ha preparado de diversas maneras. Se considera que el Consenso de Monterrey – resultado de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, celebrada en 2002 – sienta sus elementos fundamentales, que están relacionados con la liberalización del comercio, las corrientes financieras privadas, la deuda (véase página opuesta), la movilización de recursos internos y la asistencia para el desarrollo (ayuda).

Evidentemente, todos esos aspectos tienen una honda repercusión en la capacidad de los países para alcanzar los siete primeros ODM. La ayuda es especialmente importante para el sector de la salud (igual que para los demás sectores sociales), porque gran parte de los recursos destinados a los servicios sanitarios proceden de las arcas del Estado y, dado el carácter no lucrativo de las inversiones en salud pública, esos recursos no se pueden sustituir mediante inversiones privadas. *Por consiguiente, la ayuda suele ser la única opción fiable cuando los fondos públicos para salud se quedan cortos.*

### ¿Cuánto costaría alcanzar los ODM relacionados con la salud?

Se calcula que en 2002, último año sobre el que se tienen datos, la asistencia para el desarrollo destinada a la salud ascendió a US\$ 8100 millones (€ 6300 millones) (1).<sup>i</sup> Esa cifra representa un aumento considerable con respecto al promedio de US\$ 6400 millones registrado entre 1997 y 1999, y refleja una tendencia al alza de los niveles generales de ayuda. En total, la ayuda de los miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) aumentó un 7% en términos reales entre 2001 y 2002, y otro 3,9% en 2003 (2, 3). Gran parte del incremento que tuvo lugar entre 2002 y 2003 se

debió al inicio de las corrientes de ayuda para la reconstrucción del Irak, mientras que el incremento de la ayuda para salud obedeció principalmente a que se comprometieron nuevos fondos al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la mayoría de los cuales fueron aportados para el África subsahariana.

Aunque esos aumentos de fondos son bienvenidos, siguen estando muy lejos de la cantidad que se necesita. En el marco del Proyecto del Milenio se calculó recientemente que para alcanzar *todos* los ODM se necesitarían en 2006 US\$ 135 000 millones en asistencia oficial para el desarrollo (AOD), cifra que iría en aumento hasta situarse en US\$ 195 000 millones en 2015. Y lo que es muy importante, en el Proyecto del Milenio se señala que esos incrementos se ajustan sobradamente al objetivo fijado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1970, renovado recientemente en Monterrey, de que los países ricos deben destinar el 0,7% de su PNB a la ayuda para el desarrollo: US\$ 135 000 millones equivalen al 0,44% del PNB de los países ricos.

En la esfera de la salud, se han realizado una serie de estudios sobre la necesidad de aumentar el gasto. En 2001, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud estimó que un conjunto mínimamente adecuado de intervenciones, y la infraestructura necesaria para ejecutarlas, costaría entre US\$ 30 y US\$ 40 por habitante (4).<sup>ii</sup> Según otras estimaciones, harían falta hasta US\$ 60 por habitante (5). Aunque la diferencia entre esas cifras es considerable, el mensaje principal está claro: en los países más pobres el gasto en salud ha de ser muy superior al actual nivel de tan sólo US\$ 8 a US\$ 10 por habitante.

Ahora hay que comparar las cifras mundiales estudiando las estimaciones del costo de la expansión de las intervenciones correspondientes a cada país. El cálculo de los costos de la expansión de programas para luchar contra enfermedades concretas resulta útil para fines de promoción, pero hay que complementarlo con estimaciones que tengan en cuenta la repercusión financiera de la expansión y el fortalecimiento del sector de la salud en su conjunto. Si los ejercicios de cálculo de costos se realizan de esta manera, contribuirán a justificar el aumento de los presupuestos de salud.

i - En esta cifra se incluyen las contribuciones de organismos bilaterales y multilaterales, las Naciones Unidas y el Banco Mundial, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

ii - Esta cifra no incluye gastos de planificación familiar, hospitales terciarios ni emergencias.

## Repercusión económica de la expansión

La atención se está desviando ahora de los ejercicios de cálculo de costos a la compleja cuestión de cómo movilizar apoyo para inversiones en salud a largo plazo. Aquí se plantea un debate relacionado con la repercusión macroeconómica que podría tener una expansión rápida de las corrientes de ayuda a los países pobres. Quienes están en contra de un incremento rápido alegan, entre otras cosas, que, cuando la ayuda se utiliza para pagar bienes y servicios locales (sueldos, material de construcción, etc.), se puede producir un incremento de los precios de esos recursos sin que aumente la oferta (7). Esta cuestión atañe al sector de la salud, donde los costos locales representan generalmente entre un 70% y un 75% del gasto total (8) y donde el número de trabajadores calificados no puede aumentar rápidamente. Otros aspectos que suscitan preocupación son:

- cuando la ayuda se proporciona en forma de préstamos, aumenta la carga de la deuda y puede amenazar la sostenibilidad de ésta;
- las corrientes de ayuda son generalmente irregulares, lo que puede hacer que aumente la inestabilidad macroeconómica y afectar a la sostenibilidad de los incrementos de los gastos ordinarios, como los sueldos, lo que a su vez suscita preocupación con respecto a la sostenibilidad fiscal a mediano plazo;
- el incremento de las corrientes de ayuda puede crear inestabilidad a corto plazo en el tipo de cambio y los tipos de interés, y ambos pueden perjudicar a las inversiones del sector privado.

Sin embargo, la mayor parte de las pruebas en que se basan estas afirmaciones no son concluyentes, o se reunieron en las décadas de los ochenta y los noventa y quizá ya no sean aplicables a países que han llevado a cabo reformas macroeconómicas y del gasto público. Además, muchas de esas preocupaciones están relacionadas con la manera en que se aporta la ayuda; el tema de la previsibilidad es importante, igual que hacer coincidir los desembolsos con los ciclos presupuestarios de los países. Por lo tanto, un alto nivel de ayuda no es necesariamente un problema de por sí. Las corrientes de ayuda razonablemente previsibles y constantes no son

en sí mismas inflacionarias ni tienen por qué generar inestabilidad macroeconómica.

Y lo más importante de todo, hay que comparar las posibles desventajas de aumentar la ayuda con las posibles ventajas y con lo que supondría no adoptar ninguna medida. La comunidad internacional debe proporcionar apoyo a los países pobres que han conseguido mejorar algo el sector de la salud y ganar cierta estabilidad económica, y cuyos gobiernos desean iniciar un proceso de expansión. Quizá haya que ampliar las normas relativas a la gestión de los gastos y los límites máximos de financiación, y será fundamental que las instituciones financieras internacionales lleven una vigilancia estrecha. Esto permitirá tener pruebas de los métodos que funcionan y extraer lecciones para futuros compromisos.

Los propios países son los que deben decidir exactamente qué cantidad de ayuda pueden absorber adecuadamente y a qué fines se ha de destinar. En algunos lugares, los gastos se pueden aumentar inmediatamente en sectores como el de la construcción de caminos y el saneamiento (que pueden tener una repercusión positiva sobre la salud cuando los objetivos están bien determinados), mientras el sector de la salud desarrolla los sistemas básicos para recibir más recursos. La clave consiste en velar por que la expansión de las inversiones respalde el logro de progresos equitativos respecto de todos los ODM y por que se reconozca el carácter sinérgico de los objetivos.

La OMS ha podido observar en su trabajo con ministerios de salud que muchos países reciben consejos contradictorios acerca de la repercusión macroeconómica que puede tener un aumento de la ayuda. Los donantes (y, sobre todo, las instituciones financieras internacionales) deberían colaborar para evitar esas contradicciones y, cuando sea necesario, animar a los países a solicitar asesoramiento independiente. La OMS trabajará con sus asociados para aportar una justificación económicamente sólida para aumentar la ayuda, a fin de promover la adopción de un enfoque mucho más ambicioso con respecto al incremento del nivel y de la previsibilidad de las corrientes de recursos destinadas a los países pobres, en particular los Estados vulnerables y los países en crisis.

## Conclusión

Cada vez es mayor el

# consenso

internacional con respecto a la necesidad de aumentar considerablemente la asistencia para el desarrollo destinada a la salud si se quieren alcanzar los ODM. Los anuncios previos al G8 en el sentido de que estos países duplicarán de aquí a 2010 sus ayudas a África han tenido muy buena acogida. Ahora las promesas deben convertirse en desembolsos. Para movilizar los recursos necesarios hará falta mejorar las estrategias y los planes sanitarios (como se indica en el capítulo 2) y disponer de más pruebas de los efectos positivos del aumento de las corrientes de ayuda destinadas a los países de bajos ingresos y de las consecuencias negativas de no hacerlo. Por su parte, los donantes deben mejorar la previsibilidad y flexibilidad de las corrientes de ayuda, a fin de ayudar a los ministerios de salud a planificar los gastos ordinarios, como los sueldos y los tratamientos de por vida del VIH/SIDA. Al mismo tiempo, los países quizá necesiten asistencia para administrar y absorber el mayor volumen de recursos. En el siguiente capítulo se examinan más a fondo otras cuestiones relacionadas con la eficacia de la ayuda.

- 1 - Michaud C. Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation. Documento preparado para la Segunda Reunión Consultiva, Macroeconomía y Salud, Ginebra, 29-30 de octubre de 2003 ([http://www.who.int/macrohealth/events/health\\_for\\_poor/en/dah\\_trends\\_nov10.pdf](http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf), visitado el 26 de abril de 2005).
- 2 - Final ODA data for 2003. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2003 (<http://www.oecd.org/dataoecd/19/52/34352584.pdf>, visitado el 26 de abril de 2005).
- 3 - Aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2004 (A59/282; [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/a59\\_282s.pdf](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/a59_282s.pdf), visitado el 26 de abril de 2005).
- 4 - Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra, OMS, 2002 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=spanish>, visitado el 26 de abril de 2005).
- 5 - Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 ([http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf), visitado el 26 de abril de 2005).
- 6 - Kapoor S. Resource rich BWIs, 100% debt cancellation and the MDGs. Londres, Jubilee Research and New Economics Foundation, 2004 (<http://www.jubileepius.org/latest/mdgpaper.pdf>, visitado el 26 de abril de 2005).
- 7 - *Macroeconomic issues for scaling-up aid flows*. Londres, Department for International Development, 2004 (Macroeconomics Note No. 2).
- 8 - MDG-orientated sector and poverty reduction strategies: lessons from experience in health. Documento presentado para el Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2-3 de diciembre de 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/MDGorientatedPRSPs-Final.pdf>, visitado el 26 de abril de 2005).



# Mejora de la eficacia de la ayuda destinada a la salud



La manera en que los donantes conceden su

# ayuda

y las prioridades y condiciones que la acompañan, tienen una gran influencia en la política sanitaria de los gobiernos y la prestación de servicios. En este capítulo se examina la importancia de las medidas adoptadas para que la ayuda destinada al sector de la salud resulte eficaz, y se habla de la aparición de nuevos mecanismos de ayuda: las iniciativas de salud mundiales. También se pasa revista a los métodos de cooperación para el desarrollo en los Estados vulnerables.

01 02 03 04 05 **06** 07  
capítulo

## Apropiación, armonización, alineación y resultados

La *armonización y simplificación* de las diversas políticas de los donantes, y su *alineación* con las prioridades y los sistemas de los países, son los elementos clave para que la ayuda se emplee de forma eficaz. La experiencia de Viet Nam agrupa todos los problemas que hay que solucionar. En 2003, Viet Nam recibió unas 400 misiones distintas de donantes, de las cuales sólo un 2% se llevaron a cabo conjuntamente. Los donantes utilizan en muy pequeña medida los sistemas del país: la proporción de proyectos de donantes que recurren a los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación es tan sólo de un 13%; a los sistemas nacionales de adquisiciones, de un 18%; y a los sistemas nacionales de auditoría, de un 9%. Según los informes, en el sector de la salud, la coordinación entre los numerosos donantes es escasa y no se han establecido sistemas para armonizar sus actividades. Además, ningún donante utiliza los sistemas nacionales de vigilancia de la salud (1).

La situación en Viet Nam no es ni atípica ni nueva. Ya en la década de los ochenta, existía preocupación por el hecho de que la proliferación de los proyectos de donantes – unida a las diferencias en las políticas, los procedimientos operacionales y los mecanismos de notificación de los donantes – no sólo estaba restando eficacia a la ayuda, sino que además estaba creando obstáculos al desarrollo al sobrecargar los sistemas administrativos y de notificación de los países y reducir la implicación de éstos.

El reconocimiento de esos problemas hizo que, a finales de la década de los ochenta y comienzos de la de los noventa, se adoptaran nuevos enfoques con respecto a la cooperación para el desarrollo. Se consideró que el apoyo a los presupuestos, esto es, la aportación directa de recursos a los ministerios de finanzas, bien para uso general o para un

sector determinado, como el de la salud, era un método más eficaz de canalizar los fondos, porque las decisiones sobre la asignación de los recursos quedaban totalmente en manos de los gobiernos y se minimizaban los costos de transacción. Del mismo modo, los enfoques sectoriales (véase el capítulo 3) surgieron como medio para que los asociados para el desarrollo coordinaran sus actividades en torno a una serie de objetivos de política comunes a nivel sectorial.

A finales de la década de los noventa, el documento de estrategia de lucha contra la pobreza se había convertido en el instrumento de desarrollo más influyente. Su atractivo era que permitía que existiera coherencia y coordinación entre las actividades de los donantes, al abarcar tanto a instituciones financieras internacionales como a donantes bilaterales; que proporcionaba apoyo financiero directamente a los gobiernos, y que las estrategias las desarrollaban los propios países.

Los *foros de alto nivel sobre la eficacia de la ayuda*, celebrados en Roma en febrero de 2003 y en París en marzo de 2005, han añadido fuerza al objetivo de que la ayuda sea más eficaz. En Roma se determinaron por primera vez las consecuencias prácticas de la armonización y alineación de la ayuda, mientras que, en París, los asociados en el desarrollo iniciaron el importante proceso de añadir metas e indicadores a sus actividades para mejorar la ayuda (véase página opuesta).

Un elemento importante para el futuro será definir cómo se sumarán nuevos donantes al debate sobre la eficacia de la ayuda. En el próximo decenio, los países candidatos a la adhesión a la Unión Europea y el Brasil, China, la República de Corea y Rusia, serán con toda probabilidad donantes importantes. Por lo tanto, es fundamental convencer a esos países de que sigan desde el principio prácticas adecuadas en sus actividades de cooperación para el desarrollo.

## En virtud de la declaración de Roma sobre la Armonización (2), los países donantes se comprometen a:



- comprobar que la prestación de la asistencia para el desarrollo se ajusta a las prioridades de los países asociados, en particular las establecidas en las estrategias de lucha contra la pobreza;
- reducir las misiones, exámenes e informes de los donantes, racionalizar la condicionalidad y simplificar y armonizar la documentación;
- intensificar sus esfuerzos para delegar las actividades de cooperación a los países y aumentar la flexibilidad del personal nacional para administrar los programas y proyectos con mayor eficacia;
- prestar apoyo para la elaboración de los estudios analíticos sobre países de manera tal que refuercen la capacidad de los gobiernos para asumir un papel más preponderante e identificarse con los resultados del proceso de desarrollo;
- prestar apoyo presupuestario, sectorial o para la balanza de pagos, donde ello sea compatible con el mandato del donante y existan políticas y mecanismos fiduciarios apropiados. Al suministrar esa asistencia se deberán aplicar principios o normas de prácticas recomendadas; por ejemplo, se coordinará la ayuda con los ciclos presupuestarios de los países y los exámenes de las estrategias nacionales de lucha contra la pobreza.<sup>1</sup>

01 02 03 04 05 **06** 07  
capítulo

## En la reunión de París sobre la eficacia de la ayuda (3), los propios donantes establecieron metas preliminares para 2010, por ejemplo, que:

- el 75% de la ayuda desembolsada se liberará puntualmente conforme a los calendarios convenidos;
- el 85% de la ayuda se repercutirá en los presupuestos;
- Al menos el 25% de la ayuda se entregará en forma de enfoques basados en programas.

Por su parte, los países en desarrollo acordaron:

- articular estrategias nacionales de desarrollo que tengan prioridades claramente definidas, estén vinculadas a marcos de gasto a medio plazo y se repercutan en los presupuestos anuales;
- estructurar marcos de seguimiento orientados a resultados (el 75% de los países asociados los habrán implantado en 2010).

Para septiembre de 2005 se habrán elaborado metas relacionadas con otros siete indicadores, a tiempo para la celebración de la Cumbre de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se analizarán los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esos indicadores abarcan cuestiones como el porcentaje de ayuda no condicionada, el uso de sistemas nacionales, el número de misiones conjuntas de donantes sobre el terreno y la reducción del uso de estructuras paralelas de ejecución de proyectos, como las unidades de ejecución de proyectos.

i - Estos puntos son un resumen de las disposiciones de la *Declaración de Roma sobre la Armonización*.

## La salud: un sector cada vez más complejo

Las actividades destinadas a mejorar la eficacia de la cooperación para el desarrollo son especialmente importantes para el sector de la salud, que se caracteriza por la participación de numerosos agentes, nacionales y externos, y por una gran dependencia de la ayuda, sobre todo en los países más pobres.

El aumento del volumen de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud de que se habla en el capítulo 5 se ha acompañado de nuevos asociados e iniciativas en el sector de la salud, muchos de ellos con sus propios mandatos, prioridades y procesos administrativos. Existen al menos tres grandes grupos de iniciativas de salud mundiales:

- las relacionadas con la **investigación y el desarrollo** de nuevas tecnologías (vacunas, medicamentos, pruebas, etc.) para luchar contra enfermedades desatendidas por el sector comercial;
- los **fondos mundiales**, como el Fondo para Vacunas y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que aportan nuevos recursos, pero también acarrearán nuevas cargas administrativas y de notificación;
- las **alianzas mundiales**, como Hacer Retroceder el paludismo y Alto a la Tuberculosis, cuya finalidad es coordinar las actividades de distintos asociados dedicados a enfermedades concretas.

Las iniciativas de salud mundiales pueden contribuir a aumentar la toma de conciencia y a conseguir recursos muy necesarios para el sector de la salud. En sólo tres años, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha aprobado donaciones por un total de US\$ 3100 millones para 127 países (al mes de marzo de 2005 se habían desembolsado US\$ 1000 millones) (4). Además, esas iniciativas a menudo están

en una buena posición para establecer vínculos con grupos de la sociedad civil, lo cual tiene especial importancia en la lucha contra el VIH/SIDA.

La aparición de las iniciativas de salud mundiales también ha planteado preocupaciones y retos. En primer lugar, existen pruebas de que cuando se comprometen grandes cantidades de recursos en el marco de esas iniciativas, se distorsionan las prioridades en algunos países, por ejemplo, cuando se compromete una proporción insostenible de recursos para medicamentos contra el VIH/SIDA. En segundo lugar, las iniciativas de salud mundiales pueden debilitar los sistemas de salud al desviar personal y recursos a programas verticales – cuyos costos no son sostenibles a nivel nacional a largo plazo – lo que perjudica a las instituciones nacionales y a otros programas de salud igualmente importantes. En tercer lugar, esas iniciativas pueden establecer arreglos independientes en materia de coordinación, ejecución y supervisión para los fondos que aportan, lo cual agrava la carga de los gobiernos para gestionar las corrientes de ayuda.

Muchas de las propias iniciativas reconocen esos problemas y están tratando cada vez en mayor medida de garantizar que sus actividades sean compatibles con las estrategias y políticas nacionales de salud y de que contribuyan a reforzar el sector de la salud. La Organización Mundial de la Salud participa activamente en muchas iniciativas de salud mundiales y acoge diversas alianzas mundiales. Asimismo, trata de aumentar la participación de los países en las iniciativas y de facilitar el acceso a los recursos de acuerdo con las necesidades y las prioridades de los países.

## Cooperación para el desarrollo en los Estados vulnerables

La ortodoxia de que «la ayuda funciona mejor en los países bien gobernados» es intuitiva, pero está confirmada por la experiencia. El problema es que en la

categoría de «países bien gobernados» no figuran los que más necesitan la ayuda. En los países vulnerables, aquellos en que la gestión de los asuntos públicos y las instituciones son deficientes, se encuentra una sexta parte de las personas del mundo en desarrollo y un tercio de las que viven con menos de US\$ 1 al día. Esos países tienen menos probabilidades de alcanzar los ODM: una tercera parte de las defunciones maternas y casi la mitad de las muertes

de niños menores de cinco años de países en desarrollo se producen en ellos.

Cada vez existe un mayor consenso sobre el hecho de que aportar ayuda a los Estados vulnerables no sólo es necesario sino que resulta costo eficaz en comparación con el costo que entrañaría no hacerlo. Es mejor evitar que los Estados sucumban a un conflicto o se hundan que tener que aportar una respuesta una vez se han desmoronado. Según un estudio reciente (5), por término medio por cada US\$ 1 que se gasta en prevención de conflictos la comunidad internacional se ahorra más de US\$ 4. Además, la ayuda puede ser un instrumento muy eficaz para estabilizar a los países que salen de una crisis y acelerar su vuelta al proceso de desarrollo.

Sin embargo, no es fácil para los organismos de desarrollo colaborar con los Estados vulnerables y por ello la ayuda aportada a esos países es inferior en aproximadamente un 40% por habitante a la que se proporciona a otros

01 02 03 04 05 **06** 07  
capítulo

**Es mejor evitar que los Estados sucumban a un conflicto (...) que tener que aportar una respuesta una vez se han desmoronado.**

países de ingresos bajos (no vulnerables). La ayuda concedida a los Estados vulnerables tiende a ser más inestable. Cuando los donantes aportan su ayuda, a menudo establecen sistemas paralelos, porque los sistemas gubernamentales no funcionan bien. Ese enfoque puede debilitar aún más a los Estados vulnerables y dificultar la futura creación de capacidad. Un posible método que se puede adoptar es la «alineación virtual» con las prioridades y los sistemas gubernamentales (por ejemplo, basando los sistemas de los donantes en las fronteras administrativas locales o utilizando los ciclos presupuestarios y de planificación locales).

En el terreno de la salud, los Estados vulnerables presentan problemas particulares, y también oportunidades, a los donantes. Las actividades sanitarias suelen ser más costosas en los Estados vulnerables que en los demás países de bajos ingresos, debido a la deficiente infraestructura, la situación de inseguridad y la necesidad de llevar a cabo operaciones a pequeña escala. No obstante, la prestación de servicios de salud es una de las maneras más viables de colaborar con las personas que viven en esos Estados, de proporcionar una asistencia muy necesaria y de contribuir a restablecer la confianza en el gobierno.

Otras cuestiones que hay que tener en cuenta son:

- cómo sacar el mejor provecho posible de los dispensadores de servicios de salud no estatales y al mismo tiempo fortalecer la función de liderazgo y la capacidad de reglamentación del ministerio de salud;
- cómo capacitar, equipar y pagar a los trabajadores sanitarios cuando el personal calificado es muy reducido;
- cómo evitar que se interrumpa la aportación de ayuda en la transición de la financiación del sector de la salud en una situación de conflicto a una situación posterior a un conflicto.

Los donantes tienen que encontrar e institucionalizar medios más eficaces de trabajar con los Estados vulnerables. No existe una receta mágica para el éxito. Sin embargo, si se aporta una ayuda orientada a objetivos adecuados y por etapas bien concebidas, especialmente para respaldar la prestación de servicios y crear capacidad a nivel nacional (gubernamental y no gubernamental), se puede prestar apoyo a iniciativas de consolidación de la paz, evitar situaciones de crisis y reducir la vulnerabilidad de esos Estados.



## Conclusión

A medida que aumentan las corrientes de ayuda, los asociados en el desarrollo deberían dedicar una

# atención

especial al sector de la salud, en el que cada día resulta más complejo trabajar, y velar por que se dé prioridad al fortalecimiento de las instituciones gubernamentales y las estructuras de gestión. Igualmente importante es la coherencia de las políticas, así como que los países se identifiquen con las actividades que se lleven a cabo y asuman su liderazgo. A tal fin, y como se señala en la Declaración de París, es necesario que una cantidad cada vez mayor de la ayuda se aporte como apoyo presupuestario, de manera que los gobiernos puedan introducir las mejoras sectoriales necesarias, en particular fortalecer las funciones básicas de los sistemas de salud, para alcanzar los ODM.

Las iniciativas de salud mundiales pueden hacer posible que los recursos sanitarios aumenten de forma rápida y radical y ayudar a los agentes de la sociedad civil a que se escuche más su voz en el sector de la salud. Al mismo tiempo, esas iniciativas plantean dificultades específicas por lo que respecta a las actividades destinadas a armonizar la ayuda para la salud, reducir la carga administrativa y de notificación de los países receptores, respetar las prioridades nacionales y fortalecer los sistemas salud.

Los asociados en el desarrollo han de reforzar su compromiso hacia los Estados vulnerables y aceptar que ese compromiso será difícil de asumir y entrañará cierto nivel de riesgo. También es preciso seguir tratando de reducir los costos y la incertidumbre que entraña trabajar en Estados vulnerables. Para ello hay que encontrar instrumentos más adecuados de armonización y alineación de las actividades, preparar una mejor base de pruebas para los modelos de prestación de servicios de salud y sobre la manera de reconstituir la fuerza de trabajo en los Estados vulnerables, y reunir pruebas adicionales sobre cómo aprovechar al máximo los recursos gubernamentales y de los donantes para financiar el sector de la salud.

- 1 - *OECD/DAC Survey on harmonization and alignment. Measuring aid harmonization and alignment in 14 partner countries.* Edición preliminar. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005 (<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/harmonisation/survey>, visitado el 27 de abril de 2005).
- 2 - *Declaración de Roma sobre la armonización.* Roma (Italia), 24-25 de febrero de 2003 (<http://www1.worldbank.org/harmonization/rome/hlf/agenda.html>, visitado el 27 de abril de 2005).
- 3 - *High-Level Forum on Aid Effectiveness.* París, 28 de febrero - 2 de marzo de 2005 (<http://www.aidharmonisation.org>, visitado el 27 de abril de 2005).
- 4 - *Informe de avances* - 14 de marzo de 2005. Ginebra, El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ([http://www.theglobalfund.org/en/files/factsheets/progressreport\\_es.pdf](http://www.theglobalfund.org/en/files/factsheets/progressreport_es.pdf), visitado el 27 de abril de 2005).
- 5 - *Why we need to work more effectively in fragile states.* Londres, Department of International Development, enero de 2005 (<http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/fragilestates-paper.pdf>, visitado el 27 de abril de 2005).



# Dificultades para seguir los progresos y medir los logros



Una importante

## ventaja

de los ODM es que están asociados a indicadores de progresos que se pueden medir y a un sistema institucionalizado de notificación. El ejercicio general de vigilancia de los ODM ha llevado a hacer público un conjunto fiable y comparable de estadísticas sanitarias nacionales. En estos momentos, se pueden consultar datos sobre la cobertura de las intervenciones sanitarias y la mortalidad en la niñez de casi todos los países. Además, esos datos a menudo van acompañados de explicaciones sobre definiciones, fuentes, metodologías de cálculo y posibles fuentes de error.

No obstante, dada la creciente atención que se está prestando al seguimiento de los progresos, se están poniendo de relieve toda una serie de desafíos de política, técnicos y operacionales relacionados entre sí, y las deficiencias fundamentales de los sistemas nacionales de información sanitaria, de los que depende que se lleve a cabo una vigilancia fiable. Por ejemplo, la vigilancia de los ODM genera buenas pruebas descriptivas de los progresos o la falta de ellos, pero carece de capacidad de análisis, por lo que no se puede proporcionar una explicación bien documentada de la medida en que la disminución de los recursos para atención de salud está relacionada, en parte o totalmente, con el empeoramiento de los resultados sanitarios. La falta de datos subnacionales sobre la salud también limita las posibilidades de documentar los cambios relativos y definir las desigualdades a nivel nacional.

01 02 03 04 05 06 **07**  
capítulo

## Desafíos de política

Desde una perspectiva de política, las metas y los indicadores de los ODM han sido muy importantes para destacar las necesidades fundamentales de la salud y el desarrollo y vigilar las respuestas aportadas a nivel mundial y nacional. Sin embargo, existen tensiones inherentes al proceso de vigilancia que hay que solucionar. Una de ellas está relacionada con el equilibrio entre la presentación de información de ámbito mundial y de ámbito nacional. Si se adopta una perspectiva mundial, se hace hincapié en la comparabilidad entre los países, y se determina qué países van camino de alcanzar los objetivos y cuáles avanzan titubeantes. Desde esa perspectiva, es esencial que los indicadores se generen siguiendo enfoques normalizados para el establecimiento de definiciones y el acopio de datos, y que se acuerden métodos para colmar la falta de datos.

Sin embargo, desde una perspectiva nacional, la comparabilidad entre los países es menos importante que las cuestiones de la apropiación, la representatividad y las diferencias entre los diversos grupos de población. Los responsables de la adopción de políticas en los países tienen que poder vigilar la eficacia de sus políticas y programas, esto es, observar lo que funciona y lo que no, y actualmente la base de pruebas al respecto es bastante limitada.

Lo ideal sería que la determinación y preparación de indicadores mundiales permitiera responder a las necesidades nacionales y se llevaran a cabo sobre la base de los sistemas nacionales de información sanitaria. En la práctica, las necesidades mundiales y nacionales no siempre coinciden en los mismos indicadores. Parte del problema es que muchos indicadores – los que más se necesitan a nivel nacional y los más importantes para mejorar el desempeño – pueden no ser los mismos que los que hacen falta para el seguimiento a nivel mundial.

Otro aspecto que añade complejidad a la cuestión es la importancia de los ODM a nivel subnacional. Este tema ha suscitado un debate importante en relación con la equidad. Como ha señalado Gwatkin (1), alcanzar los ODM a nivel nacional no es lo mismo que alcanzarlos para todos. Aunque necesariamente la comunidad sanitaria mundial se ha centrado en gran medida en los países en el contexto de la presentación de informes mundiales, existe una necesidad imperiosa de estudiar los progresos realizados entre grupos de población concretos o regiones específicas de los países.

## Desafíos técnicos

Desde un punto de vista técnico, la simplicidad y el foco de atención de los indicadores de los ODM ocultan algunos retos importantes. La mayoría de los indicadores de los ODM relativos a la salud son complejos y difíciles de medir, porque los sistemas de información sanitaria de los países son deficientes y están fragmentados, por haber adolecido históricamente de falta de recursos.

Por ejemplo, sólo se puede presentar un informe anual fiable sobre la mortalidad de adultos, esto es, sobre el número de defunciones por edad, sexo y causa, cuando se registran de forma exhaustiva y precisa las defunciones y se expiden certificados médicos con las causas de defunción. Únicamente existen informes de ese tipo sobre 78 países, en los que se concentra aproximadamente una tercera parte de la población mundial y que en su mayoría son países de altos ingresos. Por lo que se refiere a los demás países, las estimaciones relativas a la mortalidad son sólo eso, estimaciones, que se basan en datos incompletos, en la extrapolación de tendencias y en la elaboración de modelos. Ésos son precisamente los países en los que recae la mayor parte de la carga de morbilidad y en los que se necesita con urgencia disponer de datos sólidos que guíen la formulación de políticas y la ejecución de los programas.

Se está tratando de mejorar la notificación de las causas de defunción mediante el uso de técnicas de autopsia verbal, según las cuales los familiares del difunto y otras personas aportan con sus propias palabras información sobre las causas y las circunstancias de la defunción, y la información que se obtiene es examinada por un profesional de la salud, que determina la causa de la muerte. Sin embargo, no está probada aún la fiabilidad ni la validez de las autopsias verbales, especialmente por lo que respecta a la mortalidad neonatal y la mortalidad prematura de adultos.

También resulta problemático hacer estimaciones de la incidencia y prevalencia de las enfermedades, por ejemplo, del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Hay tres

elementos fundamentales para obtener datos sólidos sobre enfermedades:

- una prueba de diagnóstico fiable de la afección (una prueba clínica, una encuesta o un conjunto de signos y síntomas);
- medios fiables para administrar pruebas a grupos de población representativos, por ejemplo, encuestas domiciliarias o actividades de vigilancia;
- métodos convenidos para corregir sesgos conocidos en la información o para reunir datos que faltan.

Desgraciadamente, a menudo no se da uno o más de esos requisitos. Por ejemplo, aunque existe una prueba de diagnóstico





**Los ODM han conseguido poner de relieve la importancia de contar con datos sólidos para la adopción de decisiones sobre políticas públicas.**

fiable para el VIH y la prueba se puede administrar en puntos de vigilancia – o, cada vez más a menudo, a través de encuestas de base poblacional – se sigue sin saber con certeza cómo corregir los sesgos inherentes a esos dos métodos de acopio de datos.

La situación es más complicada por lo que respecta a otras enfermedades transmisibles, como el paludismo, para las que no existen pruebas de diagnóstico fiables o no hay métodos eficaces para administrarlas a la población general. La determinación de muchas afecciones depende en gran medida de las pruebas que se realizan entre personas que solicitan voluntariamente atención sanitaria, pero se sabe que esas personas representan sólo una parte de las que necesita atención en los países en desarrollo.

Otra dificultad que se plantea es que algunos indicadores del estado de salud, como la mortalidad y la prevalencia de enfermedades, tardan en responder a los aportes de los programas, porque son reflejo de toda una serie de factores contextuales, ambientales y programáticos, y esto los hace muy insensibles al cambio. Por ejemplo, para reducir la mortalidad en la niñez o la mortalidad materna, hacen falta actividades multisectoriales a largo plazo que atiendan no sólo a las necesidades del sistema de salud en materia de prevención y atención, sino también que traten determinantes más indirectos, como las prácticas familiares y comunitarias y el contexto socioeconómico y cultural.

Afortunadamente, además de los indicadores del estado de salud, que son difíciles

de medir, entre los indicadores de los ODM figuran varios relativos a la cobertura de los programas, como la cobertura de inmunización y de la asistencia de maternidad y el uso de preservativos. Los indicadores de los programas presentan una serie de ventajas con respecto a los indicadores de resultados, sobre todo que generalmente se miden con mucha más facilidad, preguntando directamente a la población o por medio de encuestas domiciliarias.

Además, como los indicadores de la cobertura están relacionados con resultados difíciles de medir, se pueden utilizar como medidas intermedias de los progresos. Por ejemplo, aunque la mortalidad por paludismo es muy difícil de medir con precisión, se puede calcular la proporción de familias que utilizan mosquiteros tratados con insecticida por medio de las encuestas domiciliarias, y se sabe que el uso de mosquiteros está estrechamente relacionado con la prevalencia del paludismo y la mortalidad por esa enfermedad.

Por otra parte, si se depende en exceso de las encuestas domiciliarias, la vigilancia periódica tendría un costo prohibitivo. Cuando la vigilancia ha de ser frecuente es fundamental encontrar indicadores intermedios que se puedan medir de inmediato, con bajo costo, y que sean sensibles a los cambios. Elegir esos indicadores es un ejercicio delicado: por un lado, el indicador ha de ser sencillo y fácil de medir, pero, por otro, no debe perder demasiado su especificidad, es decir, ha de seguir siendo un predictor sólido del resultado sanitario de que se trate.

Además de la necesidad de medir indicadores sanitarios concretos, que entraña complejidades técnicas, hace falta poder vigilar el desempeño del sistema de salud en general. Sin embargo, ésa es una tarea difícil, y actualmente no hay indicadores convenidos internacionalmente del desempeño de los sistemas de salud que se puedan vigilar junto con los indicadores específicos de enfermedades.

En el sector de la educación, un solo indicador, la tasa de matriculación en la enseñanza primaria, se utiliza para medir el desempeño general del sector. Disponer de un solo indicador como medida reconocida de progreso resulta útil para fines de promoción y puede facilitar la comunicación con entidades no especializadas en educación, como los ministerios de finanzas (2).

Actualmente la OMS y sus asociados están trabajando para acordar un conjunto básico de medidores de los sistemas de salud: ubicación y distribución de los servicios sanitarios; ubicación y distribución de servicios clave (cartografía de la salud pública); nivel y distribución de los recursos humanos; información financiera (gastos, presupuestos y cuentas sanitarias); y medicamentos, equipo y suministros (prestación de servicios). La mayor parte de la información se debe poder obtener de registros administrativos y, por lo tanto, ha de poder consultarse fácilmente y de forma costoeficaz.

### Desafíos operacionales

La tarea de presentar información estadística sobre los ODM se percibe a menudo como una carga para el sistema nacional de información sanitaria. Muchos de los indicadores tienen un uso limitado a nivel nacional y para garantizar su comparabilidad entre países, de manera que se puedan preparar informes mundiales, se necesita una capacidad estadística que no siempre tienen los países. Además, existen grandes diferencias en cuanto a la cantidad y la calidad

de los datos sanitarios con que cuentan los países y, lo que es más importante, en cuanto a la disposición de éstos para generar y utilizar datos sólidos para la adopción de decisiones. Incluso se ha afirmado que se necesitan nuevos enfoques y mecanismos para superar los posibles conflictos de intereses que se plantean cuando determinados programas o países tienen que vigilar sus propios progresos (3).

A pesar de las dificultades prácticas y las implicaciones políticas, los ODM han logrado que se destaque la importancia de contar con datos sólidos para la adopción de decisiones sobre políticas públicas. Existe un reconocimiento general de que si se utilizan mejor los datos sanitarios se podrán formular políticas más adecuadas y obtener mejores resultados sanitarios, incluso en las esferas de la salud que no se abordan en los ODM (por ejemplo, la de las enfermedades no transmisibles). Y, lo que es muy importante, disponer de información sobre la ubicación, el funcionamiento y el desempeño de los servicios sanitarios debería permitir también que la gestión del sector de la salud sea más transparente y responsable.

Las obligaciones internacionales en materia de presentación de informes de los Estados Miembros, en particular las relacionadas con los ODM, crean la oportunidad de movilizar inversiones en sistemas nacionales de información y son un buen punto de acceso a las reformas. La presión por demostrar el desempeño del sector y la responsabilidad de obtener resultados está contribuyendo a reforzar los vínculos entre la reunión, el análisis y el uso de datos para mejorar el desempeño de los sistemas y la rendición de cuentas, sobre todo a nivel de distrito (4). Los programas de salud pública que han establecido sistemas sólidos de presentación de informes periódicos, por ejemplo, sobre las actividades de inmunización, la erradicación de la poliomielitis y el tratamiento de la tuberculosis, cuentan ya con una base sobre la que crear sistemas más integrados.

## Red de sanimetría

Para ir más allá de la creación de sistemas de información sobre enfermedades concretas y fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria en general es preciso movilizar a todos los asociados a nivel nacional, regional y mundial; de ahí que se creara la Red de sanimetría, diseñada para capitalizar toda una serie de experiencias y recursos. El objetivo de la Red es establecer sinergias entre los donantes y los organismos de ejecución para revertir la tendencia pasada a no invertir lo suficiente en sistemas de información sanitaria y respaldar la modernización y reforma de éstos. La Red tiene en concreto la finalidad de afrontar los desafíos técnicos, operacionales y de política mediante:

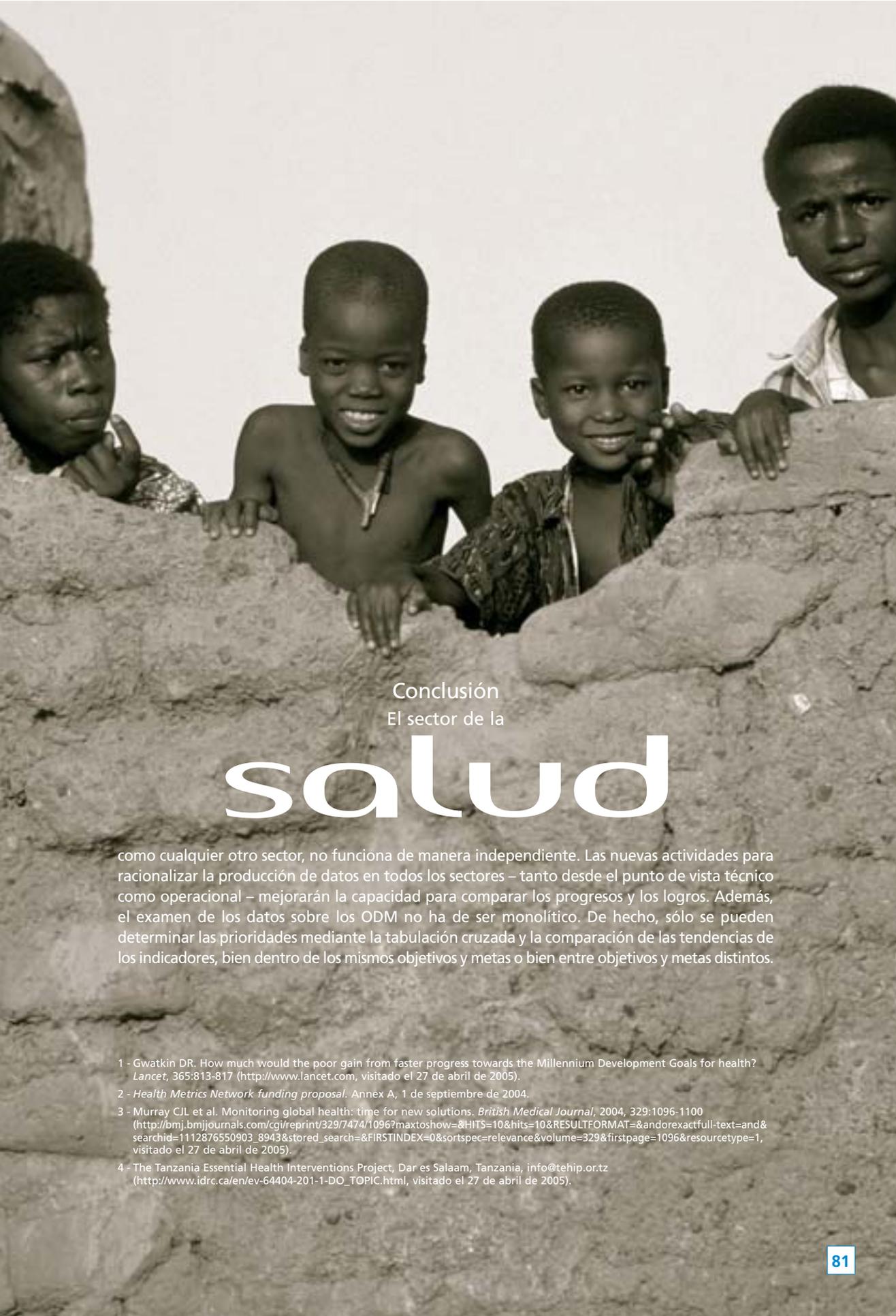
- la creación de un consenso en torno a métodos técnicos, incluidos instrumentos, indicadores y análisis, que promuevan el desarrollo de sistemas nacionales de información sanitaria y mejoren la disponibilidad de datos y la calidad de éstos;

- proporcionar apoyo técnico y financiero a los países para fortalecer sus sistemas de información sanitaria; y

- desarrollar políticas, sistemas e incentivos para garantizar la disponibilidad de información y su empleo para la adopción de decisiones, tanto a nivel nacional como mundial.

Un elemento fundamental de la filosofía de la Red de sanimetría es que para fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria hace falta que todos los asociados, tanto de los países como de la comunidad de donantes, lleguen a acordar una serie de normas que orienten las actividades y guíen la reforma en general. El hecho de reunir a todos los asociados (incluidos los donantes y los organismos técnicos) en torno a un plan nacional de información sanitaria permitirá reducir la duplicación de tareas y abordar seriamente algunos de los problemas de política, técnicos y operacionales, que impiden llevar a cabo una vigilancia nacional y mundial eficaz, entre otras cosas, de los ODM.





Conclusión  
El sector de la

# salud

como cualquier otro sector, no funciona de manera independiente. Las nuevas actividades para racionalizar la producción de datos en todos los sectores – tanto desde el punto de vista técnico como operacional – mejorarán la capacidad para comparar los progresos y los logros. Además, el examen de los datos sobre los ODM no ha de ser monolítico. De hecho, sólo se pueden determinar las prioridades mediante la tabulación cruzada y la comparación de las tendencias de los indicadores, bien dentro de los mismos objetivos y metas o bien entre objetivos y metas distintos.

1 - Gwatkin DR. How much would the poor gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health? *Lancet*, 365:813-817 (<http://www.lancet.com>, visitado el 27 de abril de 2005).

2 - *Health Metrics Network funding proposal*. Annex A, 1 de septiembre de 2004.

3 - Murray CJL et al. Monitoring global health: time for new solutions. *British Medical Journal*, 2004, 329:1096-1100 ([http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/329/7474/1096?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andorexactfull-text=and&searchid=1112876550903\\_8943&stored\\_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=329&firstpage=1096&resourcetype=1](http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/329/7474/1096?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andorexactfull-text=and&searchid=1112876550903_8943&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=329&firstpage=1096&resourcetype=1), visitado el 27 de abril de 2005).

4 - The Tanzania Essential Health Interventions Project, Dar es Salaam, Tanzania, [info@tehip.or.tz](mailto:info@tehip.or.tz) ([http://www.idrc.ca/en/ev-64404-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-64404-201-1-DO_TOPIC.html), visitado el 27 de abril de 2005).

## Lista de siglas

<b>ADPIC</b>	Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
<b>CEI</b>	Comunidad de Estados Independientes
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMC</b>	Organización Mundial del Comercio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia





Organización  
Mundial de la Salud

ODM, Salud y Políticas de Desarrollo  
Sistemas de Medición e Información Sanitaria  
Organización Mundial de la Salud • 1211 Ginebra 27 • Suiza  
E-mail: [HDPMDGNews@who.int](mailto:HDPMDGNews@who.int)  
[www.who.int/mdg](http://www.who.int/mdg)  
[www.who.int/hdp](http://www.who.int/hdp)

ISBN 9 24 356298 3



9 789241 562980