



Influencia de la pobreza en la salud

Informe de la Secretaría

1. El presente informe se centra en varios elementos de la labor llevada a cabo por la OMS en relación con la pobreza y la salud, entre los que cabe citar el seguimiento del informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud,¹ el apoyo a los países que intentan garantizar que el tema de la salud esté realmente representado en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza nacionales, y la situación actual con respecto a la elaboración de enfoques sectoriales de la salud. El objetivo del documento es poner de manifiesto la relación que existe entre esas líneas de trabajo y su mayor coherencia, situándolas en el contexto de las enseñanzas extraídas de la aplicación de los principios adoptados por la Declaración de Alma-Ata, los avances logrados en la esfera de los derechos humanos - en particular, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - y la contribución de la OMS a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.²

POBREZA Y SALUD

2. El debate sobre la relación entre pobreza y salud viene de antiguo. En general, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres de los países, y la población que goza de buena salud suele ser más productiva en el plano económico. Se reconoce que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren o mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población de que se trate.

3. Sin embargo, en la actualidad la pobreza ya no se concibe únicamente en términos económicos, sino como el resultado de una combinación de factores en la que los ingresos sólo son un elemento más. La pobreza se caracteriza más bien por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano. Por eso, la falta de acceso a la atención de salud, a la información o a un entorno que les permita llevar una vida sana forma parte, en sí misma, de la definición de pobreza. Este punto de vista queda patente en la importancia que se concede a la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

¹ *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

² Véanse también los documentos EB113/11 y EB113/11 Add.1.

4. Además, la labor de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud ha proporcionado una primera estimación *cuantitativa* del rendimiento económico mundial que supondría una mayor inversión en salud. Aunque en su informe sólo se ofrecía una cifra global general,¹ las actividades que se han realizado posteriormente han precisado más esos primeros cálculos en los distintos países. Cabe señalar que el objetivo del informe de la Comisión era subrayar la importancia de una mayor inversión en salud a los encargados de tomar decisiones en materia de asignación de recursos, a saber, los ministros de finanzas y planificación y los interlocutores bilaterales y multilaterales. La Comisión trabajó también para influir en la sociedad civil, en particular en el profesorado universitario, los analistas de políticas y los organizadores de campañas, que influyen a su vez en los procesos nacionales de establecimiento de prioridades. El proceso se cimentó en la presentación de argumentos *económicos* para mejorar la salud como elemento clave de toda estrategia de lucha contra la pobreza.

5. Los esfuerzos desplegados para abordar los problemas de salud que más repercuten en la economía general a nivel nacional e internacional han sido objeto de una gran atención política. La gravedad de la epidemia de VIH/SIDA pone de manifiesto hasta qué punto la mala salud generalizada puede poner en peligro la política macroeconómica. Por consiguiente, controlar la pandemia es beneficioso desde el punto de vista humano, económico y de la seguridad. La inversión en sistemas de vigilancia para prevenir y controlar nuevos brotes de SRAS puede plantearse en términos parecidos. La respuesta internacional, aunque lenta e insuficiente en relación con el VIH/SIDA, ha empezado a acelerarse, gracias entre otras cosas a la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

6. Sin embargo, sigue pendiente la necesidad de responder de forma mucho más eficaz a las necesidades sanitarias de las personas con menos recursos. Este problema ha permanecido oculto debido a la falta de datos sobre la situación sanitaria de los grupos más pobres y su utilización de los servicios de salud; desglosar los datos es la única manera de comprobar si determinados sectores de la población están recibiendo muy poca (o demasiada) atención de salud o están presentando malos resultados sanitarios con más (o menos) frecuencia de lo normal. Hacer frente a las desigualdades en los resultados sanitarios no estriba tanto en la identificación de las denominadas «enfermedades de los pobres» como en la elaboración de políticas y sistemas que garanticen que las personas sin recursos puedan acceder a las ventajas de las tecnologías sanitarias con independencia de su problema de salud concreto. Significa también examinar con mayor detenimiento los valores en que se basa la labor de la OMS relativa a las políticas y sistemas sanitarios, y prestar atención a los factores multisectoriales determinantes de la salud, como el entorno, la nutrición, el acceso al agua y la calidad de ésta y el consumo de tabaco.

7. **Valores y principios.** La Declaración de Alma-Ata fue, ante todo, una declaración de principios políticos. Aunque el contexto en el que han de aplicarse ha evolucionado en los últimos 25 años, la importancia de esos principios para la salud y, en un plano más general, para el desarrollo no ha cambiado. Los principios abarcan el acceso universal en función de las necesidades, la igualdad, la participación de la población y un enfoque intersectorial para mejorar los resultados.

8. La preocupación fundamental de la OMS por la justicia social - que se expresa con claridad en la Declaración pero procede originalmente de la Constitución de la Organización - no sólo influye en la prosecución de la labor de desarrollo de sistemas sanitarios, sino que sustenta casi todos los aspectos de su actividad, desde la mejora del acceso a los medicamentos antirretrovirales en los países con recursos escasos hasta la formulación de una estrategia mundial para abordar la carga creciente de en-

¹ La Comisión estimó que una inversión adicional en salud de US\$ 66 000 millones anuales por los países de ingresos bajos y en forma de asistencia externa para el desarrollo reportaría beneficios económicos de US\$ 360 000 millones anuales como mínimo entre 2015 y 2020.

fermedades no transmisibles y de traumatismos, pasando por una atención especial a las personas desfavorecidas.

LA LABOR DE LA OMS EN RELACIÓN CON LA POBREZA Y LA SALUD

9. La labor de la OMS en relación con la pobreza y la salud adopta muy diversas formas. Por ejemplo, en los ámbitos de la salud reproductiva, la salud de los niños, la tuberculosis y la malaria se están haciendo esfuerzos para identificar los estrangulamientos que presentan los sistemas y programas de salud y que dificultan que las intervenciones técnicas lleguen a los grupos más pobres, y se están reuniendo ejemplos de prácticas adecuadas con miras a vencer esos problemas. Esa labor deberá integrarse cada vez más en la que se lleva a cabo en relación con las políticas y los sistemas sanitarios, por ejemplo apoyándose en los esfuerzos encaminados a influir en las políticas sanitarias nacionales para centrarse más claramente en los grupos y las comunidades más pobres. La preocupación por la salud de las poblaciones pobres es también una constante en las actividades de la OMS relativas a las políticas comerciales, sobre todo en relación con los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, así como en la evaluación de las posibles repercusiones del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios. A continuación se reseñan las distintas líneas de trabajo que influirán en el enfoque general de la OMS.

10. **Seguimiento del informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.** Desde que se publicó el informe, más de 40 países han adoptado medidas para aplicar sus recomendaciones, con ayuda de la OMS. Las medidas adoptadas por los países tienen dos elementos en común, a saber, el interés por mejorar la salud de las personas sin recursos y la participación activa de los altos cargos gubernamentales, en particular de los ministros de finanzas y planificación.

11. Muchas actividades nacionales se centran en la elaboración de un plan de inversiones en salud. El proceso comienza con un examen de la situación socioeconómica y sanitaria para determinar las prioridades nacionales en materia de salud, el costo asociado al logro de los objetivos y los recursos internos y externos destinados a la salud. Después se elabora un plan de inversión vinculado a actividades de lucha contra la pobreza y a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Algunos países están empezando a aplicar su plan de inversión, lo que exigirá un control del aumento de la financiación nacional de la salud y la garantía de compromisos mayores y más eficientes de los asociados copartícipes, en consonancia con el plan. Las futuras actividades de seguimiento abarcarán la búsqueda de nuevas formas de elaboración y financiación de los planes de inversiones sanitarias en varios países autoseleccionados y, sobre la base de la experiencia del trabajo realizado en los países hasta la fecha, la creación de capacidad en la OMS y el establecimiento de redes externas para proporcionar apoyo a más países.

12. **La salud como elemento de las estrategias nacionales de lucha contra la pobreza.** Las estrategias de lucha contra la pobreza pueden dar lugar a un aumento de los recursos destinados al sector sanitario y, a la vez, alentar a los países a revisar las estrategias sanitarias existentes con miras a determinar si llegan realmente a los pobres. Un estudio realizado por el Fondo Monetario Internacional indica que se prevé que el gasto sanitario como porcentaje del producto interior bruto aumente en los programas respaldados por su Servicio para el Crecimiento y la Lucha contra la Pobreza, aunque sólo lo haría ligeramente, del 1,8% en 1999 (gasto actual) al 2,1% en 2001-2002 (aumento previsto).¹ Ello

¹ Reunión de la OMS sobre la salud en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, abril de 2003. Presentación del FMI.

parece indicar que es improbable que las estrategias de lucha contra la pobreza conlleven fuertes aumentos de los recursos destinados a la salud.

13. Normalmente, los componentes de salud de las estrategias se ajustan a las exigencias de la atención primaria de salud y, por tanto, responden en términos generales a las necesidades sanitarias de los pobres. Entre las medidas que suelen establecerse en las estrategias, cabe citar la ampliación de la prestación de un paquete básico de servicios (inmunización, salud materna y control de enfermedades transmisibles, etc.) y el refuerzo de los servicios de salud en las zonas rurales. Esa selección de objetivos se considera oportuna, pero se presta poca atención a las dificultades que han obstaculizado la aplicación de esas estrategias en el pasado. Además, pocas estrategias aspiran de forma explícita a mejorar las necesidades sanitarias de los miembros más pobres de la sociedad, por ejemplo, mediante la fijación de objetivos basada en sectores de población o en zonas rurales. En este sentido, tienden a reflejar las estrategias y los planes nacionales de salud ya existentes en los países de bajos ingresos pero no los hacen avanzar.

14. **Políticas sanitarias en favor de los pobres.** El objetivo de la labor de la OMS es brindar apoyo a los Estados Miembros para que impriman a sus agendas de salud una orientación favorable a los pobres y para que las apliquen en el contexto general de la pobreza y el desarrollo. Para ello se ha utilizado un enfoque consultivo de la planificación, que ha dado lugar a tres esferas de actividad distintas pero interrelacionadas y que se refuerzan entre sí. La primera consiste en el desarrollo de un marco al que puedan recurrir los países para elaborar un perfil sanitario desglosado con miras a determinar los problemas de salud que más afectan a los pobres; la segunda es la formulación de estrategias para contextos específicos que permitan solucionar los problemas identificados sobre la base del análisis de políticas en favor de los pobres, y la tercera es la puesta en común de esas actividades técnicas, así como de otros esfuerzos internacionales y nacionales, a fin de fortalecer la capacidad de los países para abordar eficazmente las necesidades sanitarias de los pobres.

15. Los datos empíricos así compilados deberían contribuir de forma significativa al fortalecimiento de la capacidad para desarrollar y aplicar el componente de las estrategias de lucha contra la pobreza relacionado con el sector sanitario. Las enseñanzas extraídas del trabajo llevado a cabo en los países se incorporan a los debates mundiales, y dentro de la OMS se hacen aportaciones técnicas para facilitar la inclusión de aspectos beneficiosos para los pobres en las actividades de programas como Organización de los servicios de salud y Reducir los riesgos del embarazo, y en iniciativas de control de enfermedades como «tres millones para 2005».

16. **Enfoques sectoriales.** Los enfoques sectoriales se concibieron originalmente como una forma de mejorar la interacción entre gobiernos y donantes adaptando la ayuda prestada por éstos a las prioridades definidas a escala nacional y reduciendo los costos de transacción de todas las partes. También responden a la convicción cada vez más extendida entre muchos donantes de que el apoyo presupuestario es la mejor manera de mejorar la eficacia de la asistencia para el desarrollo. Son pocos los países que han conseguido formular enfoques que abarquen realmente todos los aspectos de la salud e incluyan a todos los donantes. Sin embargo, los principios básicos se aplican cada vez en más situaciones. El establecimiento de programas sectoriales es hoy una parte fundamental de los esfuerzos encaminados a simplificar y armonizar la ayuda y aumentar su eficacia. Crece el acervo de experiencia a escala nacional sobre los instrumentos relacionados con los enfoques sectoriales, como los marcos de gasto a medio plazo y los estudios sobre la incidencia del beneficio. Es preciso entender mejor la manera en que esos instrumentos - tradicionalmente reservados a las instituciones financieras internacionales - influyen en el desarrollo del sector sanitario y en el logro de mejores resultados sanitarios para los pobres.

17. **El derecho a la salud.** El derecho al máximo nivel posible de salud física y mental, lo que habitualmente se denomina el derecho a la salud, ha experimentado grandes transformaciones en los últimos años, tanto en el derecho internacional como en los marcos jurídicos nacionales. En 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó la Observación general N° 14, en la que se aclara el alcance normativo y el contenido del derecho a la salud. Es importante señalar que el Comité interpretó el derecho a la salud como un derecho inclusivo que no sólo abarca una atención de salud accesible, asequible, aceptable desde el punto de vista cultural y de calidad, sino también los diferentes factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas y a educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud. En 2002, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas nombró un Relator Especial sobre el derecho a la salud. La OMS y el Relator Especial están firmemente decididos a ocuparse juntos de la contribución específica del derecho a la salud a la lucha contra la pobreza.

18. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio ofrecen indicadores claros en relación con la materialización del derecho a la salud. La evolución de ese derecho está muy influida, a su vez, por la idea de una atención primaria accesible a todos. Asentado en la legislación internacional en materia de derechos humanos, el derecho a la salud obliga a los gobiernos a que, aprovechando al máximo los recursos disponibles, adopten medidas explícitas y concretas, a nivel individual y mediante la asistencia y la cooperación internacionales, para hacerlo efectivo de forma progresiva. Al informar al respecto a los mecanismos de supervisión internacional de los derechos humanos, los gobiernos deben demostrar también que se hacen progresos en ese sentido. En tal contexto, la identificación de indicadores y elementos de referencia adecuados para supervisar los progresos es una tarea importante en la que está participando la OMS junto con los órganos de las Naciones Unidas que se ocupan de los derechos humanos. En particular, se está haciendo todo lo posible por garantizar la coherencia entre los indicadores de los progresos relacionados con el derecho a la salud, los que permiten supervisar el logro de los objetivos del milenio y los referentes a la atención primaria de salud.

COMPLEMENTARIEDAD Y COHERENCIA

19. La relación entre salud y pobreza es un aspecto clave de la labor de la OMS. A medida que se avanza en esa esfera, se hacen patentes varios retos. En primer lugar, hay que procurar que las líneas de trabajo antes descritas se complementen, y garantizar que las enseñanzas extraídas se den a conocer y se apliquen a las nuevas iniciativas que vayan elaborándose.

20. En segundo lugar, es importante tener claro que las actividades sobre la pobreza y la salud adquieran forma realmente a escala nacional. La creación de capacidad en la OMS y en los Estados Miembros, sobre la base de la experiencia adquirida, debe ser un elemento fundamental.

21. En tercer lugar, es obvio que intentar solucionar la pobreza a través de la salud o centrarse en las necesidades sanitarias de los pobres requiere un examen minucioso de los sistemas sanitarios desde la perspectiva tanto de la prestación de servicios como de las cuestiones políticas e institucionales generales que repercuten en su eficacia. Los valores de la salud para todos proporcionan una base común, si bien la expresión práctica de los sistemas de salud orientados por la atención primaria varían en función de las circunstancias nacionales.

22. En cuarto lugar, aunque el nivel clave en cuanto a la aplicación y el logro de resultados sigue siendo el nacional, aún se requieren medidas mundiales favorables para aumentar la eficacia de las actividades a escala local. Los resultados de las negociaciones en materia de comercio, deuda, ayuda, transferencia de tecnología y derecho internacional deberían ser una aportación inestimable para abordar los problemas de salud y de pobreza en todos los países.

23. Por último, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio también se insiste en la necesidad de un enfoque coherente y de interconexión entre los objetivos de desarrollo. Es imposible aliviar la pobreza si no se logran mejoras sustanciales en la situación sanitaria; la mejora del nivel educativo, la igualdad de género y el acceso a un entorno seguro y limpio son imprescindibles para una salud mejor. La instauración de una colaboración eficaz - y equitativa - entre el mundo rico y el mundo pobre es la única manera de reducir las diferencias que los separan.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

24. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota de este informe.

= = =