

Nuevas dimensiones de la salud pública

Álvaro Moncayo Medina

La brecha económica entre países desarrollados y países subdesarrollados se ha ampliado en las dos últimas décadas. El modelo económico imperante ha hecho que esta situación se establezca y que su tendencia se mantenga en aumento por la acumulación de la riqueza en los primeros, a expensas de los menos desarrollados.

Los indicadores de salud y los patrones de morbilidad y mortalidad están directamente relacionados con la riqueza de un país y con la equidad de su distribución entre los grupos sociales que lo conforman. De este modo, la salud pública y su grado de impacto en la carga de enfermedad y de mortalidad han pasado de ser un problema médico a ser un problema de política económica.

La globalización y la liberación del comercio de mercancías y de productos farmacéuticos, reforzadas por los tratados bilaterales de libre comercio, están dividiendo cada vez más al mundo en dos grandes bloques: los países productores y los países consumidores. Los organismos multilaterales del sistema de Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS), están sufriendo una distorsión en las prioridades de sus programas

globales a causa del crecimiento acelerado de las contribuciones extrapresupuestales de los países ricos y de poderosas fundaciones privadas a su presupuesto anual.

En este capítulo se analiza la evidencia cuantitativa en la que se basan los anteriores postulados, en las seis secciones que se desarrollarán. A comienzos del siglo XXI, la *salud pública* está condicionada por múltiples factores que no son de orden médico; son de naturaleza política, económica y ambiental, y todos están relacionados con el modelo de desarrollo imperante, que no ha podido impulsar el progreso social ni económico con equidad, a pesar de sus promesas.

Los retos clave que la humanidad enfrenta en el campo de la salud, en este siglo, son:

- La erradicación de la pobreza en dos terceras partes de la población mundial.
- El disfrute pleno del derecho a la salud.
- El control de las causas del cambio climático.

Los tres retos mencionados tienen sus raíces en la política económica mundial promotora de la liberalización y globalización del comercio, que ha conducido a una distribución desigual de los recursos globales. Muchos de los de-

terminantes de la salud, como la pobreza, la desnutrición y el cambio climático, son de naturaleza global y son causados por esta política económica mundial (1).

■ Factores estructurales del modelo económico actual

Según el Banco Mundial, en 2004 había 970 millones de personas que vivían por debajo de la línea de pobreza de US\$1 diario, y 2.550 millones –el 40% de la humanidad– que vivían por debajo de la línea de US\$2 diarios. Estos cálculos son arbitrarios y tienen serias implicaciones éticas. Se ha propuesto un nuevo concepto para describir esta situación: la “línea de pobreza ética” por debajo de cuyo valor se causa una disminución de la esperanza de vida y se estima entre US\$2,8 y US\$3,9 al día (2). Según esta nueva definición, entre 3.200 y 3.800 millones de personas –el 60% de la humanidad– viven en estas condiciones.

Las políticas neoliberales se impusieron con la promesa de relanzar el crecimiento económico, después de la desaceleración de la década de los setenta, pero después de más de dos décadas de ejecución han fallado. El desempeño económico en América Latina ha sido insatisfactorio, al igual que en los países con economías en transición en Europa oriental. En África ha sido desastroso. Los países que han tenido un buen desempeño económico han sido los asiáticos,

en especial China, que han seguido modelos económicos distintos al neoliberal (1).

Un reciente informe de un grupo de investigación y análisis en economía y política (3) evalúa los progresos realizados en el crecimiento económico de todos los países, antes y después de la imposición del presente modelo económico, y muestra que el progreso en crecimiento económico y en indicadores de salud y educación ha sido menor en los últimos 25 años (1980-2005) que en las dos décadas anteriores (1960-1980). Los datos correspondientes aparecen en las figuras 2.1 a 2.3.

Como puede observarse, hay una consistente demostración de que tanto el aumento del ingreso *per cápita* como sus consecuencias en salud pública han sido significativamente menores en el periodo 1980-2005, cuando se han aplicado las políticas económicas neoliberales.

La concentración de la riqueza en el 20% más rico de la población mundial en los últimos 30 años, entre 1973 y 2003, ha pasado de 30 a 70 veces, tal como aparece en la Figura 2.4: una persona del 20% más pobre, en 1973, tenía 30 veces menos riqueza que una persona del 20% más rico; en 2003, la misma persona tenía setenta veces menos riqueza. Esto quiere decir que el modelo económico imperante ha generado pobreza, porque ha concentrado en más del doble la riqueza en el 20% más rico de la población mundial (4).

Igualmente, en los últimos 25 años, que coinciden con el dominio del modelo neoliberal en la economía mundial, ha habido un aumento de la pobreza en el mundo, excepto en China, que no ha

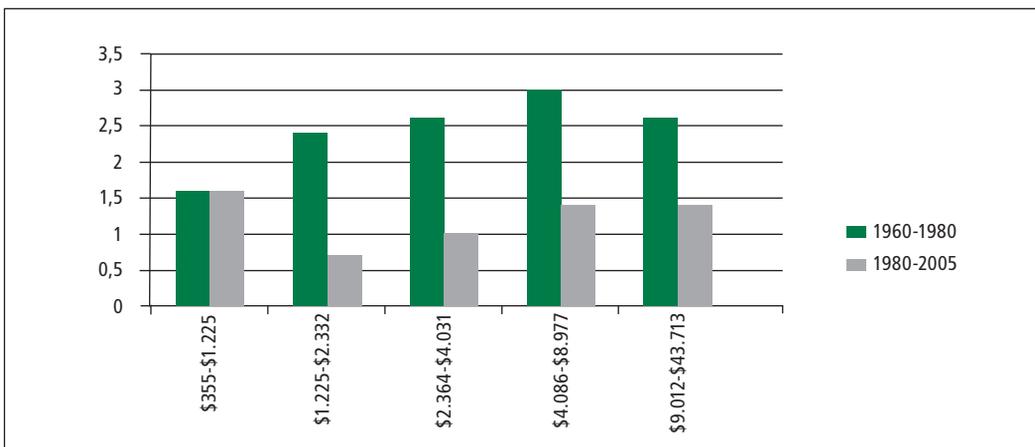


Figura 2.1 Crecimiento económico de los países según ingreso per cápita, en dólares (3).

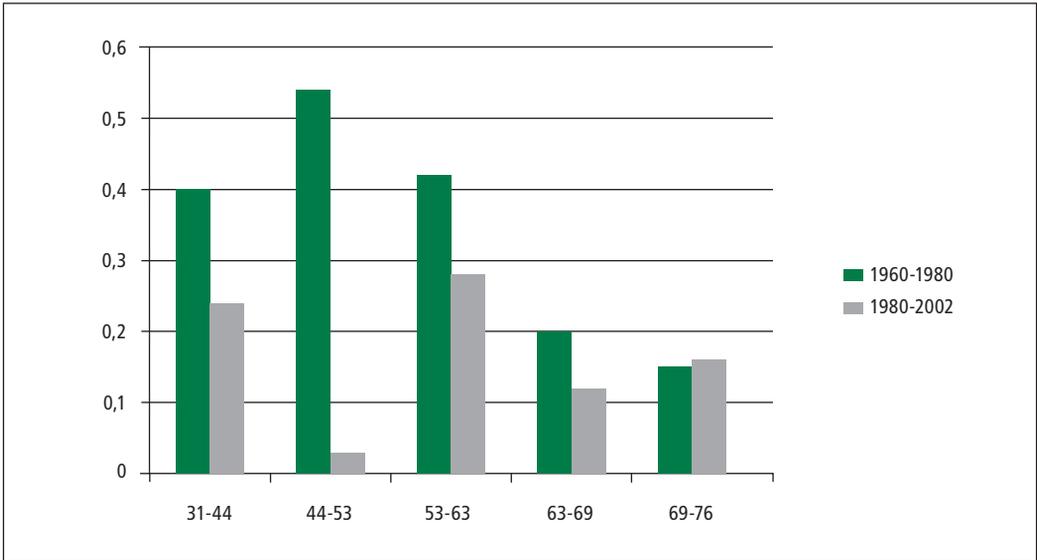


Figura 2.2 Esperanza de vida al nacer, en años; cambio del promedio anual, 1960-1980 y 1980-2002 (3).

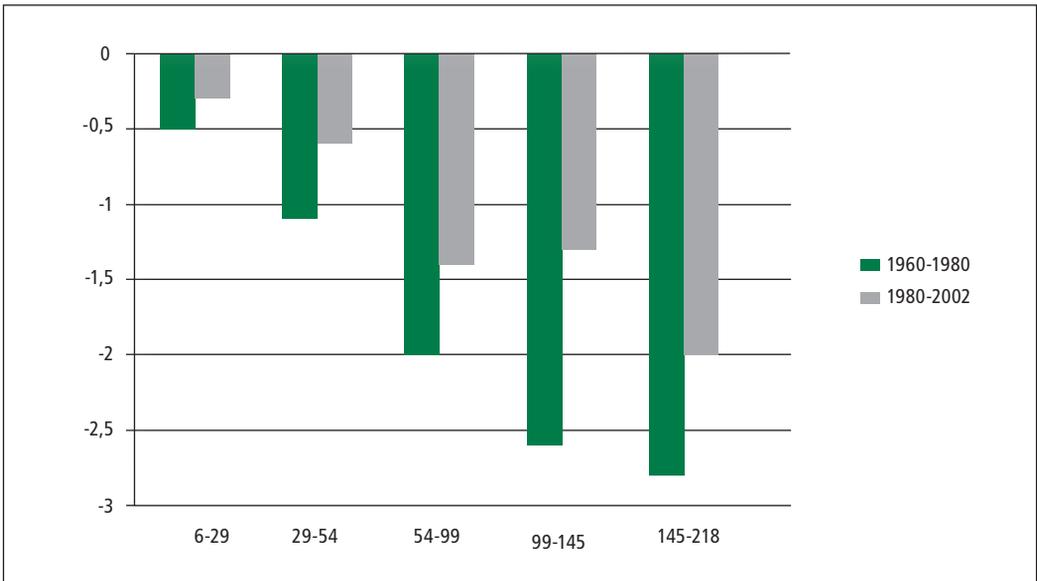


Figura 2.3 Mortalidad infantil. Cambio anual en la tasa x 1.000, 1960-1980 y 1980-2002 (3).

abrazado sino parcialmente este modelo económico, donde ha habido una marcada disminución, tal como puede observarse en las figuras 2.5 y 2.6.

¿Por qué ha ocurrido esta inequidad? Porque los 30 países más ricos agrupados en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OECD, por sus siglas en inglés) imponen sus

políticas económicas al resto del mundo y eligen a los directores de las dos instancias financieras globales, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Los 30 países miembros de la OECD representan un 14% de la humanidad, pero imponen sus intereses y políticas económicas al 86% restante (1).

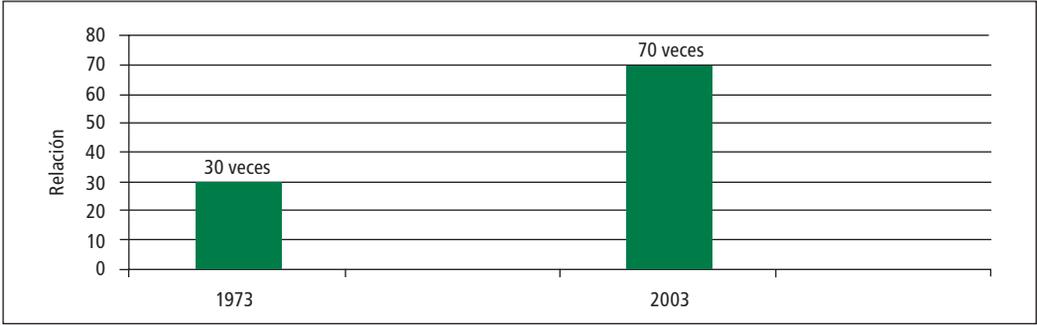


Figura 2.4 Concentración mundial de la riqueza: relación del 20% más rico y el 20% más pobre, entre 1973-2003 (4).

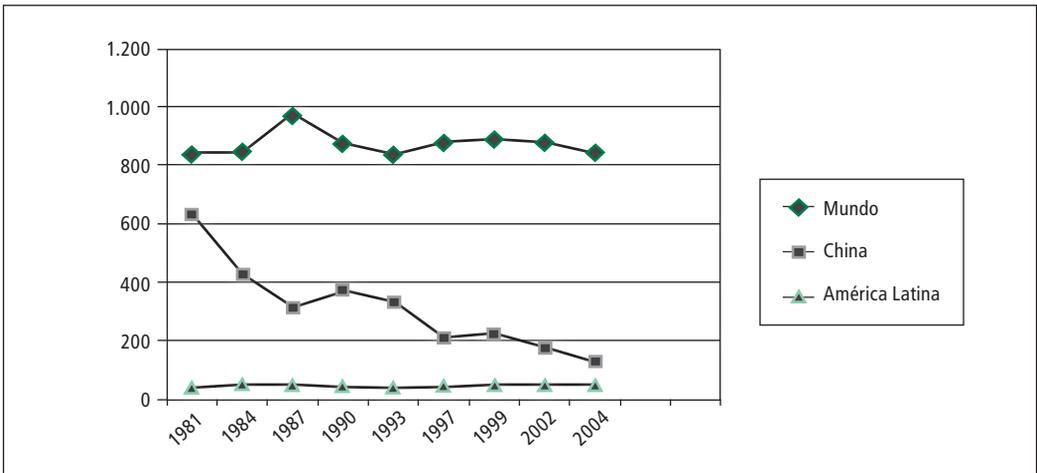


Figura 2.5 Evolución de la pobreza: personas que viven con menos de US\$1 diario (millones) (5).

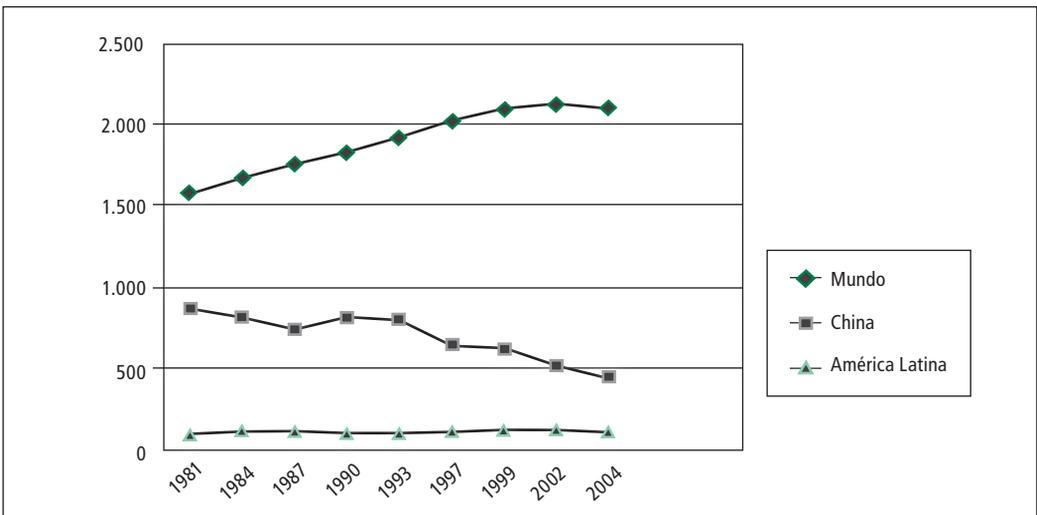


Figura 2.6 Evolución de la pobreza: personas que viven con menos de US\$2 diarios (millones) (5).

La Organización Mundial del Comercio (OMC) también está dominada por los intereses comerciales de los países más ricos, quienes imponen sus agendas económicas a los demás (véase el capítulo 32).

El pago de la deuda externa de los países en desarrollo es una causa importante del empobrecimiento de éstos a favor de las instituciones financieras internacionales. El traspaso neto de divisas desde los países en desarrollo a los centros prestamistas internacionales ha aumentado, de manera notable entre 1995 y 2006, tal como se aprecia en la Figura 2.7. El total de traspasos alcanzó la suma de 700.000 millones de dólares en 2006. Es bien conocido el hecho de que para hacer efectivos estos pagos, los programas sociales son los que se recortan. El Banco Mundial calcula que en 2005, en 52 países en desarrollo el monto de los pagos de los intereses de la deuda externa superaban los fondos gubernamentales destinados a salud y en doce países superaban el total de los fondos destinados a educación (6).

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (7) calcula el coeficiente de Gini para algunos países de la región y su comportamiento entre 1990 y 2006 aparece en la Figura 2.8. El coeficiente de Gini es una medida de la desigualdad en la distribución del ingreso que va de 0 a 1, donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás, ninguno). A mayor valor del coeficiente de Gini, mayor desigualdad.

La Figura 2.9 muestra que en cinco de los seis países de América Latina, el coeficiente de Gini es mayor de 0,5, lo que indica una tendencia a la desigualdad en la distribución del ingreso. La excepción es Venezuela, donde los valores están por debajo de 0,5. Si bien en todos estos países ha habido un crecimiento económico importante, la distribución de la riqueza ha sido inequitativa en el periodo analizado.

El porcentaje de personas en situación de pobreza, calculado como el ingreso inferior al costo de una canasta básica de alimentos, en los países mostrados en la Figura 2.8, es éticamente inaceptable. En todos ellos, excepto en Chile, más del 30% de las personas están en situación de pobreza.

La evolución de los valores del coeficiente de Gini en el periodo analizado es coherente con la concentración de la riqueza y, por lo tanto, con el alto porcentaje de pobres que se observa en el mismo periodo como consecuencia de la inequitativa distribución del ingreso, según se muestra en la Figura 2.9.

El reciente informe de la 'Comisión sobre los determinantes sociales de la salud', de la Organización Mundial de la Salud (OMS), analiza, con base en evidencias, el daño que han causado a la salud las decisiones políticas de los gobiernos en los campos de industrialización, agricultura, etc. (8). Estas políticas han sido implementadas como resultado de las presiones ejercidas por organizaciones internacionales que promueven un enfoque neoliberal en el manejo de la economía, como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Or-

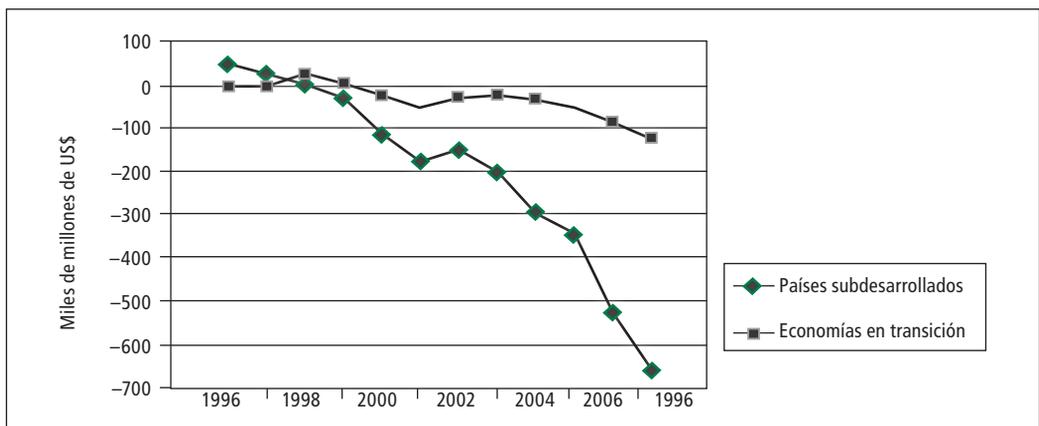


Figura 2.7 Traspaso de divisas desde los países subdesarrollados a las instituciones financieras internacionales, 1995-2006 (6).

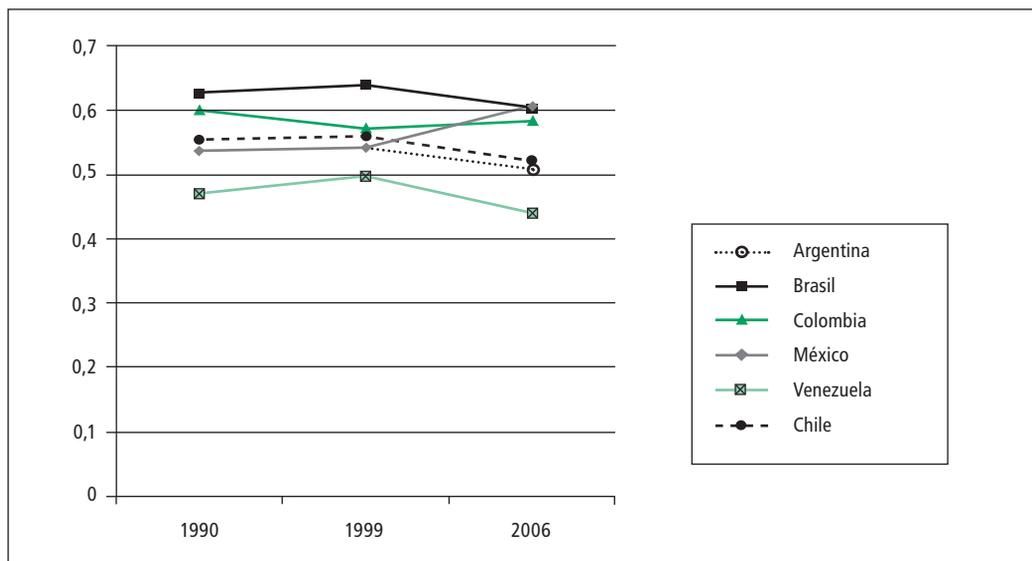


Figura 2.8 Coeficiente de Gini en países seleccionados, 1990-2006 (7).

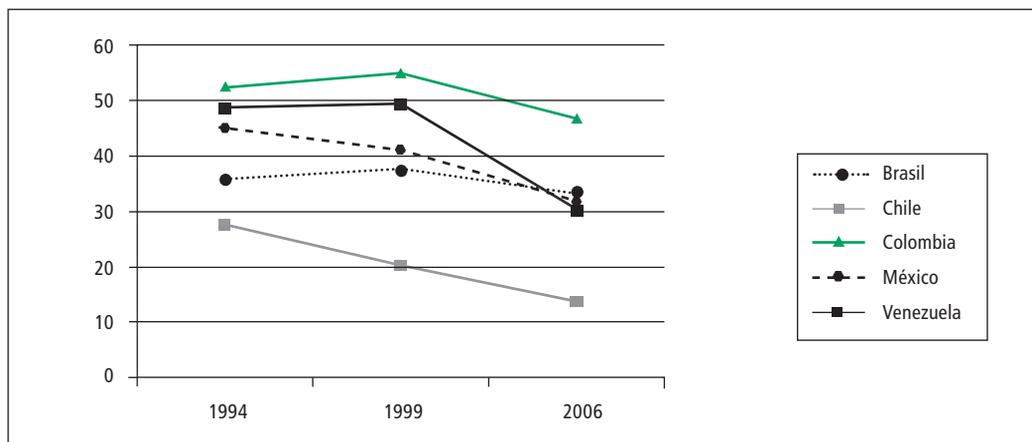


Figura 2.9 Porcentaje de la población en situación de pobreza en países seleccionados, 1990-2006 (7).

ganización Mundial del Comercio (OMC), que no tienen en cuenta su impacto sobre la salud de las poblaciones. Estas tres organizaciones tienen una estructura de poder que no es democrática ni sus órganos directivos son responsables por las decisiones que les imponen a los gobiernos (9).

Los países desarrollados que cuentan con el 13,5% de la población mundial controlan el 57,3% de los votos en las decisiones del Fondo, mientras que los países de bajos y medianos ingresos, que representan más del 80% de la población mundial, apenas tienen un 20% de los votos (10). El informe mencionado de la OMS lo dice sin

rodeos: la inequidad en salud en el mundo es “el resultado de una combinación tóxica de políticas socialmente deficientes, medidas económicas injustas y malas políticas públicas”.

■ Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud

La Organización Mundial de la Salud publicó, en 2008, el Informe de la ‘Comisión sobre

los determinantes sociales de la salud’, en el que se aborda el tema de la inequidad económica y su impacto en la salud. Las condiciones sociales están distribuidas inequitativamente en las sociedades y su consecuencia es el impacto en la distribución también inequitativa de la salud. La injusticia derivada de lo anterior es la que busca analizar la Comisión.

Los *determinantes sociales de la salud* se definen como las condiciones estructurales del sistema económico imperante y de la vida diaria, que son los responsables de las inequidades en salud, tanto entre países como dentro de éstos. El concepto de “determinantes sociales” incluye los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que afectan el estado de salud de las personas y de las poblaciones. Estos factores determinan la distribución del poder, el nivel de ingreso, el acceso a los servicios y las circunstancias de la vida diaria, como el acceso a la atención médica, a la educación, al trabajo y al descanso.

El Informe de la Comisión sobre “determinantes sociales de la salud” fue publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en agosto de 2008. Esta Comisión fue nombrada por la OMS en 2005 y contó entre sus miembros a destacados economistas, como el premio nobel Amartya Sen, el expresidente de Chile Ricardo Lagos, el primer ministro de Mozambique Pascoal Mocumbi y a representantes de la comunidad académica de los cinco continentes (8).

La Comisión se reunió diez veces en Brasil, Canadá, Chile, China, Egipto, India, Irán, Japón, Kenia y Suiza. Además, la Comisión hizo consultas regionales en las sedes de las seis regiones en que está dividida la OMS en el mundo. Los siguientes son los principales hallazgos:

- La inequidades en salud están aumentando tanto entre los países como dentro de ellos. Se observa una brecha de más de 40 años en la esperanza de vida entre los países más ricos (OCDE: 79 años) y los más pobres (África subsahariana: 46 años) (8). En 1970-1975, la esperanza de vida en los países de la OCDE era de 72 años y en 2000-2005, de 79 años; es decir, hubo un aumento de siete años, mientras que en los países del África subsahariana, en el mismo periodo, el aumento de la esperanza de vida pasó de 45 a 46 años, o sea que este indicador aumentó únicamente un año.
- Las grandes inequidades en salud están presentes en diferentes grupos dentro de todos

los países. En los países de altos ingresos se observa una diferencia de más de diez años en la esperanza de vida entre diferentes grupos según su nivel económico, grupo racial, género y área geográfica. En los países de bajos ingresos, en todas las regiones, se observan marcadas diferencias en la mortalidad infantil, según el nivel económico de los hogares.

- Las inequidades en salud no son inevitables. Al contrario, son consecuencia de la inequidad en las condiciones de la vida cotidiana y en el acceso al poder, a los recursos y a la participación en la sociedad.
- Los determinantes sociales de estas inequidades deben superarse para alcanzar las *metas de desarrollo del milenio* (MDM) en lo relativo a salud (11) y para controlar las enfermedades epidémicas que ponen en peligro a las poblaciones pobres.
- La mayoría de las condiciones prioritarias de salud pública comparten determinantes sociales, como la exposición a riesgos y el acceso a la atención médica.
- Existen muchas oportunidades para la solución colectiva de dichos determinantes sociales, dentro y fuera de los sistemas de salud, y en particular de los basados en la atención primaria de salud, para alcanzar las metas de desarrollo del milenio y reducir las inequidades en salud.
- La Comisión realizó tres recomendaciones principales:
 - a. Mejoramiento de las condiciones de la vida cotidiana.
 - b. Mejoramiento de la distribución inequitativa del poder, del dinero y de los recursos.
 - c. Medición y comprensión del problema de la inequidad y evaluación del impacto de las medidas correctivas.

La siguiente conclusión del Informe de la Comisión resume el impacto del modelo económico neoliberal sobre la salud de las personas y de las comunidades:

Las reformas del sector salud se han hecho con una concepción estrecha de la eficiencia técnica que privilegia las intervenciones médicas “costo-efectivas” y con una idea central de comercialización de los servicios a pesar de la creciente evidencia de la “costo-ineficacia” de

esta conceptualización. La evidencia disponible indica que la comercialización de los servicios de salud, incluido el aseguramiento en salud, crea inequidades en el acceso a los mismos bien sea que dicha comercialización la hagan entidades nacionales o extranjeras. (8)

Un ejemplo del impacto negativo que tuvo la privatización de los servicios de salud y su consecuente comercialización sobre el aumento de la mortalidad se dio en los países de Europa Oriental y de la antigua Unión Soviética durante la década de los noventa, cuando se reemplazaron los servicios que eran estatales por privados, dentro del contexto de las reformas económicas en la transición del comunismo al capitalismo. Los programas de privatización acelerada se asociaron con un incremento del 12,8% en las tasas de mortalidad estandarizadas por edad, en hombres trabajadores entre 15 y 59 años que no podían pagar los servicios médicos privados por el aumento del desempleo.

La esperanza de vida en los países que aplicaron la privatización masiva de las entidades de salud estatales en comparación con los que no implementaron esta política en la década de 1990 cayó de manera significativa, como se muestra en la Figura 2.10. Igualmente, las tasas de desempleo aumentaron marcadamente en los países que privatizaron rápidamente (entre 1992 y 1994), en comparación con los que lo hicieron más gradualmente (entre 1992 y 1998) (12).

El Fondo Monetario Internacional (FMI) es una institución que provee préstamos a países en dificultades financieras. Como la mayoría de las entidades financieras internacionales, el Fondo se asegura de recuperar la devolución de los préstamos, para lo cual requiere una serie de estrictas “condiciones” que los países prestatarios deben comprometerse a cumplir.

Las reformas económicas del FMI en los países de Europa Oriental y de la antigua Unión Soviética se han asociado con un empeoramiento significativo de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis, independientemente de otros factores políticos, demográficos y de cambios en los sistemas sanitarios.

No se puede eliminar la inequidad en la distribución de la salud en la sociedad, ya que éste es el efecto, sino que se debe modificar su causa: la inequidad de la distribución de la riqueza. Corresponde a los gobiernos ejecutar políticas económicas que corrijan esta inequidad social y sanitaria. El disfrute del derecho a la salud obliga a los gobiernos a actuar para aumentar las probabilidades de que todo individuo tenga una buena salud, como un bien en sí mismo. Para ello, deben actuar en la eliminación de la inequidad de los determinantes sociales y económicos de la salud (8).

El nuevo presidente de los Estados Unidos lo dijo muy claramente el día de su posesión:

La cuestión no es si el mercado es una fuerza para el bien o para el mal. Su poder para

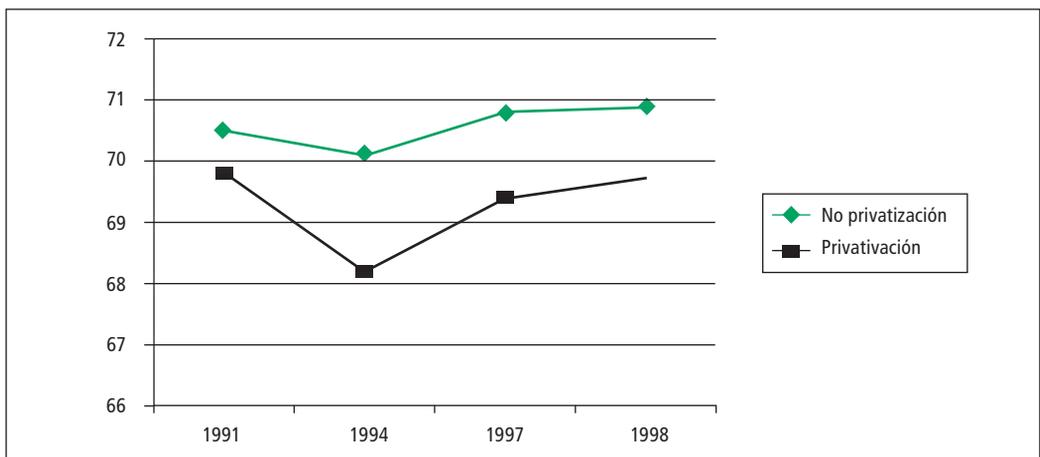


Figura 2.10 Relación entre esperanza de vida y privatización de los servicios de atención médica estatales en los países poscomunistas (12).

generar riqueza y expandir la libertad es inigualable. Pero esta crisis nos ha recordado que sin una mirada atenta, el mercado puede salirse de control. La nación no puede prosperar cuando favorece únicamente a los prósperos. El éxito de nuestra economía siempre ha dependido no solamente del tamaño de nuestro producto interno bruto sino del alcance de nuestra prosperidad, de su capacidad para extender las oportunidades a todos los corazones deseosos, no por caridad, sino porque es el camino más seguro hacia nuestro bien común. (13)

No es necesario demostrar que los pobres en los países en desarrollo y en los desarrollados sufren de altas tasas de enfermedad y desnutrición, porque sus bajos ingresos no les permiten tener acceso a una dieta balanceada y suficiente, a agua potable a disposición de excretas, a vivienda digna ni a servicios de atención médica. La mortalidad infantil también se correlaciona estrechamente con el nivel económico, en países seleccionados de bajos y de medianos ingresos. Del mismo modo, la frecuencia de las enfermedades no transmisibles se correlaciona estrechamente con el nivel socioeconómico de los individuos, tanto en países de ingreso medio como en los de altos ingresos.

La correlación entre ingresos y frecuencia de enfermedades no transmisibles se puede ver en la Figura 2.13, donde se muestra que las tasas de mortalidad por cirrosis hepática son más altas en los trabajadores de menores ingresos cuando se comparan con los de mayor ingreso, según la ocupación (14). También hay una clara asociación entre la mortalidad por cáncer de pulmón y el nivel educativo, como se muestra en la Figura 2.11 (15).

Por último, los países que mayor cantidad de CO₂ emiten, y en consecuencia son los mayores responsables del cambio climático, son los países ricos, como puede apreciarse en la Tabla 2.1. Cerca del 70% de las emisiones de CO₂ las producen los países industrializados, que incluyen a los Estados Unidos, la Unión Europea y China. La Tabla 2.2 muestra que entre 1990 y 2004 ha aumentado la emisión per cápita de CO₂ en Estados Unidos, China, Brasil e India, como consecuencia de la rápida industrialización en los tres últimos. Ha disminuido, aunque en menor cantidad, en Rusia, Reino Unido y Francia.

La pregunta que surge es la siguiente: ¿por qué ocurre esta correlación? La respuesta que emerge es: porque los determinantes sociales y económicos de la salud y de la equidad en salud están distribuidos de manera inequitativa y se asocian con la riqueza o la pobreza de los

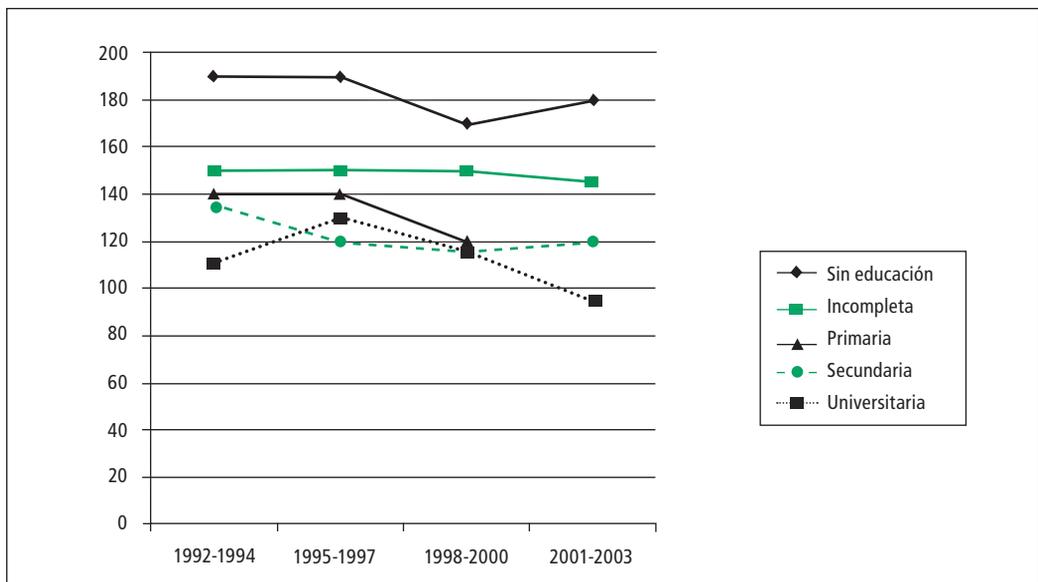


Figura 2.11 Mortalidad por cáncer de pulmón en hombres según nivel educativo. Tasas ajustadas por edad x 100.000 habitantes, Barcelona, 1992-2003 (15).

Tabla 2.1 Emisiones de CO₂ según zonas geográficas en gigatoneladas de CO₂ (1.000 millones de toneladas), 2007 (16)

Zona geográfica	Emisiones de CO ₂	%
Estados Unidos	6,0	28,2
China	5,0	23,5
Unión Europea	4,0	18,0
Federación Rusa	1,5	7,0
América Latina	1,4	6,5
Japón	1,3	6,0
India	1,3	6,0
África subsahariana	0,7	3,3
África del Norte	0,5	2,3
Total	21,3	100,0

Tabla 2.2 Emisiones de CO₂ per cápita entre 1990 y 2004, según países (16)

País	1990	2004	Diferencia (%)
Estados Unidos	19,3	20,6	1,06
Rusia	13,4	10,6	-0,79
Reino Unido	10,0	9,8	-0,98
Francia	6,4	6,0	-0,93
China	2,1	3,8	1,8
Brasil	1,4	1,8	1,28
India	0,8	1,2	1,5

grupos de población. El factor común que debe corregirse para lograr superar los tres retos de la humanidad en el siglo XXI es la inequitativa distribución de la riqueza y de los recursos entre países en desarrollo y países desarrollados, y dentro de cada uno de ellos. De nuevo: hay que corregir primero las causas, ya que, de manera correlativa, se mejorarán sus efectos en la economía y en la salud.

La esperanza de vida está aumentando en la Unión Europea (UE), pero no está claro si los años de aumento ocurren en buena salud. Un análisis reciente de los datos de 25 países de la UE sobre la esperanza de vida y los años de vida saludable y productiva en individuos mayores de 50 años mostró que los años de vida saludable variaron más entre países que la esperanza de vida. Aun en países avanzados como los mencionados todavía se necesita lograr un aumento en la participación de las personas mayores en la fuerza de trabajo (17).

■ La salud pública

La Organización Mundial de la Salud, otras agencias de Naciones Unidas como UNICEF, el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) son las principales organizaciones internacionales que actualmente establecen normas en el campo de la *salud pública*.

La Unión Europea influencia los sistemas de salud de sus miembros en un amplio abanico de políticas públicas, por medio de sus agencias, como la Autoridad Europea de Seguridad de Alimentos y el Centro Europeo de Control y Prevención de Enfermedades. El Consejo de Europa también establece normas internacionales para el sector salud, como la Farmacopea Europea. La OMS y el Banco Mundial son las organizaciones más importantes en la implementación de medidas de salud globales.

Recientemente, se han creado nuevos mecanismos de financiación de programas de salud, como el Fondo Global para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, y asociaciones público-privadas en el campo de la salud pública, como la Alianza Global para vacunas e inmunizaciones. La OMS ya no es ni la única organización internacional en el campo de la salud ni la que maneja el mayor presupuesto (véase el apartado “Financiación de la Organización Mundial de la Salud y de los programas mundiales de salud” en este mismo capítulo) (18).

Este nuevo escenario conlleva un cambio drástico en la conceptualización de la salud y, en especial, de la salud pública, que obliga a revisar los varios modelos conceptuales de salud que han evolucionado según los diferentes escenarios históricos. Por ejemplo, Restrepo propone los siguientes modelos de abordaje histórico que explican el concepto de *salud*:

- **Modelo sobrenatural:** la salud o su ausencia dependen de fuerzas sobrenaturales. Es una concepción negativa, fatalista, que niega la posibilidad de intervenciones efectivas para la generación y el mantenimiento de la salud.
- **Modelo biológico:** se centra en los cambios biológicos para explicar la salud y la enfermedad. Es importante tener en cuenta que este modelo dio origen al enfoque biomédico que persiste aún y que privilegia las intervenciones curativas sobre las promocionales y preventivas.

- Modelo ecológico tradicional: este modelo, con la conocida tríada: agente, huésped y medio ambiente, sigue siendo útil, pero ha evolucionado ampliando sus elementos; el agente ya no es sólo un microorganismo, sino también cualquier condicionante no saludable, el huésped se amplía al complejo biopsicosocial y el ambiente incluye todos los factores físicos, biológicos, sociales, culturales, políticos, que forman un determinado entorno.
- Modelo biopsicosocial: concepción de interrelaciones complejas. Se exalta mucho hoy, pero el problema es que sigue muy centrado en la explicación de la salud en el ámbito del individuo, lo cual es limitante (19).

Igualmente, hay muchas definiciones de *salud pública* y por esta misma razón ninguna es convincente. Por ejemplo, la definición de Milton Terris dice:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (20)

Más que una definición de *salud pública*, la anterior es más bien una expresión de deseos, por lo comprensiva y detallada. No se puede alcanzar el ideal propuesto si todo el contexto político y económico no conduce a lograrlo. La ventaja de esta definición es que saca el alcance de la salud de los límites puramente médicos de enfoque curativo o preventivo.

Por esta razón, el presente capítulo se ha iniciado con un enfoque económico que permite reflexionar sobre las condicionantes generales de la salud. Un sistema económico que en quince años no ha disminuido la cantidad de pobres en el mundo ni en América Latina y que ha concentrado los beneficios del crecimiento económico en algunos grupos, pero que no ha

logrado disminuir la pobreza, no puede ser el contexto para pretender cristalizar los ideales propuestos por Terris, entre otros. Se propone una definición que tenga en cuenta, ante todo, los condicionantes sociales y económicos, que permitiría decir que salud pública es “la resultante en el individuo y en la comunidad de la equidad social y económica”.

Los ideales de implícitos en esta propuesta de definición de salud pública deben mostrar su validez con demostraciones empíricas que sean cuantificables. Al respecto, en el reciente foro organizado por el Instituto Karolinska de Estocolmo, el responsable de la conferencia de apertura planteó la necesidad de estudiar las innovaciones que se requieren para superar las fallas en tres grandes áreas que están impidiendo el avance hacia el logro de los objetivos de la salud pública global (21):

- Fallas en el conocimiento científico
- Fallas en la economía de mercado
- Fallas de las políticas de salud y de gobernabilidad

Ejemplos en las fallas de la ciencia incluyen la ausencia de desarrollo de nuevos medicamentos y de vacunas para prevenir las enfermedades “olvidadas” que afectan a los grupos de población más pobres y de agentes antimicrobianos contra enfermedades resistentes (véase el capítulo 22). Las innovaciones que se necesita implementar consisten en crear incentivos para financiar investigación básica y aplicada, y en crear compañías público-privadas para el desarrollo de estos productos.

Las fallas en los mercados se refieren a las dificultades de acceso de la población a nuevos productos, por su alto costo. Ejemplos de esto son los antirretrovirales para el tratamiento del sida y nuevas drogas contra la tuberculosis. Para mejorar estas fallas se requieren innovaciones en métodos y procesos para la producción de drogas, políticas de financiación y reducción de gastos públicos, incluyendo el uso de licencias obligatorias.

Las fallas en la gobernabilidad resultan de la ausencia de priorización en las intervenciones y de mecanismos para bloquear prácticas corruptas en la compra de insumos por parte de organismos públicos. Las dificultades para lograr la erradicación de la poliomielitis con una vacuna disponible y muy barata o la eliminación de la lepra con un tratamiento de bajo costo son ejemplos de estas fallas.

Para lograr que estas innovaciones puedan llevarse a cabo se requiere que los gobiernos diseñen e implementen un modelo económico que tenga como objetivo el crecimiento económico, pero, a la vez, que asegure que el fruto de ese crecimiento llegue a los grupos más pobres; es decir, que las políticas económicas tengan una clara dimensión social y promuevan la equidad.

■ Liberalización y globalización del comercio y la salud

Las conferencias y los tratados sanitarios internacionales de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX representaron los primeros esfuerzos para compatibilizar los objetivos comunes entre salud y comercio. Esta compatibilización era definida unilateralmente por las potencias comerciales para defender sus intereses sin prestar atención a las consecuencias que tenía la explotación económica de los territorios colonizados sobre la salud de los habitantes de esos mismos territorios. La vigilancia sanitaria se limitaba a evitar la diseminación por el comercio de algunas enfermedades epidémicas, como cólera, peste bubónica y fiebre amarilla. Las medidas adoptadas se limitaban a acciones en las fronteras o en los puertos, como la cuarentena, que buscaban proteger a las potencias económicas de amenazas externas. No había ninguna preocupación sobre los determinantes de la salud en sus territorios ni en las poblaciones de las colonias (22).

Cuando se fundó el GATT, en 1947, con 23 países miembros, se limitaba a la reglamentación del comercio de mercancías. Hoy su sucesora, la Organización Mundial del Comercio (OMC), establecida en 1994, tiene 153 países miembros y se encarga de reglamentar el comercio de mercancías, de servicios, y de proteger los derechos de propiedad intelectual. Las implicaciones en salud son enormes, ya que por medio de los órganos directivos se regulan los acuerdos multilaterales sobre producción y comercialización de medicamentos.

Los asuntos sanitarios tienen cada vez un mayor peso, no solamente en su relación con el comercio, sino, también, en las esferas de

seguridad nacional, de desarrollo y de relaciones exteriores de los países. En este sentido, se firmó hace poco una declaración por los ministros de Relaciones Exteriores de África del Sur, Brasil, Francia, Indonesia, Senegal, Noruega y Tailandia, en la que se promueve una nueva concepción de la salud pública, como parte constitutiva de las relaciones exteriores y de la defensa de las naciones (23).

El presidente Obama lo dice con toda claridad en su mensaje al Congreso, incluido en el texto del presupuesto nacional para el 2010: "Reforzar la calidad de la salud alrededor del mundo no es solamente una consideración moral, sino que está en el interés del país, puesto que las pandemias y los bajos niveles de salud pueden desestabilizar regiones enteras y desplazamientos a través del mundo" (24).

La aceleración en la liberación del comercio y la importancia de la salud que han tenido desde la última década hasta el presente han hecho que se desvelen las interrelaciones entre estas dos esferas. Las políticas respectivas se dirigen hacia una convergencia que tiene vinculaciones directas e indirectas. Por una parte, se busca evitar la diseminación de agentes patógenos por medio del comercio de mercancías y, por otra, se reconocen los efectos del libre comercio sobre los determinantes de la salud, a la vez que se establecen las contradicciones entre el derecho a la propiedad intelectual en la producción y comercialización de medicamentos de marca y el derecho al acceso de las poblaciones a medicamentos genéricos más baratos.

Lo primero que salta a la vista es la diferencia en las estructuras de la OMC y de la OMS. Mientras la OMC tiene una estructura centralizada que regula el comercio multilateral, basada en una legislación sólida y de obligatorio cumplimiento por parte de los países miembros, so pena de incurrir en sanciones; la OMS presenta una pluralidad de instancias descentralizadas que gobiernan la salud mundial y cuyas decisiones no son de obligatorio cumplimiento por parte de los países. Esta diferencia ha hecho que la OMS enfrente un cuestionamiento de su papel como líder mundial en materia de salud dentro del sistema de Naciones Unidas.

Otras organizaciones multilaterales, como el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales, gobiernos de países y fundaciones privadas, han asumido un papel preponderante en la generación de políticas de salud, a través

de la financiación de algunos programas de la OMS, por medio de contribuciones voluntarias con finalidad específica, como se discute en el apartado “Financiación de la Organización Mundial de la Salud y de los programas mundiales de salud”, de este mismo capítulo.

En segundo lugar, la OMC aprovecha el paradigma económico dominante, según el cual el desarrollo “depende” de un sistema sólido de comercio libre entre países desarrollados y países subdesarrollados, sin tener en cuenta las asimetrías e inequidades que éste genera. La OMS basa su influencia en sus capacidades técnicas, que si bien han logrado notables resultados en la erradicación de enfermedades infecciosas, como la viruela y la poliomielitis, sus decisiones no son obligatorias para los países miembros.

Por ejemplo, en algunos acuerdos de la OMC, los países ricos imponen a los más pobres la abolición de los subsidios agrícolas para sus productos, en cuanto los primeros gastan US\$1.000 millones diarios para subsidiar a sus agricultores (25). La consecuencia directa es el empobrecimiento de los agricultores en los países pobres, que no pueden competir con los precios bajos de los productos subsidiados de los países ricos, y se ven obligados a importar en condiciones inequitativas. El Banco Mundial estima que entre 1993 y 2003, la globalización del comercio ha producido 200 millones de nuevos pobres (26).

Según la Constitución de la OMS, los países no tienen la obligación legal de cumplir las decisiones de los cuerpos directivos que sí tienen los países miembros de la OMC. Los mecanismos para resolver las disputas entre países que se vean enfrentados por el incumplimiento unilateral de las decisiones de la Asamblea de la OMC están definidos por su Constitución y las sanciones previstas son de obligatorio cumplimiento. En cambio, la OMS no posee estos mecanismos, ya que sus decisiones no son legalmente obligatorias.

Entre los mecanismos previstos en la estructura de la OMC para hacer cumplir a los países estos tratados comerciales se encuentran las disposiciones que permiten a las compañías farmacéuticas privadas acusar a los gobiernos e imponerles sanciones legales y represalias comerciales, en abierta subversión de las normas del derecho internacional público.

Un conflicto que evidencia la contradicción entre los intereses económicos de las empresas

farmacéuticas transnacionales, las necesidades de salud pública de los países y los derechos de propiedad intelectual condujo a la creación de un grupo para analizar y armonizar estos intereses divergentes. La OMS, la OMC, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), y otras organizaciones como la Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (CNUCD/UNCTAD) y la Organización de Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI/UNIDO), trabajaron conjuntamente desde hace dos años con los gobiernos miembros de la OMS en este asunto.

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la creación de un *grupo de trabajo intergubernamental sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual* (27) y le dio el mandato de diseñar una estrategia y un plan para analizar las condiciones que afecten de manera desproporcionada y desventajosa el comercio de medicamentos hacia y desde los países subdesarrollados. Este grupo intergubernamental terminó su trabajo en 2008 y el plan de mediano plazo propuesto (2008-2015) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de 2008 (28).

El informe final, en el que se analizan las relaciones entre las necesidades de salud pública, la innovación, los derechos de propiedad intelectual y el desarrollo de nuevos medicamentos, fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008 (29). Este plan de mediano plazo establece los objetivos y las prioridades para fortalecer la investigación y el desarrollo de medicamentos contra las enfermedades que afectan principalmente a los países pobres y la provisión de los fondos necesarios para lograrlo. Establece acciones específicas en ocho temas:

- Construir capacidad industrial innovadora
- Movilizar recursos financieros
- Fijar prioridades en investigación y desarrollo
- Mejorar la transferencia de tecnología entre países desarrollados y subdesarrollados, y entre países subdesarrollados
- Apoyar el manejo de la propiedad intelectual de manera que promueva el acceso a los medicamentos
- Mejorar la provisión y el acceso a los medicamentos
- Asegurar los mecanismos financieros sostenibles para la investigación y el desarrollo
- Establecer mecanismos para monitorear y evaluar el plan de acción (30)

El plan es coherente con el ADPIC, en particular en lo relativo al logro de lo propuesto sobre la aplicación y el manejo de la propiedad intelectual, de modo que se ponga énfasis en la investigación y el desarrollo tendiente a solucionar las necesidades de los países subdesarrollados, a proteger la salud pública y a promover el acceso a los medicamentos para todos (31).

Las acciones específicas son congruentes con las excepciones del ADPIC aprobadas en la ‘Declaración de Doha’, en 2001, como:

- El establecimiento de normas de patentabilidad que prohíban las patentes para desarrollos triviales en las moléculas (*evergreening patents*).
- La emisión de licencias obligatorias que permitan a terceros la producción y venta de un medicamento –contra el pago de derechos al dueño de la patente– cuando el medicamento no está disponible en cantidades suficientes o no es asequible por su alto precio.
- La admisión de las importaciones paralelas, que permite la compra legal de un medicamento en un tercer país a precios reducidos, aun sin el consentimiento del dueño de la patente.

Las excepciones mencionadas han sido destacadas en el plan de mediano plazo del *grupo intergubernamental sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual* aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008, como se mencionó.

■ Los tratados bilaterales de libre comercio y su impacto en la salud

Las consecuencias adversas para la salud de los tratados comerciales provienen de sus restricciones al acceso a drogas genéricas, para lo cual están diseñados. Los *acuerdos de los derechos sobre propiedad intelectual relativos al comercio* (ADPIC) y los *tratados bilaterales de libre comercio* (TLC) entre los Estados Unidos y la Unión Europea con los países subdesarrollados apuntan al fortalecimiento de las restricciones para la producción y comercialización de drogas genéricas (32).

Sin embargo, la Declaración Ministerial de Doha, relativa al acuerdo sobre los ADPIC

y la salud pública confirma que este acuerdo no impide ni debe impedir que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública, incluyendo el uso de licencias obligatorias, que implica el desconocimiento de las patentes y la eliminación de las restricciones para la producción y comercialización de genéricos (33). Los genéricos de las drogas contra el sida han reducido el costo del tratamiento hasta en un 99% desde el 2000, de US\$10.000 a US\$130 por año (34).

Los defensores del sistema de patentes aducen que la protección de la propiedad intelectual en el desarrollo de nuevos medicamentos se justifica para estimular la investigación. Pero la industria farmacéutica transnacional gasta mucho más dinero en publicidad y mercadeo que en investigación, y más en investigación en drogas dirigidas a cambios en los estilos de vida que en medicamentos que salvan vidas, y casi nada en aquellos contra las “enfermedades olvidadas” –como la tuberculosis y la malaria– (véase el capítulo 22) que afectan a los países pobres. Por razones estrictamente económicas, estas compañías realizan su investigación en enfermedades que afectan a grupos de población con alto poder de compra y no en enfermedades que afectan a los pobres, sin importar su valor para la sociedad en su conjunto (35,36). Lo que se busca es producir medicamentos para vender y no para curar.

Una compañía que actualmente tiene la patente del gen causante del cáncer de seno estima que el precio de las pruebas genéticas que detecten el riesgo de desarrollar esta enfermedad será de US\$2.500; por tanto, las mujeres que no puedan pagar este precio para la detección precoz, tendrán que resignarse a morir (37).

Los efectos negativos para la salud que trae la liberalización del comercio y los tratados comerciales son el resultado del modelo económico dominante, que busca ante todo el aumento de las ganancias de las compañías y no la mejora de los niveles de salud de los países subdesarrollados (38,39).

Las consecuencias que tuvo el Acuerdo ADPIC en salud pública hizo que los países subdesarrollados lograran, en 2001, la adopción de la ‘Declaración de Doha’, que confirmó sus derechos a adoptar medidas para la protección de la salud pública y la nutrición, aprovechando las excepciones al Acuerdo aprobadas en la reunión de la OMC, en Doha.

Aunque las excepciones al ADPIC aprobadas en Doha en 2001 pueden reconciliar la protección de los derechos de propiedad intelectual con las necesidades de la salud pública, las industrias farmacéuticas transnacionales apoyadas por el gobierno de Estados Unidos y por la Comisión Europea continúan buscando más protección, por medio de los tratados bilaterales, para obtener condiciones favorables –llamadas ADPIC-plu–, en detrimento del acceso a medicamentos patentados por parte de las poblaciones pobres de los países subdesarrollados (38).

El mercado mundial está concentrado en Estados Unidos, Europa y Japón, que representan un 75% de las ventas (40). Los países desarrollados exportan medicamentos patentados y los países subdesarrollados importan estos medicamentos y producen genéricos de bajo costo, con la consecuente generación de un alto déficit en el sector salud.

En conclusión, la liberalización del comercio, que es una característica de la globalización, afecta, y lo seguirá haciendo en el futuro, la salud de las poblaciones y los sistemas de salud. Los diferentes actores de esta realidad económica, incluyendo a los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones y las agencias internacionales de Naciones Unidas –como la OMS, la OMC y el Banco Mundial–, tienen un compromiso histórico con la sociedad, según el cual tienen que concertar esfuerzos para armonizar sus políticas y evitar que la liberalización del comercio afecte negativamente la salud de las poblaciones pobres del mundo.

Las consecuencias de la globalización que crean divisiones inequitativas en la distribución de los recursos y que, por lo tanto, afectan la salud y los sistemas de salud de los países son insostenibles y éticamente inadmisibles. Las políticas comerciales de los gobiernos tienen que implementarse sin desconocer su impacto en la vida y en la salud de las personas (41).

■ Financiación de la Organización Mundial de la Salud y de los programas mundiales de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), fundada en 1948, es la agencia técnica del siste-

ma de Naciones Unidas que tiene como misión lograr el más alto grado de salud posible para la población mundial. Está constituida por 193 países, que contribuyen a su financiación para que pueda funcionar adecuadamente y obtener su objetivo. Los presupuestos bienales de la OMS están compuestos por los aportes estatutarios provenientes de fondos de los gobiernos miembros. La distribución de estos fondos públicos en los diferentes programas de la Organización los propone el consejo directivo y los aprueba la Asamblea Mundial de la Salud.

Desde hace varios años se observa una tendencia al aumento relativo de las contribuciones voluntarias frente a los aportes estatutarios aportados por los 193 gobiernos. Si bien este hecho implica que la OMS cumple un papel de coordinación y promoción de la salud pública mundial, al obtener fondos voluntarios para sus programas, también corre el peligro de distorsionar sus objetivos, ya que las contribuciones “voluntarias” siempre las aportan los gobiernos de los países ricos, fundaciones privadas, ONG y organismos financieros multilaterales, con destinación específica para ciertos programas y continentes, y no para otros. De este modo, la OMS queda maniatada ante estas contribuciones “voluntarias” y tiene que adaptar su estructura programática a la realidad presupuestaria. Así, por ejemplo, en el presupuesto para el bienio 2010-2011, la proporción de fondos estatutarios frente a las contribuciones voluntarias es de 1 a 4.

La tendencia de la relación entre aportes estatutarios y contribuciones voluntarias en los presupuestos de la OMS, entre 1998 y 2011, aparece en la Figura 2.12.

Puede observarse que los aportes estatutarios han tenido un modesto incremento en el periodo analizado, mientras que las contribuciones voluntarias se han aumentado en un 82% en el mismo periodo. Esto hace que la OMS cada vez dependa más de contribuciones extrapresupuestarias y que deba adaptarse a esta realidad programática. La consecuencia última es que la Asamblea Mundial de la Salud, el máximo cuerpo directivo de la organización, pierde autonomía en la distribución de su presupuesto y se ve obligada a plegarse a las prioridades de los donantes.

Por fuera de la Organización Mundial de la Salud, los mayores proveedores de ayuda financiera a los países en desarrollo para programas

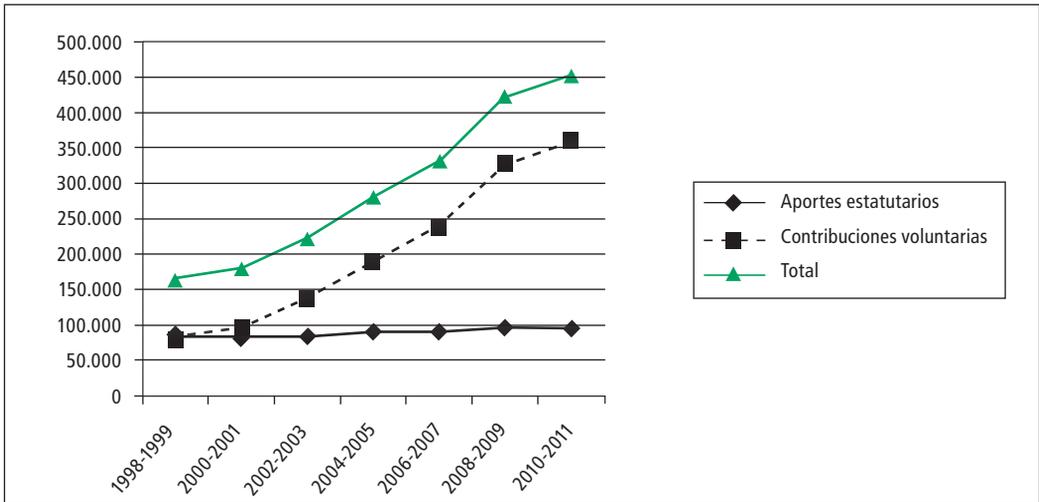


Figura 2.12 Relación entre aportes estatutarios y contribuciones voluntarias al presupuesto de la OMS, 1998-2011 (millones de dólares) (42).

de salud son actualmente el Banco Mundial (BM), el gobierno de los Estados Unidos (US), la Fundación Gates (FG) y el Fondo Global de las Naciones Unidas para malaria, tuberculosis y sida (NU).

La fijación de prioridades para la inversión de los fondos no es uniforme, porque las cuatro entidades no son agencias multilaterales, sino que incluyen fundaciones privadas y gobiernos. De igual manera, las decisiones para la adjudicación de los fondos se toman en instancias cuyos miembros no tienen un buen conocimiento de las necesidades de los países en desarrollo. Todo esto lleva a una distorsión en los programas de salud e investigación en los países en desarrollo, pues no hay armonización en la fijación de prioridades para el gasto de los fondos.

Comparando los montos de ayuda financiera desembolsados en 2005 por las cuatro entidades que aparecen en la Tabla 2.5 (US\$9.162 millones), triplican los fondos provistos en ese mismo año por la OMS (US\$2.799). Esta proporción de fondos y su manejo requiere un seguimiento y una evaluación tanto del proceso de desembolso de éstos como del impacto que producen en la orientación ideológica de los programas de investigación y en los sistemas de salud. El Instituto para Medición y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington publicó un informe sobre la financiación de salud en el mundo en 2009, en el cual se consultan las bases de datos de los gobiernos, de las agencias

multilaterales del sistema de naciones unidas, de los bancos multilaterales, de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y de fundaciones privadas, y se analizan las tendencias de todas estas fuentes financieras para programas de salud, entre 1990 y 2007 (43).

Mientras que los presupuestos regulares de las agencias multilaterales no han aumentado en el periodo analizado o lo han hecho de manera muy modesta, las contribuciones extrapresupuestarias se han incrementado marcadamente. En 1990, el total de gastos en salud en el mundo era de US\$5.600 millones, mientras que en 2007 esta cifra se cuadruplicó hasta alcanzar US\$21.800 millones. Los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que más aportaron con fondos públicos en el periodo fueron Suecia, Luxemburgo, Noruega y los Estados Unidos. Sin embargo, la ayuda de los bancos multilaterales, como el Banco Mundial, y las contribuciones de las agencias de naciones unidas disminuyeron a expensas de los aportes de las ONG y de fundaciones privadas, entre las que se destaca la Fundación Bill & Melinda Gates (FG) y que, en conjunto, contribuyen con un 27% del total de los fondos globales.

Por otro lado, en los últimos 25 años, los compromisos de desembolso de fondos de ayuda oficial para el desarrollo, provenientes de los países de la OCDE y destinados a los países menos desarrollados, se han incrementado así:

en el periodo 1980-1984 el promedio anual era de US\$70.500 millones que se aumentaron a US\$108.700 millones en el periodo 2000-2006. De este total de fondos de la ayuda oficial para el desarrollo, los destinados a salud suman US\$2.800 por año, o sea, un 3,5% (44).

La Fundación Gates, en 2007, gastó una suma igual al presupuesto anual de la OMS para ese año, es decir, ¡US\$1.656 millones! (45). A causa de esta suma gigantesca de dinero desembolsada por una sola fundación privada, se ha generado mucha discusión que ha llevado a crear un clima de tensión entre los demás actores, como agencias y bancos multilaterales, iniciativas bilaterales y ONG, que cuestionan las prioridades definidas por la FG para la adjudicación de los fondos, al igual que su destino casi exclusivo a instituciones de investigación y universidades situadas en los países desarrollados. Un 82% de las subvenciones se concedió a instituciones de Estados Unidos (46).

No obstante esta tendencia al aumento de los fondos destinados a programas de salud

global, se observa una marcada fragmentación de la ayuda en los países, pues la asignación está impuesta por los donantes y no sigue las prioridades nacionales. Por ejemplo, la financiación de programas dirigidos a cumplir con la meta 6 de desarrollo del milenio (“Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades”) (cuadro 2.1 y tabla 2.3) es la responsable por gran parte

Cuadro 2.1 Las metas de desarrollo del milenio (47)

La 55ª Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en septiembre del 2000 una resolución propuesta por 147 jefes de Estado de los países miembros, en la que se establecen ocho metas para ser alcanzadas en 2015. Estas metas son las siguientes:

- Meta 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Meta 2: Alcanzar la educación primaria universal.
- Meta 3: Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
- Meta 4: Reducir la mortalidad infantil.
- Meta 5: Mejorar la salud materna.
- Meta 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- Meta 7: Asegurar la sostenibilidad ambiental.
- Meta 8: Desarrollar una alianza global para el desarrollo.

Las ocho Metas se descomponen en 21 objetivos cuantificables que se miden a través de 60 indicadores.

Tabla 2.3 Avances en el cumplimiento de las metas de desarrollo del milenio hasta el 2008 (48)

Meta (1)	1990 (2)	2004-2005 (3)	2015 (4)	Diferencia (4-3)
Reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven con menos de US\$1 al día	31,6	19,2	16,0	-3,2
Reducir a la mitad el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal	33,0	27,0	16,0	-11,0
Porcentaje de niños con estudios primarios completos	80,0	88,0	100,0	-22,0
Eliminar diferencias de género en estudios primarios y secundarios (%)	36,0	39,0	100,0	-61,0
Reducir en 2/3 partes la tasa de mortalidad por 1.000 nacidos en niños menores de 5 años	106,0	83,0	40,0	-37,0
Reducir a la mitad el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal	33,0	27,0	16,0	-11,0
Reducir la tasa de prevalencia por 100 habitantes de VIH/SIDA en adultos	0,1	0,2	0,2	-0,1
Reducir la tasa de prevalencia por 100.000 habitantes de tuberculosis	150,0 (África)	250,0 (África)	250,0 (estimada)	-100,0
Reducir emisiones de CO ₂ en países desarrollados	9,2	12,5	SD	SD
Reducir emisiones de CO ₂ en países subdesarrollados	7,0	12,2	SD	SD
Disminuir el porcentaje de habitantes de tugorios en los países subdesarrollados	47,0	37,0	23,0	-14,0
Disminuir la tasa (%) de desempleo en jóvenes	12,0	14,0	SD	SD
Disminuir el porcentaje de exportaciones destinadas al pago de la deuda externa de los países subdesarrollados	16,0	8,5	SD	SD
Incrementar el porcentaje de usuarios de tecnologías de la información en países desarrollados	43,0	53,0	SD	SD
Incrementar el porcentaje de usuarios de tecnologías de la información en países subdesarrollados	4,0	9,0	SD	SD

* Miles de millones de toneladas métricas
SD = sin datos

del incremento de la ayuda, mientras que otras prioridades de salud de los países receptores están insuficientemente financiadas. Se requiere un monitoreo constante de estos flujos de recursos para tratar de evitar dichas distorsiones.

Como se ve en el tabla 2.3, en el 2008, a mitad del periodo propuesto para el logro de las metas (2000-2015), se observan progresos en la mortalidad de menores de 5 años y en la salud infantil en relación con la malaria. Es particularmente preocupante que no haya progreso en otros aspectos, en especial en los relacionados con las causas del cambio climático, por el marcado incremento de las emisiones de CO₂. También preocupa el aumento del desempleo entre los jóvenes, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Aunque se ha avanza-

do en algunos frentes, el cumplimiento de los compromisos hasta el 2008 ha sido insuficiente y se están experimentando retrasos respecto a los plazos y a los niveles previstos en septiembre del 2000, en especial en los ámbitos de la ayuda al desarrollo, el comercio, el alivio de la deuda y el acceso a las nuevas tecnologías. En este último aspecto, es notorio el incremento de abonados al servicio de internet de banda ancha en los países desarrollados, pues pasó de 2,8% de los habitantes en el 2000 a 19% en el 2006, mientras que en los países subdesarrollados pasó solamente de 0,2% a 1,8% en el mismo periodo. Como era de esperarse, el progreso en el cumplimiento de las metas está determinado por los factores sociales y económicos causantes de las diferencias entre países desarrollados y subdesarrollados.

Resumen

La brecha económica entre países desarrollados y países subdesarrollados se ha ampliado en las dos últimas décadas. El modelo económico imperante ha hecho que esta situación se establezca y que su tendencia se mantenga en aumento por la acumulación de la riqueza en los primeros, a expensas de los menos desarrollados. Los indicadores de salud y los patrones de morbilidad y mortalidad están directamente relacionados con la riqueza de un país y con la equidad de su distribución entre los grupos sociales que lo conforman. De este modo, la salud pública y su grado de impacto en la carga de enfermedad y de mortalidad han pasado de ser un problema médico a ser un problema de política económica.

La globalización y la liberación del comercio de mercancías y de productos farmacéuticos, reforzadas por los tratados bilaterales de libre comercio, están dividiendo cada vez más al mundo en dos grandes bloques: los países productores y los países consumidores. Los organismos multilaterales del sistema de Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS), están sufriendo una distorsión en las prioridades de sus programas globales a causa del crecimiento acelerado de las contribuciones extrapresupuestales de los países ricos y de poderosas fundaciones privadas a su presupuesto anual.

En este capítulo se analiza la evidencia cuantitativa en la que se basan los anteriores postulados. A comienzos del siglo XXI, la salud pública está condicionada por múltiples factores que no son de orden médico. Son de naturaleza política, económica y ambiental, y todos están relacionados con el modelo de desarrollo imperante que no ha podido impulsar el progreso social ni económico con equidad, a pesar de sus promesas.

REFERENCIAS

1. Global Health Watch. An alternative world health report. London: Zed Books; 2008.
2. Edward P. The ethical poverty line: A moral quantification of absolute poverty. United Nations Development Program (UNDP). 2006;27:377-93.
3. Weisbrot M, Baker D, Rosnick D. The scorecard of development. Washington. Center for Economic and Policy Research (CEPR); 2005.
4. Serageldin I. World poverty and hunger-the challenge for science. En: American Association for the Advancement of Science (AAAS). Science and Technology Policy Yearbook 2003. Washington: AAAS; 2003. p. 215-7.
5. Chen S, Ravallion M. Absolute poverty measures for the developing world, 1981-2004. World Bank Policy Research Working Paper 4211. Washington: World Bank; 2007. Tables 1-2.
6. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de desarrollo del milenio. Nueva York: ONU; 2007.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2007.

8. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
9. Kwa E, Jawara F. Behind the scenes at the WTO: the real world of international trade negotiations. London: Zed Books, 2003.
10. Woodward D. The IMF: Governance, Version 0.0 [internet]. 2009 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: www.eg4health.org.
11. United Nations. Millennium declaration. New York: UN; 2000.
12. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373:399-407.
13. Obama B. Inaugural address as the 44^o President of the United States of America [internet]. 2009 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/01/20.
14. Najman JM, Williams GM, Room R. Increasing socioeconomic inequalities in male cirrhosis of the liver mortality: Australia 1981-2002. *Drug Alcohol Rev*. 2007;26:273-8.
15. Puigpinos R, Borrel C, Antunes JL, et al. Trends in socioeconomic inequalities in cancer mortality in Barcelona 1992-2003. *BMC Public Health*. 2009;9:35.
16. United Nations Development Programme. World Development Report 2007/2008. New York: UN; 2008.
17. Jagger C, Gillies C, Moscone F, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008;372:2124-31.
18. Confederation Suisse. Federal Department of Home Affairs (FDHA) and Federal Department of Foreign Affairs (FDFA) Swiss Health Foreign Policy, Agreement on health foreign policy objectives [internet]. 2006 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=en>.
19. Restrepo HE. Health Promotion: An anthology. PAHO/WHO Scientific Publication 525. Washington: WHO; 1996.
20. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública. En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p. 185-204.
21. Morel C. Innovating for global health: the potential for EU added value. Documento presentado en: The Nobel Forum: The European Union as a Global Health Actor. Stockholm (Sweden); 2009.
22. Howard-Jones N. The scientific background of the international sanitary conferences, 1851-1938. Geneva: World Health Organization; 1974.
23. Store JG. Oslo Ministerial declaration global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet*. 2007;369:1373-8.
24. US Government. A new era of responsibility. Renewing America's Promise [internet]. 2010 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: www.budget.gov.
25. Oxfam. Dumping [internet]. 2008 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.oxfam.org/en/campaigns/trade/riggedrules/dumping>.
26. Chen S, Ravallion M. How have the world's poor fared since the early 1980's? [internet]. 2004 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en <http://www-wds.worldbank.org/external/default/>.
27. World Health Assembly. Resolution 59.24 [internet]. 2006 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: www.who.int.
28. World Health Organization. Resolution WHA 61.21 [internet]. 2008 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: www.who.int.
29. World Health Organization. Global Strategy on innovation, public health and intellectual property WHA 61.21. Documento presentado en: Sixty-first world health assembly. Geneva: 2008.
30. Smith RD, Correa C, Oh C. Trade, trips and pharmaceuticals. *Lancet*. 2009;373:684-91.
31. World Health Organization. Resolution WHA 61:21. Annex. [internet]. 2008 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: www.who.int.
32. Stiglitz J. Trade agreements and health in developing countries. *Lancet*. 2009;373:363-5.
33. World Health Assembly. Resolution WHA 60.30. Brussels: WHO; 2001.
34. Médecins Sans Frontières. People not getting the treatment they need to stay alive; newer Aids drugs unaffordable and unavailable [internet]. 2006 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en: [http://www.msfaccess.org/media-room/press-releases/press-releasedetail/?tx_ttnews\[tt_news\]=21&Hash=e348dc88fb](http://www.msfaccess.org/media-room/press-releases/press-releasedetail/?tx_ttnews[tt_news]=21&Hash=e348dc88fb).
35. Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, et al. Drug development for neglected diseases. *Lancet*. 2002;359:2188-94.
36. Chirac P, Torreele E. Global framework on essential health R&D. *Lancet*. 2006;367:1560-61.
37. Matthijs G. Patenting genes. *BMJ*. 2004;329:1358-60.
38. Smith RD, Lee K, Drager N. Trade and health: an agenda for action. *Lancet*. 2009;373:768-73.
39. Stiglitz JE. Making globalization work. New York: WW Norton, 2006.
40. PIRIBO. Pharmaceutical market trends, 2007-11: key market forecasts and growth opportunities. London: URCH Publishing; 2007.
41. Smith RD, Lee K, Drager N. Trade and health: an agenda for action. *Lancet*. 2009;373:773.
42. World Health Organization. Proposed Programme Budget 2006-2007 [internet]. 2006, 2008, 2010 [citado: 24 de marzo del 2011]. Disponible en : www.who.int.
43. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2009: Tracking development assistance for health. 2009.
44. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bull World Health Organ*. 2009;87:930-9.
45. Szelezak NA, Bloom BR, Jamison DT, et al. The Global Health System: actors, norms, and expectations in transition. *PLoS Med*. 2010;7:e1000183.
46. McCoy D, Kembhavi G, Patel J, et al. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. *Lancet*. 2009;373:1645-53.
47. United Nations. Millennium Declaration A/RES/55/2. New York: UN; 2000.
48. Naciones Unidas. Resultados de la alianza mundial para alcanzar los objetivos del Milenio. Nueva York: ONU; 2008.