

La globalización de la salud y la desigualdad

[Rafael Vilasanjuan](#)



Fotolia

La agenda de salud global se transforma, se enfrenta a nuevos desafíos. ¿Cómo estar a la altura?

En el momento en que la comunidad internacional evalúa si hemos cumplido los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), lo primero que podemos constatar es que, desde que éstos se definieron, la agenda de salud global ha sufrido una transformación profunda. De aquellas promesas cuya misión era evitar las muertes prevenibles en países de renta baja, el interés ha girado, en poco más de una década, hacia inquietudes mucho más cercanas. Los recortes en los sistemas de salud en los países del Estado de bienestar, la falta de investigación para dar respuesta a la creciente resistencia a antibióticos o el inaccesible precio de los medicamentos innovadores para curar enfermedades como la hepatitis C desvelan una realidad nueva. El mundo iniciaba el siglo XXI con los objetivos de desarrollo más ambiciosos hasta el momento, pero solo unos años después las prioridades han cambiado y ya no hablan únicamente de países pobres, sino de hacer frente también a los excluidos en las economías desarrolladas.

Los Objetivos del Milenio, especialmente en el terreno de la salud global y particularmente en el de las enfermedades infecciosas, no se plantearon como objetivos menores. Tomemos, por ejemplo, el capítulo de mortalidad infantil. El número de niños que no alcanzaba los cinco años de vida se ha reducido enormemente, pasando de 12 millones de muertes anuales en los 90 a la mitad en la actualidad (en 2013 la cifra se cerró en 6,3 millones). Aunque la promesa era recortar las muertes en dos tercios, un objetivo que no se ha alcanzado, considerarlo insuficiente sería injusto.

Algo similar podríamos decir de las tres grandes enfermedades infecciosas. La lucha contra el sida ha logrado estabilizar una curva ascendente de infecciones. En 2010, el número de personas viviendo con el virus del VIH era de unos 34 millones, casi un 20% más de los registrado en 2000, pero este aumento se debe a que los enfermos han dejado de morir. La mortalidad por causas relacionadas con esta enfermedad ha ido disminuyendo significativamente desde que en 2000 alcanzara su máximo en más de dos millones. La lucha contra la malaria también ha registrado un descenso de casi el 30% en el número de víctimas mortales durante la última década. El avance en casi todas las enfermedades infecciosas, incluso en aquellas que consideramos en el epígrafe de desatendidas, ha sido considerable gracias a diversos factores. La irrupción de nueva filantropía, con la Fundación Bill y Melinda Gates a la cabeza, la promoción de nuevos mecanismos de financiación, como el Fondo Mundial contra el sida, la malaria y la tuberculosis, o el desarrollo de la innovación para hacerla accesible a las poblaciones más vulnerables, junto con el compromiso político y en el marco de unos objetivos globales, han sido determinantes.

A pesar de que no hemos cumplido muchas de las promesas ni alcanzado todos los resultados esperados, podemos afirmar que los Objetivos del Milenio han funcionado. La *zanahoria* con la que el motor de desarrollo global arrancó, pese a no alcanzar su recorrido óptimo, ha permitido un progreso sustancial y, con todas sus limitaciones, no hay duda de que hemos asistido a la década más ambiciosa en cuanto a la mejora de la salud global. La cuestión es ahora saber si esos tiempos han pasado.

El cambio epidemiológico

La constatación, al llegar a la meta de esos objetivos, es que los problemas han mutado. El diagnóstico de la salud global ha dejado de distinguir entre un norte rico y un sur pobre. En su último informe, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer anunció que más de 14 millones de personas habían sido diagnosticadas con esta enfermedad en 2012. Lo más sorprendente de esta cifra es que el 57% de los casos se produjo en países de ingreso medio y bajo, un porcentaje que ha crecido con rapidez en las últimas décadas. Hoy, los países pobres concentran dos de cada tres fallecimientos derivados de las patologías cancerígenas -matan a más personas que el sida, la malaria y la tuberculosis juntos-, cuya prevención y tratamiento plantean una serie de complejas preguntas que recuerdan inevitablemente al debate sobre el VIH/sida hace más de 30 años.

La devastación producida por una enfermedad relacionada hasta hace poco con el entorno de las sociedades ricas es una buena ilustración de los retos a los que se enfrenta la salud global en el siglo XXI: las fronteras entre el mundo *desarrollado* y *en desarrollo* se difuminan para dar

lugar a un panorama más complejo en el que la salud *de los pobres* ya no se limita a los riesgos de un parto o a un puñado de enfermedades tropicales.

A medida que el ingreso medio de las naciones tiende a converger, cada Estado se convierte en un pequeño laboratorio que refleja la diversidad del planeta. Las diferencias entre individuos y grupos sociales en el interior de los países ha venido a reemplazar la que antes existía entre regiones del mundo. El lugar o la familia en la que uno nace determina las posibilidades de disfrutar de una salud básica o de evitar lo que los economistas de la salud denominan el “gasto catastrófico” de una enfermedad: el riesgo de que los costes derivados de un tratamiento arruinen al individuo y a su familia y determinen cualquier otro aspecto de sus vidas. Lo curioso es que este desequilibrio que afectaba principalmente a los más vulnerable en países de renta baja se ha trasladado a Occidente. De acuerdo con el académico Martin McKee, en 2007 el 62% de todas las bancarrotas personales que se produjeron en Estados Unidos estaba relacionado directa o indirectamente con los gastos de salud.

Replantearse las variables

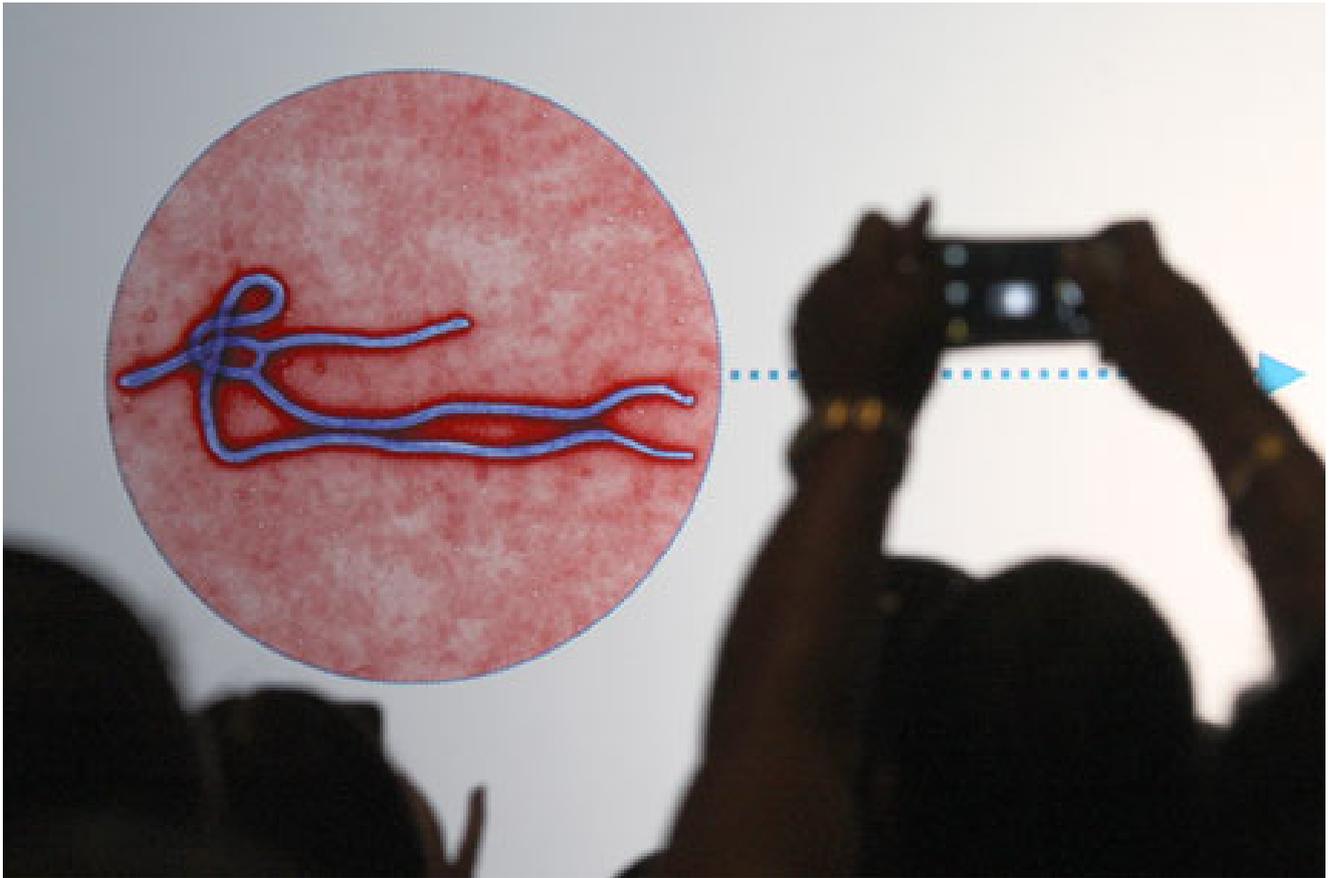


Por ello, las variables que han definido hasta ahora el debate sobre pobreza y salud han perdido parte de su utilidad. Frente a la imposición de valores absolutos, como la renta media

per cápita, las políticas que promueven la salud global deben considerar también la situación relativa en la que se encuentran los diferentes individuos dentro de una sociedad. En primer lugar, se debe tener en cuenta el esfuerzo marginal de alcanzar a las poblaciones que se encuentran en los grupos excluidos y en los quintiles más pobres de la distribución del ingreso, aunque esto se produzca en contextos con un progreso medio razonable e incluso elevado, como es el caso de Europa o Estados Unidos. Desde el deterioro de los servicios de salud de Grecia a la exclusión sanitaria de centenares de miles de personas en situación irregular en Estados Unidos o los inmigrantes en España, la crisis económica y la respuesta planteada por los gobiernos y las instituciones financieras han puesto en jaque el derecho universal a la salud, uno de los fundamentos del Estado de bienestar. Hemos experimentado de forma contundente la idea de que el crecimiento económico forma parte de la ecuación para la mejora del bienestar, pero no la completa: es posible recuperar los indicadores macroeconómicos mientras la pobreza y la inequidad se incrementan. Y eso ya no pasa solo a nivel global, ocurre en el interior de nuestras fronteras y en economías como la española, donde el derecho a una cobertura universal parecía garantizado.

El problema es que no hay modo de garantizar esa protección en ausencia de respuestas comprensivas que consideren la complejidad de las amenazas a las que hace frente la comunidad internacional en este momento. Desde el cambio climático a la innovación farmacéutica, el futuro de la salud global pasa por mecanismos de decisión y financiación que respondan a un orden común de prioridades. Ese mecanismo no existe pero una epidemia relativamente focalizada en África del oeste ha demostrado hasta qué punto es necesario.

Fronteras del ébola



Se ha escrito tanto sobre la salud global que muchas veces es difícil encontrar argumentos capaces de convencer sobre la efectividad de invertir y buscar soluciones a nivel mundial, bienes públicos para hacer frente a los grandes problemas de salud. Pero si una imagen vale más que mil palabras, las que han llegado este año desde Guinea, Liberia y Sierra Leona sobre la epidemia de ébola son de las que hacen saltar por los aires la idea de que la ayuda a los países con un nivel de desarrollo menor es prescindible.

El año 2014, por primera vez en su historia, el Consejo de Seguridad de la ONU aprobaba una misión sanitaria internacional para luchar contra el ébola. Lo mismo que el despliegue de ejércitos para misiones de paz, pero sin armas: médicos, recursos e incluso soldados para dar apoyo logístico y frenar una epidemia llamada a desestabilizar la seguridad mundial. La alarma sobre una enfermedad con un índice de mortalidad elevado, la incapacidad de los Estados afectados para hacerle frente y la rapidez de la expansión del virus llevaron a una reacción internacional. A fin de cuentas, el registro de muertes ha alcanzado a más de 10.000 personas, un porcentaje ínfimo si los comparamos con las 600.000 víctimas anuales de malaria o con los 9 millones de personas que enferman anualmente de tuberculosis. Sin embargo, viajando a la velocidad de cualquiera de los miles de aviones que transitan diariamente desde África a Estados Unidos o Europa, el ébola ha entrado en las venas de Occidente y ha sido el mejor ejemplo de que la salud es global, y que igual de universal debe ser la respuesta para hacer

frente a los problemas.

Como el terrorismo, el cambio climático o las finanzas, las epidemias viajan sin que las fronteras supongan mayor obstáculo. La salud no conoce Estados y aunque en muchos casos sus peores consecuencias afecten a los más vulnerables, la única posibilidad de hacerles frente es a través de respuestas y mecanismos internacionales.

Los nuevos retos

Junto a la globalización de las epidemias, el otro gran desafío son las desigualdades. A medida que nos acercamos al escenario post 2015, la desigualdad en riqueza y en oportunidades en el interior de los países se acelera y se convierte en una prioridad. El argumento para considerar este desequilibrio como eje prioritario del nuevo marco de desarrollo global que se va a acordar en la cumbre de la ONU el próximo septiembre, no es solo una cuestión ética, sobre todo es una necesidad.

En el ámbito de la salud esto es aun más evidente. Sin salud no hay desarrollo y a medida que el gasto se va trasladando desde la responsabilidad pública al bolsillo de quienes tienen los recursos, la desigualdad crece. Ese es el marco en que la salud ha entrado en los futuros Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como una estrategia prioritaria.

De nuevo un compromiso y una oportunidad para posicionar las desigualdades en el centro del debate sobre la salud global y para conseguir el objetivo ambicioso de la Cobertura Universal de Salud y el acceso también universal a la innovación médica y farmacéutica. Una apuesta renovada de la comunidad internacional que ya no habla solo de poblaciones olvidadas en países pobres, sino que extiende los beneficios del desarrollo a países emergentes y economías de ingresos altos donde empieza a haber cada vez más pacientes excluidos.

Como en el marco pasado, no es tan importante lo que acaben fijando los ODS sino la capacidad que tengan de movilizar nuevos recursos, desde medidas fiscales en los países de renta baja y media hasta nuevos fondos para expandir el derecho a la salud, voluntad para transformarlos en reformas políticas tangibles e indicadores que permitan ir comprobando avances. No es un reto fácil. Tampoco lo era hace algo más de una década y en este tiempo, como mínimo, se ha conseguido que la mitad de los niños condenados a no llegar a cumplir los cinco años, sigan con vida, muchos de ellos contribuyendo al desarrollo de sus respectivas sociedades. El ahora se ha hecho global.

Fecha de creación

24 junio, 2015