

MACROECONOMÍA Y SALUD:  
INVERTIR EN SALUD EN PRO DEL  
DESARROLLO ECONÓMICO

«...permítanme decirles que espero que mantengamos una postura clara y enérgica en cuanto al objetivo central de mejorar la salud de los pobres. Puedo ser realista y cínico como el mejor y reconocer todas las razones por las que resulta tan difícil cambiar las cosas. Sin embargo, debemos soñar un poco, sin ir más allá de lo realizable pero tentando sus límites como fuente de inspiración. Considero que somos un importante portavoz en defensa de quienes menos voz tienen hoy en el mundo: los enfermos y los moribundos entre los más pobres de los pobres. Es mucho lo que está en juego. Atrevámonos pues a decir lo que pensemos para sentirnos seguros de haber cumplido nuestra tarea lo mejor posible.»

*Palabras seleccionadas por el editor  
entre la correspondencia electrónica  
intercambiada por Jeffrey Sachs y los  
miembros de la Comisión y otras per-  
sonas involucradas en este empeño.*

Toda información relativa al contenido del informe debe dirigirse a:

Professor Jeffrey D. Sachs  
Center for International Development at Harvard University  
John F. Kennedy School of Government  
79 John F. Kennedy Street  
Cambridge, MA 02138 EE.UU.  
<http://www.cid.harvard.edu>  
[jeffrey\\_sachs@harvard.edu](mailto:jeffrey_sachs@harvard.edu)

Pueden solicitarse ejemplares de la presente publicación a:

Organización Mundial de la Salud  
Comercialización y Difusión  
1211 Ginebra 27, Suiza  
tel.: (41-22) 791 2476  
fax: (41-22) 791 4857  
corr. elect.: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)

MACROECONOMÍA Y SALUD:  
INVERTIR EN SALUD EN PRO DEL  
DESARROLLO ECONÓMICO

INFORME DE LA COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

*Presidida por* JEFFREY D. SACHS, PRESIDENTE

*Entregado a* GRO HARLEM BRUNDTLAND,  
DIRECTORA GENERAL DE LA  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
*el* 20 DE DICIEMBRE DE 2001



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
GINEBRA

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico  
Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud

1.Financiamiento de la salud 2.Inversiones 3.Desarrollo económico  
4.Prestación de atención de salud 5.Pobreza 6.Países en desarrollo  
7.Países desarrollados I.Comisión OMS sobre Macroeconomía y Salud

ISBN 92 4 354550 7 (Clasificación NLM: WA 30)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Mundial de la Salud 2002

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

Este informe recoge la opinión colectiva de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

Impreso en Canadá

*Dirección editorial:* Dra. Dyna Arhin-Tenkorang

*Editora:* Hope Steele

*Diseño y producción:* Digital Design Group, Newton, MA EE.UU.

# CONTENIDO

MACROECONOMÍA Y SALUD: INVERTIR EN SALUD EN PRO DEL DESARROLLO ECONÓMICO .....	VII
NOTA DE AGRADECIMIENTO .....	IX
SINOPSIS .....	I
EL INFORME DE LA COMISIÓN .....	23
<i>Pruebas documentales en materia de salud y desarrollo</i> .....	23
<i>Cauces de influencia de las enfermedades en el desarrollo económico</i> .....	32
<i>Epidemiología de la enfermedad en los países de bajos ingresos</i> .....	43
<i>Hacer frente a la carga de morbilidad</i> .....	47
<i>La pandemia de SIDA</i> .....	52
<i>Niveles de gasto en salud en los países de bajos ingresos</i> .....	58
<i>Movilización de más recursos internos en pro de la salud</i> .....	62
<i>Supresión de las limitaciones no financieras que afectan a los servicios     de salud</i> .....	70
<i>Ubicación del sector sanitario en un contexto más amplio de promoción     de la salud</i> .....	80
<i>La provisión de conocimiento mundial en la lucha contra las enfermedades</i> ...	83
<i>Acceso a los medicamentos esenciales</i> .....	94
<i>Los beneficios macroeconómicos de la ampliación</i> .....	113
<i>Próximas medidas</i> .....	118
<i>Notas</i> .....	121
APÉNDICE I	
PARTICIPANTES, INFORMES Y DOCUMENTOS DE TRABAJO PARA LA COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD .....	143
<i>Participantes</i> .....	143
<i>GT1 Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza</i> .....	146
<i>GT2 Bienes públicos mundiales para la salud</i> .....	147
<i>GT3 Movilización de recursos nacionales para la salud</i> .....	148
<i>GT4 La salud y la economía internacional</i> .....	150
<i>GT5 Mejora de los resultados de salud de los pobres</i> .....	151
<i>GT6 Asistencia al desarrollo y salud</i> .....	152
ESBOZOS BIOGRÁFICOS .....	155
INFORMES Y DOCUMENTOS DE TRABAJO .....	165
<i>Títulos de los informes de los Grupos de Trabajo de la CMS</i> .....	165
<i>Serie de documentos de trabajo</i> .....	165
APÉNDICE 2	
ANÁLISIS DE LOS COSTOS DE AMPLIAR LAS INTERVENCIONES DE SALUD PRIORITARIAS EN LOS PAÍSES DE BAJOS INGRESOS Y UNA SELECCIÓN DE PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS .....	173
<i>Objetivos</i> .....	173
<i>Análisis según la clasificación por ingresos y la clasificación por     enfermedades del comité de asistencia para el desarrollo</i> .....	173
<i>Análisis de las estimaciones de costos por regiones</i> .....	184
<i>Notas</i> .....	191
REFERENCIAS .....	193
<i>Fuentes de datos</i> .....	199
<i>Notas sobre políticas</i> .....	199
GLOSARIO .....	201



# MACROECONOMÍA Y SALUD: INVERTIR EN SALUD EN PRO DEL DESARROLLO ECONÓMICO

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) fue creada por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Gro Harlem Brundtland, en enero de 2000, con el fin de evaluar el lugar que ocupa la salud en el desarrollo económico mundial. Si bien de un modo general se entiende que la salud es un objetivo fundamental del desarrollo, así como un importante resultado de éste, la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y reducir la pobreza se ha valorado en una medida mucho menor. Hemos constatado que ampliar la cobertura de los servicios de salud esenciales destinados a los pobres del mundo, incluido un número relativamente reducido de intervenciones específicas, podría salvar millones de vidas al año, reducir la pobreza, estimular el desarrollo económico y promover la seguridad mundial.

Este Informe propone una nueva estrategia de inversión en salud para fomentar el desarrollo económico, en especial en los países más pobres del mundo, basada en una nueva alianza mundial entre los países en desarrollo y los países desarrollados. Una intervención oportuna y decidida podría salvar un mínimo de ocho millones de vidas *cada año* hasta finales del decenio actual, lo que aumentaría la longevidad, la productividad y el bienestar económico de los pobres. Tal labor requeriría dos iniciativas importantes: por un lado, intensificar considerablemente los recursos destinados en la actualidad al sector de la salud, tanto por los países pobres como por los donantes, y, por otro, tratar de encontrar una solución a los obstáculos no financieros que han limitado la capacidad de los países pobres para prestar servicios sanitarios. Creemos que la inversión adicional en salud, que exigiría que los donantes aportaran aproximadamente la décima parte del uno por ciento de su renta nacional, se recuperaría con creces en los millones de vidas salvadas cada año, el aumento del desarrollo económico y el fortalecimiento de la seguridad mundial. Es más, sin dicho esfuerzo concertado no podrá cumplirse con los compromisos del mundo para mejorar las vidas de los pobres, recogidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En muchos aspectos, la magnitud del aumento de esas medidas refleja el ínfimo nivel de renta de los países interesados, el consiguiente mísero nivel del gasto en salud de esos países, y el costo necesario para que el gasto en salud alcance siquiera un nivel mínimamente adecuado. Dado que un programa tan ambicioso no puede emprenderse únicamente en el sector de la salud, este Informe subraya la importancia de que se amplíe el alcance de las medidas de ayuda a los países más pobres del mundo en términos más generales. A nuestro parecer esto reviste una gran importancia en el momento actual, habida cuenta de la mayor sensibilización respecto de la necesidad de abordar las tensiones y desigualdades de la globalización.

Exhortamos a la comunidad mundial a que preste atención a las posibilidades de acción durante el próximo año, mediante la puesta en marcha de un proceso destinado a aumentar de un modo tajante el acceso de los pobres del mundo a los servicios de salud básicos. Si se toman decisiones enérgicas en 2002, podrá entablarse en el mundo una alianza de trascendencia extraordinaria entre los ricos y los pobres, que ofrezca el regalo de la propia vida a millones de desposeídos en el mundo, y demuestre a los que dudan, que la globalización puede, de hecho, beneficiar a toda la humanidad.

Noviembre de 2001

Jeffrey D. Sachs, Presidente

Isher Judge Ahluwalia

K. Y. Amoako

Eduardo Aninat

Daniel Cohen

Zephirin Diabre

Eduardo Doryan

Richard G. A. Feachem

Robert Fogel

Dean Jamison

Takatoshi Kato

Nora Lustig

Anne Mills

Thorvald Moe

Manmohan Singh

Supachai Panitchpakdi

Laura Tyson

Harold Varmus





## NOTA DE AGRADECIMIENTO

Los miembros de la Comisión deseamos dar las gracias a la Directora General de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, por la visión de futuro que ha demostrado creando la Comisión y respaldando activamente su trabajo. Todos los Presidentes de los Grupos de Trabajo nos brindaron una ayuda de vital importancia, por lo que los miembros de la Comisión deseamos reconocer la extraordinaria labor de los Presidentes Isher Judge Alhuwalia, George Alleyne, Kwesi Botchwey, Daniel Cohen, Zephirin Diabre, Richard Feachem, Prabhat Jha, Chris Lovelace, Anne Mills, Carin Norberg y Alan Tait. En la OMS, también los directores ejecutivos y los asesores principales sobre políticas de la Directora General hicieron aportaciones de inestimable valor. La Comisión se siente en deuda con los integrantes de los Grupos de Trabajo y los autores de los documentos solicitados, cuyos nombres figuran en la Nota de agradecimiento. Dyna Arhin-Tenkorang cumplió cualificadamente su misión como Economista Principal y Ayudante Especial del Presidente. Centenares de personas de todo el mundo nos brindaron asistencia técnica y ayuda en la preparación del Informe; de entre las muchas que dedicaron a ello largas horas, deseamos manifestar nuestro particular agradecimiento a Peter Heller, Paul Isenman, Inge Kaul y Susan Stout.

La Secretaría de la OMS, dirigida por Sergio Spinaci, con la competente ayuda de Eveline Coveney, Aquilina John-Mutaboyerwa y Elisa Pepe, apoyó eficazmente todos los aspectos del Proyecto. Los miembros de la Comisión desean también agradecer a Hope Steele y Marc Kaufman su ayuda en la preparación del Informe para su publicación.

La Comisión manifiesta su reconocimiento por el respaldo económico recibido de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Gran Ducado de Luxemburgo, el Gobierno de Irlanda, el Gobierno de Noruega, la Fundación Rockefeller, el Gobierno de Suecia y la Fundación de las Naciones Unidas.



## SINOPSIS

La tecnología y la política han impulsado un acercamiento sin precedentes entre los países del mundo. Los beneficios potenciales de la globalización son enormes, como resultado de la creciente puesta en común de ideas, de culturas, de tecnologías capaces de salvar la vida y de procesos de producción eficientes. Sin embargo, la globalización está en tela de juicio, en parte porque estos beneficios todavía no llegan a cientos de millones de pobres del mundo, y en parte porque el proceso genera nuevos desafíos internacionales, ya que el desorden en una parte del mundo puede extenderse rápidamente a otras por la vía del terrorismo, de los conflictos armados, del deterioro medioambiental o de las enfermedades, como ha demostrado la espectacular propagación del SIDA por todo el mundo en una sola generación.

Los líderes políticos del mundo han reconocido esta interdependencia mundial en solemnes compromisos de mejorar las vidas de los pobres del mundo para el año 2015. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000, reclaman una reducción drástica de la pobreza e importantes mejoras en la salud de los pobres. Es factible alcanzar estos objetivos, pero el proceso dista mucho de ser automático; en efecto, si seguimos por ese camino, una importante proporción de los pobres del mundo no los alcanzará. Para lograr los ODM se requerirá firmeza en el propósito, determinación política y un flujo de recursos suficiente, constante y bien orientado desde los países de altos ingresos a los de bajos ingresos.

La importancia de los ODM en materia de salud es, en cierto sentido, evidente. Mejorar la salud y la longevidad de los pobres es un fin en sí mismo, un objetivo fundamental del desarrollo económico. Pero es también un *medio* de lograr los restantes objetivos de desarrollo relacionados con la reducción de la pobreza. Los lazos que vinculan a la salud con la reducción de la pobreza y con el crecimiento económico a largo plazo son mucho más sólidos de lo que suele creerse. En algunas regiones de bajos ingresos, en particular del África subsahariana, la carga de morbilidad representa un freno radical al crecimiento económico, por lo que debe ser objetivo prioritario de toda estrategia integral de desarrollo. La pandemia de SIDA constituye un desafío excepcional, de una urgencia y una intensidad sin precedentes. Si no se le dedican esfuerzos mucho mayores, puede, por sí sola, frustrar el

desarrollo de África a lo largo de la próxima generación, y causar decenas de millones de muertes en la India, China y otros países en desarrollo.

Nuestro Informe se centra fundamentalmente en los países de bajos ingresos y en las poblaciones pobres de los países de ingresos medios.<sup>1</sup> Los países de bajos ingresos, con 2500 millones de habitantes—y en particular los del África subsahariana, que albergan a 650 millones—tienen una esperanza de vida mucho más baja y una mortalidad ajustada a la edad mucho más elevada que el resto del mundo, como se muestra en el cuadro 1. Lo mismo cabe decir de las poblaciones pobres en los países de ingresos medios, como China. Para reducir esas tasas de mortalidad asombrosamente altas siguen siendo prioridades máximas de salud pública la lucha contra las enfermedades transmisibles y la mejora de la salud maternoinfantil. Las principales causas evitables de muerte en los países de bajos ingresos son el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis (TB), las infecciones infantiles, las enfermedades maternas y perinatales, las deficiencias de micronutrientes y las afecciones relacionadas con el tabaquismo. Si se lograra el control de estos problemas y se combinara con programas mejorados de planificación familiar, las familias pobres no sólo podrían disfrutar de vidas más largas, más sanas y más productivas, sino que, sabedores de que sus hijos sobrevivirán, optarían por tener una descendencia menos numerosa y, por tanto,

**Cuadro 1.** ESPERANZA DE VIDA Y TASAS DE MORTALIDAD DE LOS PAÍSES POR CATEGORÍAS DE DESARROLLO (1995–2000)

Categoría de desarrollo	Población (millones en 1999)	Ingresos anuales medios (US\$)	Esperanza de vida al nacer (años)	Mortalidad de menores de 1 año (defunciones antes del primer año de vida por 1000 nacidos vivos)	Mortalidad de menores de 5 años (defunciones antes del quinto año de vida por 1000 nacidos vivos)
Países menos adelantados	643	296	51	100	159
Otros países de bajos ingresos	1 777	538	59	80	120
Países de ingresos medios-bajos	2 094	1 200	70	35	39
Países de ingresos medios-altos	573	4 900	71	26	35
Países de ingresos altos	891	25 730	78	6	6
<i>Nota:</i> África subsahariana	642	500	51	92	151

*Fuente:* Informe sobre Desarrollo Humano 2001, cuadro 8, y cálculos de la CMS basados en los indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2001.

podrían invertir más en la educación y la salud de cada hijo. Algunos de esos trastornos representan una carga especialmente gravosa para las mujeres, por lo que se acrecentaría mucho el bienestar de la población femenina. Las mejoras en materia de salud se traducirían en mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menor crecimiento de la población.

Aunque nuestro Informe se centra fundamentalmente en las enfermedades transmisibles y en la salud materna y perinatal, las enfermedades no transmisibles (ENT) revisten también gran importancia para todos los países en desarrollo; en muchos países de ingresos medios ya se ha reducido significativamente la mortalidad por enfermedades transmisibles, por lo que se tiende a conceder prioridad máxima a las ENT. Muchas enfermedades no transmisibles, como las afecciones cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades mentales y los cánceres, pueden tratarse eficazmente mediante intervenciones relativamente baratas, en particular acciones preventivas relacionadas con el régimen alimenticio, el consumo de tabaco y el modo de vida.<sup>2</sup> Es preciso que como complemento de nuestra perspectiva mundial de las prioridades cada país analice sus propias prioridades de salud, basándose en datos epidemiológicos detallados y en permanente actualización. Nuestra defensa de los sistemas de salud orientados a los resultados entraña también una considerable capacidad para afrontar diversas cuestiones que no se detallarán en el presente Informe, como la atención a bajo costo de las enfermedades mentales, la diabetes y el infarto de miocardio. Los datos también inducen a pensar que las medidas necesarias para ampliar la cobertura del sistema de salud a las enfermedades transmisibles y la salud reproductiva mejorarán asimismo la atención dispensada a las ENT.<sup>3</sup>

Es muy común que se juzguen erróneamente las posibilidades de alcanzar los ODM en los países de bajos ingresos. A un lado del debate se sitúan los optimistas, para quienes los objetivos en materia de salud se las arreglarán por sí solos, por tratarse de consecuencias en gran medida automáticas del crecimiento económico. Ante tasas de mortalidad de 159 por 1000 nacimientos en los menores de 5 años de los países menos desarrollados, comparadas con 6 por 1000 nacimientos en los países de ingresos altos,<sup>4</sup> estos optimistas despreocupados dan por hecho que la convergencia de la mortalidad de los países de bajos ingresos hacia la de los países ricos es sólo cuestión de tiempo. Esto es falso por dos razones. En primer lugar, la carga de morbilidad, por sí misma, ralentizará el crecimiento económico que se supone debería resolver los problemas de salud; en segundo lugar, el crecimiento económico es importante, pero dista mucho de ser suficiente. Los indicadores de salud varían ampliamente para el mismo nivel de ingresos. Los datos indican que 73 países están muy lejos de cumplir los ODM para

la tasa de mortalidad de lactantes, y lo mismo ocurre en 66 países con la tasa de mortalidad infantil.<sup>5</sup> La carga de morbilidad sólo puede reducirse al nivel de los ODM si existe una estrategia mundial concertada para ampliar el acceso de los pobres del mundo a los servicios de salud esenciales.

Al otro lado del debate se sitúan los pesimistas, que infravaloran los importantes avances logrados por la mayoría de los países de bajos ingresos en materia de salud (con la notable excepción del VIH/SIDA) y consideran que la elevada carga de morbilidad que en ellos persiste es consecuencia de la corrupción y destrucción irreparable de sus sistemas de salud y de que esos países son pobres y están mal gobernados. También en esta opinión hay falta de comprensión y exageraciones. Los datos epidemiológicos transmiten un mensaje de suma importancia: la mayor parte de la carga de morbilidad es consecuencia de un número relativamente pequeño de enfermedades identificables, para cada una de las cuales existen diversas intervenciones sanitarias que pueden mejorar espectacularmente la salud y reducir las muertes por su causa. El problema es que estas intervenciones no llegan a los pobres del mundo. Algunas de las razones son la corrupción, la mala gestión y la debilidad del sector público, pero en la inmensa mayoría de los países se trata de un impedimento más básico y remediable: los pobres carecen de recursos económicos para costear la cobertura de estas intervenciones esenciales, al igual que sus gobiernos. En muchos casos no se han modificado los programas de salud pública para orientarlos hacia las enfermedades e intervenciones en las que se hace hincapié en el presente Informe.

La recomendación fundamental de la Comisión es que los países de ingresos bajos y medios, en asociación con los países de ingresos altos, amplíen el acceso de los pobres del mundo a los servicios de salud esenciales y presten especial atención a intervenciones específicas. Los países de ingresos bajos y medios se comprometerían a aportar más recursos económicos internos, liderazgo político, transparencia y sistemas que propicien la participación y la responsabilización de la comunidad, para garantizar que unos sistemas de salud convenientemente financiados puedan operar con eficacia y se dediquen a atender los problemas de salud más importantes. Al mismo tiempo, los países de ingresos altos se comprometerían a brindar una ayuda financiera mucho mayor, en forma de subvenciones, especialmente a los países necesitados de ayuda más urgente, y que se concentran en el África subsahariana. *Acordarían que la falta de fondos de donantes no debe ser el factor que limite la capacidad para prestar servicios de salud a los pueblos más pobres del mundo.*

La alianza tendría que avanzar paso a paso, mediante acciones que crearan en los países de bajos ingresos las condiciones aptas para la finan-

ciación por donantes, al tiempo que, por su parte, una amplia financiación por donantes crearía la realidad económica para un sistema de salud de cobertura mucho más amplia y mayor eficacia. El programa común estaría sometido a frecuentes revisiones, evaluaciones, verificaciones y correcciones durante el proceso. El problema del huevo y la gallina que se plantea al decidir qué debe llegar antes, si la reforma o la financiación por donantes, dejaría de existir, ya que donantes y receptores reconocerían con franqueza que en cada paso son necesarios tanto la financiación como la reforma, y que ambos deben basarse en una colaboración intensiva de los socios. En los países de ingresos medios-bajos con grandes concentraciones de población pobre, una tarea primordial de los gobiernos nacionales sería la de movilizar recursos adicionales para financiar las intervenciones prioritarias que garanticen la cobertura de los pobres en estas sociedades.

El compromiso de grandes recursos financieros suplementarios para la salud, tanto nacionales como internacionales, es una condición necesaria para ampliar la cobertura de las intervenciones sanitarias, pero la Comisión reconoce que no será suficiente. La experiencia demuestra sin lugar a dudas que, para lograr el éxito, son decisivos los compromisos políticos y administrativos contraídos tanto por los donantes como por los receptores. La construcción de sistemas de salud que respondan a las necesidades de sus clientes requiere la adopción de decisiones difíciles en el plano político y exigentes en el administrativo, sobre todo para las poblaciones pobres y de difícil acceso. Algunas cuestiones, como los compromisos respectivos con las necesidades de salud de los ricos y los pobres, están vinculadas al sector de la sanidad. Otras, como el correcto funcionamiento del presupuesto del sector público y de los sistemas de adquisiciones, o la existencia de una supervisión eficaz y una responsabilización local de la prestación de los servicios públicos, son cuestiones que pertenecen al campo de la gestión pública. Todas ellas radican a su vez en cuestiones más generales relacionadas con la gestión, los conflictos y la importancia relativa del desarrollo y de la reducción de la pobreza en las prioridades nacionales.

La Comisión reconoce la importancia de estos y otros impedimentos, y los aborda en profundidad en varios lugares del presente Informe. Para que la iniciativa tenga éxito es necesario un liderazgo político sólido, así como el compromiso de los países que pueden aportar recursos y de los países en desarrollo, tanto en los sectores público y privado como en la sociedad civil. Es preciso que se genere un clima de sinceridad, confianza y respeto en las interacciones entre los donantes y los receptores. Para lograr el éxito se requieren esfuerzos especiales justamente en los ámbitos en los que las condiciones de salud son más preocupantes y el sector público es

débil. La ayuda de los donantes debe estar disponible rápidamente para ayudar a superar estos impedimentos, si bien en los países que no tienen voluntad de hacer un esfuerzo serio o utilizan indebidamente los fondos, la prudencia y la credibilidad dictan que no se aporte ayuda económica a gran escala. Aun así, los datos indican que también en esos países la ayuda de los donantes puede ser muy útil, porque desarrolla la capacidad local e impulsa la participación de la sociedad civil y las ONG. Este objetivo constituye un desafío imponente, pero cuya importancia estratégica es mayor que nunca. Los gobiernos y líderes que fomenten y respalden estas acciones estarán suministrando un antídoto específico para la desesperación y el odio que la pobreza puede engendrar.

La Comisión ha trabajado intensamente para analizar si los países de bajos ingresos podrían financiar los sistemas de salud con sus propios recursos si suprimieran gastos innecesarios en materia de salud y otras esferas. Los resultados son claros: *la pobreza en sí impone un impedimento económico esencial, aunque el despilfarro existe y debe solucionarse*. No cabe duda de que los países pobres deben mejorar la gestión del sector de la salud, revisar el equilibrio actual entre sus diversos programas y allegar recursos nacionales para la salud dentro de sus limitadas posibilidades. Creemos que es factible, por término medio, que los países de ingresos bajos y medios aumenten el desembolso en salud con cargo al presupuesto en un 1% del PNB para el año 2007 y en un 2% para 2015 con respecto a los niveles actuales, aunque estas previsiones podrían pecar de optimistas, dada la intensa competencia por el reparto de los escasos recursos públicos. Los países de ingresos medios y bajos podrían también hacer más para que el gasto público y privado actual sea más equitativo y eficaz. El gasto público debería estar mejor orientado hacia los pobres, y habría que basar las prioridades en los datos epidemiológicos y económicos. Se dan las condiciones para que, en algunos casos, el gasto privado directo sea sustituido por sistemas de pago previo financiados por la comunidad. Aun así, en la economía de los países de ingresos bajos persiste un desfase entre medios y necesidades que sólo los donantes pueden reducir, si es que queremos abrigar alguna esperanza de alcanzar los ODM.

En la mayor parte de los países de ingresos medios, el gasto medio por persona en salud es ya suficiente para que toda la población tenga cubiertas las intervenciones esenciales. Sin embargo, esta cobertura no llega a muchos de los pobres. La exclusión se concentra a menudo por regiones (p. ej., las zonas rurales de China occidental y el nordeste del Brasil), o en minorías étnicas y raciales. Por los motivos que sean, el gasto público en salud no cubre suficientemente las necesidades de los pobres. A ello se suma



el hecho de que muchos países de ingresos medios dispensan una protección económica insuficiente a grandes segmentos de su población, por lo que los gastos médicos imprevistos empobrecen a muchas familias. Dadas las adversas consecuencias de la mala salud para el desarrollo económico general y la reducción de la pobreza, apremiamos enérgicamente a los países de ingresos medios a que emprendan reformas fiscales y organizacionales para garantizar la cobertura de toda la población en intervenciones de salud prioritarias.<sup>6</sup> Creemos también que el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, a través del financiamiento no concesionario, pueden ayudar a estos países a llevar a cabo una transición plurianual hacia la cobertura universal para los servicios de salud esenciales.

La Comisión analizó los datos relativos a los requisitos organizacionales de la ampliación de la cobertura asistencial, así como algunos de los obstáculos fundamentales que será preciso superar. Afortunadamente, las intervenciones esenciales destacadas en el presente Informe no suelen comportar grandes exigencias técnicas. Pocas de ellas requieren hospitales; la mayor parte pueden dispensarse en centros de salud, en instalaciones de menor tamaño que denominamos puestos de salud, o mediante servicios periféricos con base en estas instalaciones. Al conjunto de todas ellas lo denominamos sistema *cercano al cliente* (CAC), y debería considerarse prioritario para generalizar el acceso a estas intervenciones. Establecer un sistema CAC eficaz no es una tarea nimia. Reviste una importancia decisiva el liderazgo nacional, combinado con la capacidad y la responsabilización a nivel local. Este proceso exigirá nuevos compromisos políticos, mayor capacidad de organización y supervisión tanto en las instancias locales como superiores, y más transparencia en los presupuestos y los servicios públicos, todo ello respaldado por más fondos. Éstos, a su vez, deben basarse en un sólido sistema de supervisión y acción a nivel comunitario, para poder responder a las necesidades de los pobres, para lograr que los servicios locales puedan responsabilizarse y para contribuir a que las familias se beneficien plenamente de los servicios dispensados.

Algunas iniciativas mundiales recientes de lucha contra la morbilidad, como las relativas a la tuberculosis, la lepra, la dracunculosis y la enfermedad de Chagas, se han mostrado muy eficaces en la prestación de intervenciones de calidad y, en algunos casos, han logrado modificar actitudes y comportamientos en determinadas situaciones muy difíciles de grandes zonas geográficas. Una característica importante de estas iniciativas es la incorporación de sistemas rigurosos de vigilancia, evaluación, notificación y control financiero, como mecanismos para velar por que se cumplan los objetivos, se detecten y corrijan los problemas, y se mantenga la plena

responsabilidad contable de los recursos. El resultado es un corpus cada vez más nutrido de datos relativos tanto a los progresos logrados como a las estrategias operacionales y de gestión que contribuyen al éxito. Las enseñanzas extraídas de estas experiencias pueden aportar orientaciones operacionales útiles, en especial para la prestación de intervenciones en el nivel cercano al cliente.

En la mayor parte de los países, el sistema CAC consistiría en una combinación de proveedores de servicios de salud estatales y no estatales, con un financiamiento garantizado por el Estado. Éste puede ser propietario directo de las unidades de servicios y encargarse de su funcionamiento, o bien contratar los servicios con proveedores comerciales o sin ánimo de lucro. En los últimos años, los sistemas públicos de salud de los países pobres han sido tan débiles, y su financiación tan escasa, que ha surgido un importante sector sanitario extraestatal basado en la práctica privada, en proveedores afiliados a organizaciones religiosas y en organizaciones no gubernamentales. Esta diversidad de proveedores es útil para que exista competencia, y una válvula de seguridad ante un eventual fracaso del sistema público. Es también un hecho consumado en casi todos los países pobres.

Una estrategia mundial firme en pro de la salud invertirá también en nuevos conocimientos. Una esfera crítica de inversión en conocimiento es la investigación operacional de los protocolos de tratamiento en los países de bajos ingresos.<sup>7</sup> Nos queda todavía mucho que aprender acerca de lo que realmente funciona, y por qué o por qué no, en muchas zonas de bajos ingresos, especialmente allí donde hasta la fecha no se han utilizado o documentado intervenciones. Incluso cuando las tecnologías básicas de control de la morbilidad están claras y son aplicables a toda la población, cada entorno local plantea problemas especiales de logística, cumplimiento, dosificación, dispensación y formulación de medicamentos que deben resolverse por medio de investigaciones operacionales a nivel local. Recomendamos que, por regla general, los proyectos específicos para cada país destinen al menos el 5% de los recursos a la investigación operacional del proyecto, con objeto de analizar la eficacia, la optimización de los protocolos de tratamiento, los aspectos económicos de otras intervenciones posibles, las modalidades de dispensación y las preferencias de la población o de los pacientes.

Existe también una necesidad apremiante de inversiones en tecnologías nuevas y mejoradas para combatir las enfermedades mortales. Los recientes avances en genómica, por ejemplo, nos acercan mucho más a las tan esperadas vacunas contra el paludismo, la tuberculosis y el VIH/SIDA. Aun así, la investigación científica sigue siendo compleja, y los resultados inciertos. Los datos llevan a augurar para las inversiones en investigación importantes

rendimientos sociales que van mucho más allá de los niveles actuales. Se consigan o no vacunas eficaces, se necesitarán sin duda nuevos medicamentos, dado el incesante aumento de cepas patógenas farmacorresistentes. Por consiguiente, la Comisión reclama un incremento importante de los fondos para investigación y desarrollo (I+D) a escala mundial en el terreno de las enfermedades que abruma a las poblaciones pobres. Concedemos especial atención a las que se concentran masivamente en los países pobres. Los mercados de los países ricos ofrecen pocos incentivos para que la I+D cubra los casos relativamente infrecuentes de estas enfermedades que se producen en ellos.<sup>8</sup> Insistimos, asimismo, en la necesidad de investigar en salud reproductiva, por ejemplo, en nuevos fármacos capaces de bloquear la transmisión del VIH/SIDA y en mejores medidas de diagnóstico y tratamiento para los problemas obstétricos potencialmente mortales.

También se necesitan mayores inversiones en otras esferas de conocimiento. Es preciso impulsar la investigación fundamental y aplicada en ciencias biomédicas y de la salud en los países de bajos ingresos, así como la I+D orientada a determinadas enfermedades. Debe mejorar mucho el estado de los conocimientos epidemiológicos (es decir, quién sufre y muere y de qué enfermedades) mediante el perfeccionamiento de los sistemas de vigilancia y de notificación.<sup>9</sup> En salud pública, este conocimiento es uno de los instrumentos más importantes para un control eficaz de las enfermedades. También es acuciante la necesidad de un sistema de vigilancia en el caso de muchas ENT, incluidos los trastornos mentales, los efectos de la violencia y los accidentes, y el rápido aumento de las enfermedades relacionadas con el tabaco y la alimentación y la nutrición. Por último, necesitamos un sistema mucho mejor de asesoramiento y formación en los países de ingresos bajos, para que los frutos de la experiencia de un país puedan transferirse a cualquier otro. La difusión internacional de los nuevos conocimientos y de las «prácticas óptimas» es uno de los instrumentos clave en la ampliación de la cobertura, una responsabilidad fundamental de instituciones como la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, y un objetivo que hoy día se consigue más fácilmente por métodos de bajo costo accesibles a través de Internet.

La lucha contra las enfermedades exige no sólo recursos financieros, una tecnología suficiente y el compromiso político, sino también una estrategia, líneas operacionales de responsabilización y la capacidad de aprender mientras se avanza. Por ello, la Comisión dedicó un importante esfuerzo a analizar las bases organizacionales de una ampliación masiva de las intervenciones de salud en los países de bajos ingresos, financiada por donantes. Empezamos por tomar nota de las modificaciones que será necesario realizar

sobre el terreno en los propios países. Al fin y al cabo, las intervenciones esenciales en materia de salud se prestan en las comunidades donde viven las personas pobres. Por consiguiente, la ampliación de la cobertura debe comenzar por la organización del sistema de prestación de servicios CAC a nivel local. El papel de la participación comunitaria y, en términos más generales, de la movilización de una amplia alianza de los sectores públicos y privados y de la sociedad civil, reviste aquí una importancia decisiva. El sistema CAC también debería estar respaldado por programas nacionales de lucha contra algunas enfermedades importantes, como el paludismo, el VIH/SIDA y la tuberculosis. Estos programas con objetivos concretos ofrecen importantes ventajas cuando se integran adecuadamente en la prestación de servicios de salud comunitarios, porque movilizan a personal experto no disponible en el nivel comunitario y activan la atención y la financiación públicas, las energías políticas y la responsabilización pública para lograr resultados concretos.

Dado que la ampliación exigirá un aumento significativo de la financiación internacional, es fundamental crear una alianza eficaz de países donantes y receptores, basada en la confianza mutua y el desempeño. En este contexto, los mecanismos de la financiación por donantes deben cambiar; es ésta una cuestión que el sistema internacional ha reconocido en los últimos tres años con la instauración creativa de un nuevo marco para la reducción de la pobreza denominado *Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP)*.<sup>10</sup> Los primeros resultados del proceso DELP son prometedores, por lo que la Comisión respalda la iniciativa.<sup>11</sup> Un ataque concertado contra las enfermedades, siguiendo las líneas que recomendamos, ayudará a garantizar el éxito de este nuevo enfoque de las relaciones entre donantes y receptores. Los puntos fuertes del DELP son: 1) condonación de la deuda en mayor grado, 2) liderazgo de los países en la preparación de la estrategia nacional, 3) incorporación explícita de la sociedad civil a cada paso del proceso, 4) una estrategia integral para la reducción de la pobreza, y 5) mejor coordinación de los donantes en apoyo de los objetivos de los países. Todos estos puntos son pertinentes y, en realidad, vitales para el éxito de la iniciativa en pro de la salud planteada aquí. Para obtener los beneficios potenciales del marco DELP, los países deben trazar un esquema de financiación y un plan de inversión sostenibles para el sector sanitario como parte integrante del proceso DELP en el campo de la salud.

Aunque abogamos por un importante aumento de las inversiones en el propio sector de la salud, subrayamos la necesidad de que se realicen inversiones complementarias en esferas que tienen una repercusión importante en la reducción de la pobreza (incluidos los efectos en la salud), es

decir, la educación, el abastecimiento de agua, el saneamiento y las mejoras en el sector agrícola. La educación, por ejemplo, es un determinante clave del estado de salud, al igual que la salud lo es del estado de educación. Las inversiones en estos diversos sectores alcanzan su máxima eficacia cuando se realizan de manera combinada, aspecto destacado por el proceso DELP; no obstante, la Comisión no ha efectuado estimaciones de costos fuera del sector de la salud.<sup>12</sup>

En el contexto del DELP, la Comisión recomienda que cada país del mundo en desarrollo encomiende la organización y dirección del proceso de ampliación a una Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud (CNMS) transitoria, o su equivalente, presidida conjuntamente por los ministerios de salud y economía, y a la que se incorporarían representantes clave de la sociedad civil.<sup>13</sup> Cada CNMS evaluaría las prioridades nacionales en materia de salud, establecería una estrategia plurianual para ampliar la cobertura de los servicios de salud esenciales, tendría en cuenta las sinergias con otros sectores clave productores de salud y aseguraría la coherencia mediante un sólido marco de política macroeconómica. El plan se basaría en un aporte muy acrecentado de subvenciones internacionales. Las Comisiones Nacionales trabajarían con la OMS y el Banco Mundial para trazar una referencia epidemiológica, objetivos operacionales cuantificados y un plan de financiación a medio plazo. Las Comisiones deberían completar su trabajo en dos años, para finales del 2003.

Recomendamos que cada país defina un programa general de «intervenciones esenciales» cuya cobertura universal deberá garantizarse con fondos públicos (y de donantes). Proponemos que se sigan cuatro criterios principales para seleccionar estas intervenciones esenciales: 1) deberán ser técnicamente eficaces y podrán aplicarse con éxito; 2) irán dirigidas contra enfermedades muy onerosas para la sociedad, tanto en términos de afecciones individuales como de consecuencias sociales (tales como epidemias y efectos adversos sobre la economía); 3) los beneficios sociales deberán superar a los costos de las intervenciones (incluyendo en dichos beneficios los años de vida ganados y los efectos indirectos, como un menor número de huérfanos o un crecimiento económico más rápido); y 4) deberán conceder especial atención a las necesidades de los pobres.

Estimamos que, para el año 2010, podrían salvarse en principio alrededor de ocho millones de vidas *cada año*—la mayoría en países de bajos ingresos—gracias a las intervenciones esenciales frente a enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales recomendadas en el presente Informe.<sup>14</sup> La Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) estimó los costos de esta cobertura ampliada<sup>15</sup> (incluidos los costos generales correspondientes

a la ampliación y supervisión del sistema) para todos los países con un PNB por habitante inferior a US\$ 1200 en 1999 y para los restantes países del África subsahariana con una renta superior a US\$ 1200 (en el cuadro A2.B figura una lista de países).<sup>16</sup> El desembolso total en salud para este grupo de países aumentaría en US\$ 57 000 millones anuales para el año 2007 y en US\$ 94 000 millones para 2015 (cuadro A2.3). Los países incluidos en el conjunto comprometerían otros US\$ 35 000 millones anuales para el año 2007 y US\$ 63 000 millones anuales para 2015.<sup>17</sup> Los países donantes, por su parte, aportarían subvenciones adicionales de US\$ 22 000 millones anuales para el año 2007 y de US\$ 31 000 millones anuales para 2015 (cuadro A2.6).<sup>18</sup> En la actualidad, la ayuda oficial para el desarrollo (AOD) gira en torno a los US\$ 6000 millones.<sup>19</sup> El desembolso total de los donantes, incluidos tanto los programas nacionales como la provisión de bienes públicos mundiales, sería de US\$ 27 000 millones en 2007 y de US\$ 38 000 millones en 2015. Esta mayor contribución de los donantes al financiamiento de la salud vendría a sumarse a los actuales flujos generales de ayuda, ya que ésta debería incrementarse en muchas esferas, no sólo en el sector de la salud.

La mayor parte de lo aportado por los donantes se destinaría a los países menos adelantados, que son los más necesitados de subvenciones para ampliar la cobertura de los servicios de salud. Para estos países, el desembolso total en materia de salud aumentaría en US\$ 17 000 millones anuales para 2007 y en US\$ 29 000 millones anuales para 2015. Sin embargo, dados los ingresos sumamente bajos de estos países, la movilización de recursos internos apenas cubriría las necesidades y aumentaría en US\$ 4000 millones para el año 2007 y en US\$ 9000 millones para 2015. La diferencia quedaría cubierta por los donantes, con subvenciones equivalentes a US\$ 14 000 millones anuales en 2007 y a US\$ 21 000 millones anuales en 2015. Señalamos también que, desde el punto de vista regional, África recibiría la mayor proporción de la ayuda de los donantes, lo cual refleja tanto la pobreza del continente como la elevada prevalencia de enfermedades. La prevención y el tratamiento del SIDA representarían aproximadamente la mitad del costo total de la ampliación.<sup>20</sup>

Para comprender estas sumas resulta instructivo considerar los costos de las intervenciones de salud por habitante. Como promedio, el conjunto de las intervenciones esenciales cuesta unos US\$ 34 por persona y año, una suma realmente modesta, sobre todo si se compara con el gasto medio en salud por habitante en los países de ingresos altos, que asciende a más de US\$ 2000 anuales. Los países menos desarrollados podrán movilizar aproximadamente US\$ 15 por persona y año para el año 2007 (casi el 5% de los

ingresos por habitante). Por consiguiente, la diferencia es de US\$ 19 por persona y año. Dado que en 2007, los países menos desarrollados albergarán a 750 millones de personas, la diferencia total será de unos US\$ 14 000 millones. Los demás países de ingresos bajos pueden movilizar alrededor de US\$ 32 por persona como promedio (también en este caso aproximadamente el 5% de los ingresos por habitante). Algunos de estos países precisarán de la ayuda de donantes para llegar a los US\$ 34 necesarios por persona, y otros no. En los restantes países de bajos ingresos vivirán en conjunto unos 2000 millones de personas en el año 2007 y, considerando los países individualmente, necesitarán como promedio unos US\$ 3 por habitante para cubrir la diferencia, por lo que la ayuda necesaria procedente de donantes se elevará en total a US\$ 6000 millones aproximadamente. Los países de ingresos medios-bajos necesitarán US\$ 1500 millones más, sobre todo para cubrir los altos costos del SIDA.

Es importante considerar el conjunto de lo aportado por los donantes en su justa medida. Aunque la ayuda necesaria en pro de la salud es mucho mayor que la brindada actualmente por los países donantes, sólo representaría en torno al 0,1% del PNB de éstos, lo que deja un amplio margen para que la ayuda de los donantes aumente de forma importante en otras esferas, según se necesite. Insistimos en que el aumento de los aportes para la salud debe ser complementario de los actuales flujos de ayuda, ya que, efectivamente, se necesitará más ayuda no sólo en salud, sino también en educación, saneamiento, abastecimiento de agua y otros conceptos. Asimismo, aunque los flujos de los países donantes parecen grandes en comparación con el gasto actual en salud, sobre todo en los países más pobres, en realidad reflejan lo poco que éstos gastan, testimonio a su vez de los bajos ingresos. Es preciso organizar en fases sucesivas esta ampliación de la ayuda al sector de la salud para garantizar que los recursos se utilicen con eficacia y honradez, lo que nos lleva al programa de cobertura creciente presentado en el cuadro 7, que presenta los fundamentos de nuestra estimación de costos. Obsérvese que se necesitará la ayuda de los países donantes durante un largo periodo, quizá 20 años, pero se irá reduciendo a medida que los países receptores vayan logrando mayores ingresos por habitante y sean cada vez más capaces de costear los servicios de salud esenciales con sus propios recursos.

Este programa produciría beneficios económicos muy superiores a sus costos. Ocho millones de vidas salvadas de infecciones y carencias nutricionales se traducirían en un número mucho mayor de *años* de vida ganados para las personas afectadas, así como en una mayor calidad de vida. Los economistas hablan de ahorro de años de vida ajustados en función de la



discapacidad (AVAD),<sup>21</sup> que suma el aumento del número de años de vida y la reducción del número de años vividos con discapacidad. Estimamos que se ahorrarían aproximadamente 330 millones de años de discapacidad por cada ocho millones de muertes evitadas. Partiendo de la estimación prudente de que cada AVAD ahorrado genera un beneficio económico equivalente a los ingresos anuales por habitante, estimados en US\$ 563 en 2015, el beneficio económico directo de ahorrar 330 millones de AVAD sería de US\$ 186 000 millones anuales, y posiblemente varias veces esta cantidad.<sup>22</sup> El crecimiento económico también se aceleraría y, por consiguiente, los AVAD ahorrados ayudarían a romper la trampa de la pobreza, que ha bloqueado el crecimiento económico en los países de ingresos bajos y mortalidad alta. Esto añadiría decenas o centenares de miles de millones de dólares más al año por aumento de los ingresos por habitante.

Los US\$ 27 000 millones del aporte total en subvenciones para el año 2007 se dedicarían a tres objetivos: 1) ayuda a los países de ingresos bajos (y a algunos países de ingresos medios para los gastos relacionados con el VIH/SIDA) destinada a costear la ampliación de las intervenciones esenciales y el desarrollo del sistema de salud (US\$ 22 000 millones, detallados en el apéndice 2); 2) inversiones en investigación y desarrollo (I+D) para la lucha contra las enfermedades de los pobres (US\$ 3000 millones); y 3) una mayor aportación de bienes públicos mundiales por parte de las instituciones internacionales encargadas de coordinar el esfuerzo mundial, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y otros organismos especializados de las Naciones Unidas (US\$ 2000 millones). Existiría también una ayuda adicional en forma de préstamos no concesionarios para los países de ingresos medios.<sup>23</sup> Creemos que, si se gestionan bien y se distribuyen a lo largo del calendario que recomendamos, estos flujos necesarios podrían ser absorbidos por los países en desarrollo sin provocar una excesiva desestabilización macroeconómica o sectorial.

Estos objetivos económicos son una visión de lo que debería hacerse, no una predicción de lo que ocurrirá. Todos conocemos a países donantes que desatienden sus obligaciones internacionales pese a su gran riqueza, y países receptores que rechazan las medidas de gestión necesarias para salvar a su propia nación. Puede que la financiación aumente poco, que los donantes aporten millones, cuando lo que se necesita son miles de millones, y que los países empobrecidos emprendan luchas contra personas y no contra enfermedades, haciendo imposible la ayuda de la comunidad internacional. No somos ingenuos: no es casualidad que cada año mueran innecesariamente millones de personas—mudas, impotentes, ignoradas por los medios de comunicación.<sup>24</sup>



La entrega de un volumen de fondos tan importante por parte de los donantes exigirá una nueva forma de proceder. La Comisión respalda firmemente la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, que inicialmente se centraría en la respuesta mundial al SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Recomendamos que el Fondo ascienda a unos US\$ 8000 millones anuales para el año 2007, como parte de la ayuda total de US\$ 22 000 millones entregada por los donantes a los programas de los países. Dado el desafío excepcional planteado por el SIDA y su capacidad para frustrar el desarrollo económico en África y otras regiones durante decenios, creemos que el Fondo debería respaldar un programa audaz y enérgico, orientado a prevenir nuevas infecciones y a tratar las ya existentes. Las iniciativas irían encaminadas a lograr una amplia cobertura de los programas de prevención para los grupos muy vulnerables, incluidos los profesionales del sexo y los consumidores de drogas por vía intravenosa, así como el acceso general al tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), al asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV), y a las intervenciones para interrumpir la transmisión maternoinfantil. Dados los costos y las dificultades que plantea la ampliación de la cobertura del tratamiento, en particular el uso eficaz de los anti-retrovíricos (ART) sin promover la farmacoresistencia vírica, es preciso vigilar estrechamente el proceso, basarlo en datos científicos y someterlo a una investigación operacional intensiva. Respalamos las estimaciones del ONUSIDA y del programa ART de la OMS, según las cuales cinco millones de personas pueden encontrarse en tratamiento con antirretrovíricos en zonas de bajos ingresos al término de 2006.<sup>25</sup>

Para ayudar a canalizar el mayor gasto en I+D, respaldamos la creación de un nuevo Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF), con desembolsos en torno a los US\$ 1500 millones anuales. Este fondo apoyaría la investigación fundamental y aplicada en biomedicina y ciencias de la salud sobre los problemas de salud que afectan a los pobres del mundo y sobre las políticas y sistemas sanitarios necesarios para hacerles frente. Se deberían aportar otros US\$ 1500 millones anuales de apoyo a la I+D por los conductos ya existentes. Comprenden el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), la Iniciativa para la Investigación de Vacunas (IVR) y el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), todos ellos albergados en la OMS, y las alianzas publicoprivadas sobre el SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otros programas de lucha contra la morbilidad creados en fecha reciente. En ambos casos sería de vital importancia poder predecir el aumento de los fondos, ya que los

necesarios compromisos en I+D son operaciones a largo plazo. El Global Forum for Health Research podría desempeñar un papel importante en la asignación eficaz de esta ayuda general. En respaldo de este impulso a la investigación y el desarrollo, defendemos firmemente la difusión gratuita a través de Internet de las principales revistas científicas, lo que ampliaría el acceso de los científicos de los países de ingresos bajos a un instrumento esencial para la investigación.

El sector público no puede sobrellevar esta carga por sí solo. La industria farmacéutica debe participar como socio en la iniciativa. Los principios corporativos que han dado origen recientemente a programas muy laudables de donaciones de fármacos y descuentos de precios deben generalizarse para apoyar la ampliación de las intervenciones de salud en los países pobres. La industria farmacéutica ha de garantizar que los países de ingresos bajos (y, en su nombre, los donantes) tengan acceso a los medicamentos esenciales casi al costo de producción (a veces denominado *mínimo precio comercial viable*), en lugar de los precios muy superiores propios de los mercados de ingresos altos. Según nuestras estimaciones, la industria está preparada para asumir este compromiso y permitir el acceso de los pobres a los medicamentos esenciales, tanto mediante la fijación diferencial de precios como autorizando la fabricación de sus productos a los fabricantes de genéricos.<sup>26</sup> Si la contribución de la industria no es suficiente o no se puede acceder a ella de manera rápida, general y fiable, deberán aplicarse las reglas del comercio internacional relativas al acceso a los medicamentos esenciales de manera que se garanticen los mismos resultados. Asimismo, es de vital importancia procurar que la ampliación del acceso a los pobres no merme el estímulo a la innovación que supone el sistema de derechos de la propiedad intelectual. También a la industria privada ajena al sector farmacéutico le corresponde un papel: el de velar para que su propia fuerza laboral—el corazón de la productividad de una empresa—tenga acceso a los conocimientos y a los servicios médicos que garantizan su supervivencia y su salud. Por ejemplo, las compañías mineras de Sudáfrica, en el epicentro de la epidemia de VIH/SIDA, tienen una especial responsabilidad en la prevención de la transmisión y en la colaboración con el gobierno y los donantes, para garantizar que sus trabajadores tengan acceso a la asistencia. Los principales hallazgos de la Comisión en torno a los vínculos entre la salud y el desarrollo se resumen en el cuadro 2. En el cuadro 3 se presenta un calendario de acciones. En el cuadro 4 se resumen nuestras recomendaciones concretas sobre el aumento de la ayuda procedente de donantes internacionales y del financiamiento interno.

Con la globalización más cuestionada que nunca, el mundo debe tener éxito en el cumplimiento de su compromiso solemne de reducir la pobreza y mejorar la salud. Existen los recursos—humanos, científicos y económicos—para lograrlo, pero es preciso movilizarlos. Ahora que el mundo emprende una lucha más enérgica contra los males del terrorismo, es aún más importante que se comprometa también a sostener a millones de vidas por medios pacíficos, utilizando lo mejor de la ciencia y la tecnología moderna, así como la enorme prosperidad de los países ricos. Este esfuerzo inspiraría y uniría a los pueblos de todo el mundo. Instamos a los líderes de la comunidad internacional—en las naciones donantes y receptoras, en las instituciones internacionales como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Mundial del Comercio, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y el Fondo Monetario Internacional, en la empresa privada y la sociedad civil—a que aprovechen las oportunidades señaladas en el presente Informe. El mundo, unido, está ahora capacitado para emprender y favorecer las inversiones mundiales en salud que pueden transformar las vidas y los medios de subsistencia de los desposeídos.

---

**Cuadro 2. HALLAZGOS MÁS IMPORTANTES SOBRE LOS VÍNCULOS ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO**

---

1. La salud es un objetivo prioritario por derecho propio, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. No sólo los analistas, sino también los gobiernos de los países en desarrollo y la comunidad internacional de donantes han subestimado grandemente la importancia de invertir en salud. Como se señala en el presente Informe, para los países pobres el aumento de las inversiones en salud comportaría un crecimiento de los ingresos cifrado en cientos de miles de millones de dólares al año. Garantizar una amplia cobertura de salud a los pobres reportaría grandes beneficios sociales, sin olvidar las consecuencias favorables para los miembros más ricos de la sociedad.

---

2. Unas pocas enfermedades son responsables de gran parte del déficit de salud: VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis, infecciones infantiles (muchas de las cuales pueden prevenirse con la vacunación), afecciones maternas y perinatales, enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y carencias de micronutrientes. Existen intervenciones eficaces para prevenir y tratar estos problemas de salud. Con un programa bien orientado, para el final del decenio podrían evitarse anualmente alrededor de 8 millones de defunciones debidas a estos trastornos.

---

3. La pandemia del VIH/SIDA es una catástrofe peculiar y sin parangón, tanto en su dimensión humana como en sus consecuencias para el desarrollo económico, por lo que debe prestársele especial consideración. En el sector de la salud se dispone de intervenciones de probada eficacia para hacer frente a la mayor parte de las causas de morbilidad, incluido el VIH/SIDA.

---

4. Es indispensable que las inversiones destinadas a la lucha contra la morbilidad se acompañen de inversiones en salud reproductiva, como la planificación familiar y el acceso a los anticonceptivos. El control de las enfermedades, unido a una mejor salud reproductiva, probablemente reduzca la fecundidad y propicie mayores inversiones en la salud y la educación de cada hijo, así como un menor crecimiento de la población.

---

5. En los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo. Estimamos que las necesidades mínimas se sitúan entre US\$ 30 y US\$ 40 por persona y año para cubrir las intervenciones esenciales, incluidas las necesarias para luchar contra la pandemia de SIDA, y gran parte de esta suma requiere un financiamiento con cargo a los presupuestos, no con cargo al sector privado. El gasto real en salud es considerablemente inferior. En los países menos desarrollados, el gasto medio total en salud es de US\$ 13 por persona y año, de los cuales sólo US\$ 7 proceden de desembolsos presupuestarios. Los demás países de bajos ingresos gastan como promedio unos US\$ 24 por habitante y año, de los que US\$ 13 proceden de los presupuestos.

---

6. Los países pobres pueden aumentar los recursos internos que movilizan para el sector de la salud y utilizarlos con mayor eficiencia. Aun con una asignación más eficiente y una mayor movilización de recursos, los niveles de financiamiento necesarios para cubrir los servicios esenciales superan con mucho a los medios económicos de muchos países de bajos ingresos, y también de algunos países de ingresos medios con una alta prevalencia de VIH/SIDA.

---

7. Para resolver el problema del desfase económico se requerirá el financiamiento por donantes, unido al máximo esfuerzo de los países receptores. Estimamos que, para ayudar a los países de bajos ingresos a cubrir el costo de las intervenciones esenciales,

cifrado en US\$ 30 a US\$ 40 por persona, las inversiones en salud habrán de incrementarse a nivel mundial en unos US\$ 27 000 millones al año para el año 2007, aportados por donantes en forma de subvenciones, frente a los US\$ 6000 millones al año que se están aportando en la actualidad. Este financiamiento debe ser adicional a los restantes fondos aportados por los donantes, ya que también se necesita más ayuda en otras esferas conexas como la educación, el abastecimiento de agua y el saneamiento.

---

8. La ampliación de la cobertura sanitaria de los pobres requeriría mayores inversiones económicas en intervenciones específicas del sector de la salud, así como un sistema de dispensación de servicios de salud convenientemente estructurado, que pueda llegar hasta los pobres. La máxima prioridad es crear un sistema de dispensación de servicios a nivel local («cerca del cliente»), complementado con programas nacionales en el caso de algunas enfermedades importantes. Para aplicar con éxito este programa se requiere el compromiso de las instancias políticas y administrativas, una mejor formación técnica y administrativa en los países, un fortalecimiento considerable de los sistemas de gestión pública y la creación de mecanismos de responsabilización comunitaria. También es necesario redefinir las relaciones entre donantes y receptores.

---

  9. Para luchar eficazmente contra las enfermedades de los pobres se necesitarán, asimismo, importantes inversiones en bienes públicos mundiales, como la recopilación y el análisis de más datos epidemiológicos, la vigilancia de las enfermedades infecciosas, y las actividades de investigación y desarrollo orientadas a dolencias que se concentran en los países pobres (a menudo enfermedades tropicales, aunque no exclusivamente).

---

  10. Se necesitan acciones coordinadas de la industria farmacéutica, de los gobiernos de los países de bajos ingresos, de los donantes y de los organismos internacionales para garantizar a los países de bajos ingresos un acceso fiable a los medicamentos esenciales.
-

---

**Cuadro 3. PROGRAMA DE ACCIONES PARA INVERTIR EN SALUD EN PRO DEL DESARROLLO ECONÓMICO**


---

1. Dentro del marco general de su correspondiente *Documento de estrategia de lucha contra la pobreza* (DELP), cada uno de los países de ingresos bajos o medios debería crear una Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud (CNMS) transitoria, o su equivalente, para formular un programa a largo plazo de ampliación de las intervenciones esenciales de salud. La OMS y el Banco Mundial deberían ayudar a las Comisiones a establecer referencias epidemiológicas, objetivos operacionales y un marco para el financiamiento por donantes a largo plazo. Las CNMS deberían completar su trabajo para finales de 2003.

---

2. La estrategia de financiamiento debería estipular un incremento de los fondos para la salud con cargo a los presupuestos nacionales del 1% del PNB para el año 2007 y del 2% del PNB para 2015 (o menos, si un pequeño aumento basta para cubrir los costos de la ampliación, como puede ocurrir en algunos países de ingresos medios). Para los países de ingresos bajos, esto supone un desembolso presupuestario adicional de US\$ 23 000 millones para el año 2007 y de US\$ 40 000 millones para 2015; de estas cantidades, los países menos adelantados podrán cubrir US\$ 4000 millones para el año 2007 y US\$ 9000 millones para el año 2015, y los demás países de ingresos bajos el resto. Los países deberían también adoptar medidas que propicien un gasto más eficiente de los recursos internos, como una mejor priorización de los servicios de salud y la promoción de sistemas de financiamiento por la comunidad que garanticen una mejor mancomunación del riesgo para las familias pobres.

---

3. La comunidad internacional de donantes debería comprometer recursos suficientes en forma de subvenciones a los países de bajos ingresos para garantizar la cobertura universal de las intervenciones esenciales, así como el aumento de las actividades de I+D y otros bienes públicos. Unos pocos países de ingresos medios necesitarán también subvenciones para cubrir los costos de la ampliación de la lucha contra el VIH/SIDA. Según nuestras estimaciones, las necesidades totales en subvenciones de donantes serán de US\$ 27 000 millones al año en 2007 y de US\$ 38 000 millones al año en 2015. Además, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo deberían ofrecer más créditos no concesionarios a los países con ingresos medios para la modernización de sus sistemas de salud. A grandes rasgos, la asignación de los compromisos de los donantes se efectuaría como se indica a continuación:

	2007	2015
Programas nacionales	US\$ 22 000 millones	US\$ 31 000 millones
I+D para enfermedades de los pobres	US\$ 3000 millones	US\$ 4000 millones
Provisión de otros bienes públicos mundiales	US\$ 2000 millones	US\$ 3000 millones
<b>Total</b>	<b>US\$ 27 000 millones</b>	<b>US\$ 38 000 millones</b>

La OMS y el Banco Mundial trabajarían con un comité directivo de los países donantes y receptores para coordinar y supervisar la movilización de recursos. La materialización de este proyecto de ampliación masiva de la asistencia a la salud precisa del respaldo de los donantes, para mejorar la capacidad de aplicación y hacer frente a los problemas de gestión y otros impedimentos. Allí donde los fondos no se utilicen adecuadamente, la credibilidad exige, no obstante, recortarlos y emplearlos en mejorar la capacidad y financiar programas de las ONG.

---

4. La comunidad internacional debería establecer dos nuevos mecanismos de financiación, con la siguiente escala aproximada de desembolsos anuales para el año 2007: el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, US\$ 800 millones; y el Fondo Mundial de Investigaciones en Salud, US\$ 1500 millones. Debería canalizarse un desembolso adicional de US\$ 1500 millones al año para I+D a través de instituciones ya existentes, como TDR, IVR y HRP de la OMS, el Global Forum for Health Research y diversas asociaciones públicas-privadas orientadas actualmente hacia el desarrollo de nuevos fármacos y vacunas. Los programas nacionales deberían también dedicar al menos el 5% de sus desembolsos a la investigación operacional.

---

  5. Debería reforzarse la provisión de otros Bienes Públicos Mundiales (BPM) mediante la financiación adicional de los organismos internacionales pertinentes, como la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, con US\$ 1000 millones al año en 2007 y US\$ 2000 millones al año en 2015. Estos BPM consisten en la vigilancia de enfermedades a nivel internacional, la recopilación de datos y el análisis de las tendencias mundiales en materia de salud (como la carga de morbilidad), el análisis y la difusión de las mejores prácticas internacionales en materia de control de enfermedades y sistemas de salud, la asistencia técnica y la formación.

---

  6. Con objeto de mantener los incentivos para que el sector privado siga desarrollando fármacos en sus últimas fases, debería modificarse la legislación sobre fármacos «huérfanos» vigente en los países de altos ingresos para dar cobertura a las dolencias de los pobres, como las enfermedades tropicales transmitidas por vectores. Además, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo y otras entidades compradoras de los donantes deberían establecer compromisos previos para adquirir, a precios comercialmente viables, nuevos productos dirigidos a poblaciones específicas.

---

  7. La industria farmacéutica internacional, en cooperación con la OMS y los países de bajos ingresos, debería garantizar el acceso de éstos a los medicamentos esenciales mediante compromisos encaminados a proporcionar dichos medicamentos al menor precio comercial viable en los países de bajos ingresos, y a conceder la licencia de los medicamentos esenciales a productores de genéricos si el costo, las condiciones de suministro o ambas cosas lo justifican, como se comenta detenidamente en el Informe.

---

  8. Los Estados Miembros de la OMC deberían garantizar unas medidas de salvaguardia suficientes para los países en desarrollo y, en particular, el derecho de los que no fabrican los productos farmacéuticos que necesitan a recurrir a la licencia obligatoria para importarlos de terceros países proveedores de genéricos.

---

  9. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial deberían trabajar con los países receptores para integrar la ampliación de la cobertura sanitaria y otros programas de reducción de la pobreza en un marco macroeconómico viable.
-

**Cuadro 4. COMPROMISOS RECOMENDADOS PARA LOS DONANTES Y LOS PAÍSES**  
(miles de millones de US\$ constantes de 2002)

	2001 (Estimaciones de la CMS)	2007	2015
<b>COMPROMISOS DE LOS DONANTES</b>			
<i>Programas de nivel de país</i>			
Países menos adelantados	\$1,5	\$14	\$21
Otros países de bajos ingresos	\$2,0	\$6	\$8
Países de ingresos medios	\$1,5 AOD 0,5 No concesionario	\$2	\$2
de los cuales: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo	\$0	\$8	\$12
<i>Bienes públicos mundiales</i>			
I+D, de los cuales:	(<) \$0,5	\$3	\$4
Fondo Mundial para Investigaciones en Salud	\$0	\$1,5	\$2,5
Organismos internacionales	\$1	\$2	\$3
Total de los compromisos de los donantes	\$7	\$27	\$38
<b>RECURSOS INTERNOS DESTINADOS A LA SALUD</b>			
Países menos adelantados	\$7	\$11	\$16
Otros países de bajos ingresos	\$43	\$62	\$74
<b>PROGRAMAS NACIONALES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS</b>			
Compromisos de los donantes más recursos internos	\$53,5	\$93	\$119

*Nota: Las recomendaciones se refieren a compromisos anuales en un programa mundial ampliado. Como se insiste en todo el Informe, los desembolsos reales dependerán del desempeño de las políticas en los países receptores.*



## EL INFORME DE LA COMISIÓN

La comunidad mundial tiene a su alcance la capacidad de salvar las vidas de millones de personas cada año y de impulsar el desarrollo económico en los países más pobres del mundo. El presente Informe describe una estrategia para lograr estos objetivos basada en ampliar las inversiones en la salud de los pobres del mundo. Nuestras conclusiones están respaldadas por amplias investigaciones y consultas llevadas a cabo durante los últimos dos años, y en particular por la labor de seis Grupos de Trabajo, autores de 87 estudios básicos y seis monografías de síntesis que serán publicadas por la Organización Mundial de la Salud.<sup>27</sup> En el anexo 1 del Informe figura la relación de los centenares de participantes en este proceso analítico.

### PRUEBAS DOCUMENTALES EN MATERIA DE SALUD Y DESARROLLO

La importancia de la salud en sí es innegable. En palabras del premio Nobel Amartya Sen, la salud (como la educación) se encuentra entre las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana.<sup>28</sup> En una encuesta mundial encargada por el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, para la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (Encuesta del Milenio, Naciones Unidas, 2000), la buena salud figuraba invariablemente como la principal aspiración de los hombres y las mujeres de todo el mundo. La angustia de la enfermedad y de la muerte prematura hace de la lucha contra las enfermedades una preocupación fundamental de todas las sociedades, e impulsa la incorporación de la salud a los derechos humanos fundamentales amparados por la legislación internacional.<sup>29</sup> También la sabiduría de cada cultura predica que «la salud es riqueza» en un sentido más operativo.<sup>30</sup> La salud habilita a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la seguridad económica en el futuro. Es la base de la productividad laboral y de la capacidad tanto para aprender en la escuela como para desarrollarse en el terreno intelectual, físico y emocional. En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano, el cual es, según demostraron los premios Nobel Theodore Shultz y Gary Becker, la base de la productividad económica del individuo. Como ocurre con el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico a largo plazo a la escala de sociedades completas.<sup>31</sup> Este hecho es amplia-

mente reconocido por los analistas y los responsables de la elaboración de políticas, pero muy subestimado en lo relativo a su importancia cualitativa y cuantitativa, así como en la asignación de inversiones por parte de los gobiernos de muchos países en desarrollo y países donantes.<sup>32</sup> Las sociedades con una importante carga de morbilidad tienden a sufrir numerosos impedimentos de envergadura para el progreso económico. A la inversa, varios de los grandes «despegues» de la historia económica, como el rápido crecimiento de la Gran Bretaña durante la Revolución Industrial, el despegue del sur de los Estados Unidos y el rápido crecimiento del Japón a principios del siglo XX, y el dinámico desarrollo del sur de Europa y Asia oriental en las décadas de 1950 y 1960, estuvieron respaldados por importantes progresos en la salud pública, la lucha contra enfermedades y la mejora de la alimentación (ésta, además de incrementar los niveles de energía y la productividad de los trabajadores, redujo la vulnerabilidad a las infecciones). El registro más impresionante de estas tendencias históricas procede del trabajo del profesor Robert Fogel, cuyos estudios fundamentales esclarecieron la relación entre el tamaño corporal y la alimentación, y demostraron que ésta es esencial para la productividad laboral a largo plazo (Fogel 1991; 1997; 2000). En Europa, los descensos seculares de la mortalidad observados durante los últimos 200 años estuvieron impulsados en gran medida por la mayor disponibilidad de calorías en el régimen alimenticio, así como por los avances en la salud pública y la tecnología médica. Fogel afirma: «El aumento, a lo largo de los últimos 200 años, de la cantidad de calorías disponibles para el trabajo ha debido contribuir en grado nada desdeñable a la tasa de crecimiento de los ingresos por habitante de países como Francia y Gran Bretaña.»<sup>33</sup>

Considerados en conjunto, los costos económicos de las enfermedades evitables son asombrosamente altos. La enfermedad reduce los ingresos anuales de la sociedad, los ingresos de los individuos a lo largo de la vida y las perspectivas de crecimiento económico. Las pérdidas representan decenas de puntos porcentuales del PNB de los países más pobres cada año, que se traducen en cientos de miles de millones de dólares. La Comisión constató que, en los países en desarrollo, las enfermedades transmisibles, la mortalidad materna y la nutrición deficiente aquejan mucho más a los pobres que a los ricos, aunque todas las categorías de ingresos se ven afectadas. Un número importante de investigaciones del Banco Mundial (Gwatkin 2000; Gwatkin et al. 2001) documenta la amplia diferencia existente, dentro de una sociedad, entre el estado de salud de los grupos de altos ingresos y el de los grupos de ingresos bajos. Por ejemplo, se observó que las tasas de mortalidad del quintil más pobre de la población infantil de Bolivia y

Turquía eran hasta cuatro veces superiores a las del quintil más rico.<sup>34</sup> En todo el mundo, muchos otros indicadores de los resultados de salud y el acceso a los servicios de atención de salud mostraron diferencias similares. A ello se suma el hecho de que un episodio de enfermedad puede reducir a una familia pobre a la penuria, sobre todo cuando se ve obligada a vender sus bienes productivos para cubrir los gastos de la atención de salud. Por consiguiente, un ataque concertado contra estas enfermedades constituye, en sí mismo, una iniciativa de reducción de la pobreza cuyos beneficios recaerán preferentemente en los pobres. Las inversiones en salud merecen, pues, un lugar preferente en las estrategias de reducción de la pobreza actualmente en curso en muchos países de bajos ingresos.

Son muchas las razones del aumento de la carga de morbilidad entre los pobres. En primer lugar, este segmento de la población es mucho más vulnerable a la enfermedad, debido a la falta de acceso a agua salubre y al saneamiento, a viviendas seguras, a la atención médica, a la información sobre conductas preventivas y a una alimentación suficiente. En segundo lugar, es mucho menos probable que los pobres soliciten atención médica, incluso cuando la necesitan con urgencia, porque suelen encontrarse más alejados de los dispensadores de servicios de salud, carecen del efectivo necesario para cubrir los gastos de salud y desconocen la mejor manera de reaccionar ante un episodio de enfermedad. En tercer lugar, como se ha mencionado, los gastos en efectivo ocasionados por las enfermedades graves pueden condenarlos a una trampa de pobreza de la que no se recuperan, porque les fuerza a endeudarse, o bien a vender o hipotecar sus bienes productivos (como la tierra). Una enfermedad grave puede sumir a una familia en un empobrecimiento prolongado que se extienda incluso hasta la generación siguiente, ya que los niños se ven obligados a abandonar la escuela e incorporarse a la fuerza de trabajo.

Los datos macroeconómicos confirman que los países con peores condiciones de salud y educación tienen muchas más dificultades para lograr un crecimiento sostenido que los países con mejores condiciones en esos aspectos. En el cuadro 5 se muestran las tasas de crecimiento de varias decenas de países en desarrollo entre 1965 y 1994, agrupados según sus niveles iniciales de ingresos en 1965 y sus tasas de mortalidad de lactantes en el mismo año (como variable representativa del conjunto de las enfermedades). El cuadro muestra que, para un intervalo inicial cualquiera de ingresos, los países con menores tasas de mortalidad de lactantes tuvieron un mayor crecimiento económico durante el periodo considerado. Por ejemplo, en el grupo más pobre (menos de US\$ 750 de 1990 por persona y año, ajustados según la paridad del poder adquisitivo), los países con una tasa de mortalidad de

**Cuadro 5.** TASA DE CRECIMIENTO DE LOS INGRESOS POR HABITANTE, 1965-1994  
(según los ingresos y la tasa de mortalidad de lactantes, 1965)

Tasa inicial de mortalidad de lactantes, 1965	TML $\leq$ 50	50 < TML $\leq$ 100	100 < TML $\leq$ 150	TML > 150
Ingresos iniciales, 1965 (US\$ de 1990 ajustados a PPA)				
PIB $\leq$ \$750	—	3,7	1,0	0,1
\$750 < PIB $\leq$ \$1,500	—	3,4	1,1	-0,7
\$1,500 < PIB $\leq$ \$3,000	5,9	1,8	1,1	2,5
\$3,000 < PIB $\leq$ \$6,000	2,8	1,7	0,3	—
PIB > \$6,000	1,9	-0,5	—	—

*Nota:* la tasa de crecimiento indicada en cada celda es la media simple de las tasas de crecimiento del PIB de todos los países incluidos en dicha celda.

lactantes (TML) comprendida entre 50 y 100 por cada 1000 nacidos vivos presentaban un crecimiento medio anual del 3,7%, mientras que en países igualmente pobres, pero con una TML superior a 150, el crecimiento medio sólo alcanzó el 0,1% anual.<sup>35</sup>

La correlación entre mejor salud y mayor crecimiento económico se mantiene incluso cuando se introducen variables económicas adicionales para comparar las características del crecimiento en diversos países (como los trabajos de Barro y Sala-i-Martin 1995; Bloom y Sachs 1998; Bhargava et al. 2001). Los análisis macroeconómicos convencionales, en los que se compara el crecimiento de diversos países, se basan en un modelo en el que el crecimiento económico durante un intervalo de tiempo es función de los ingresos iniciales (debido a la convergencia condicional), de las variables de política económica y de otras características estructurales de la economía, como los indicadores de la salud de la población. Una estimación estadística típica indica que cada mejora de 10 puntos porcentuales en la esperanza de vida al nacer (EVN) se asocia a un aumento del crecimiento económico anual de al menos 0,3 a 0,4 puntos porcentuales, manteniendo constantes los demás factores de crecimiento. Por consiguiente, la diferencia atribuible a la EVN entre el crecimiento anual de un país representativo del grupo de altos ingresos (EVN = 77 años) y el de un país menos desarrollado (EVM = 49 años) ronda los 1,6 puntos porcentuales por año, diferencia que se acumula hasta producir enormes efectos al cabo del tiempo.<sup>36</sup> En pocas palabras, el estado de salud parece explicar una parte importante de la diferencia en las tasas de crecimiento económico, incluso teniendo en cuenta el efecto de las variables macroeconómicas estándar. En el mundo actual, la mala salud tiene efectos particularmente perniciosos en el desarrollo económico

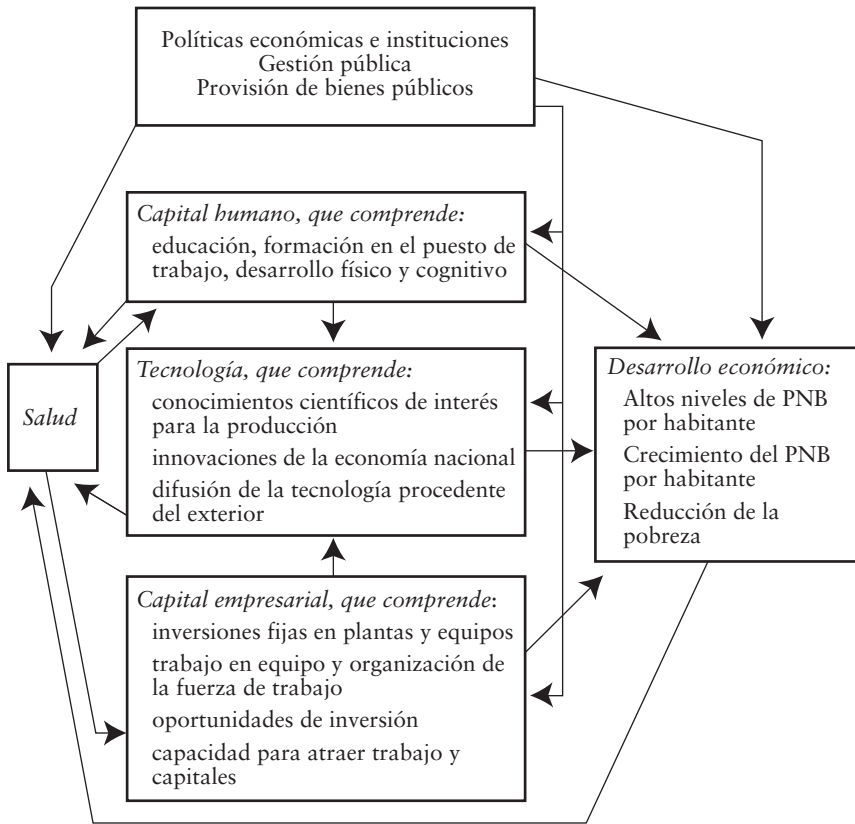
del África subsahariana, de Asia meridional y de bolsas de alta morbilidad y profunda pobreza en otros lugares. En el África subsahariana, el nivel de vida ha experimentado un declive constante durante la última generación, partiendo del nivel más bajo del mundo. La elevada carga de morbilidad y sus múltiples efectos sobre la productividad, la demografía y la educación han desempeñado sin duda un papel en la persistente evolución desfavorable del continente. En un reciente estudio econométrico (Bloom y Sachs 1998) se constató que más de la mitad del desfase de África con relación a los países de alto crecimiento de Asia oriental podría explicarse estadísticamente por la carga de morbilidad, la demografía y la geografía, más que por las variables más tradicionales de la política macroeconómica y la gestión política. La alta prevalencia de enfermedades como el paludismo y el VIH/SIDA se asocia a reducciones importantes y duraderas de las tasas de crecimiento económico. Se ha comprobado que la elevada prevalencia del paludismo, por ejemplo, se asocia a un descenso del crecimiento económico del 1% anual o más.<sup>37</sup>

El impulso que experimenta el crecimiento de los ingresos por habitante como consecuencia de la mejora de la salud es impresionante, pero sólo refleja una parte de la historia. Aunque el crecimiento económico por habitante no se viera afectado por la salud, el aumento de la longevidad seguiría propiciando un importante aumento del bienestar económico. Cuando se compara el bienestar de unas sociedades y otras, es importante tener en cuenta tanto la esperanza de vida como los ingresos anuales. En los países más sanos, la longevidad media es mucho mayor, por lo que las ganancias económicas de los individuos a lo largo de su vida son muy superiores. Piénsese, por ejemplo, en las diferencias de bienestar entre un residente medio de Botswana y uno de los Estados Unidos. En Botswana, los ingresos medios en 1997 fueron de US\$ 6320 aproximadamente, ajustados al poder adquisitivo.<sup>38</sup> En los Estados Unidos, los ingresos medios en ese mismo año fueron de US\$ 30 000. A primera vista, podría parecer que los ingresos estadounidenses eran cinco veces superiores por persona, pero, en Botswana, un individuo de 22 años con 12 años de educación tiene unos ingresos previstos a lo largo de la vida en torno a 61 veces la media anual (US\$ 385 000), mientras que para un estadounidense de 22 años con una educación similar, y debido a su mayor esperanza de vida, equivalen a 120 veces los ingresos medios anuales aproximadamente (US\$ 3 600 000). Por consiguiente, si consideramos los ingresos a lo largo de la vida (sin descuentos) en lugar de los ingresos anuales, la diferencia resulta estar, en realidad, más próxima a las 10 veces. Desde el punto de vista del bienestar psicológico («utilidad» en la jerga de los economistas), la diferencia sería

todavía mayor. Además, a los efectos directos de la longevidad, reflejados en más años de capacidad para ganar dinero, de consumo y de ocio, se suma su repercusión indirecta sobre el bienestar económico. Las familias longevas tenderán a invertir una mayor proporción de sus ingresos en educación y en ahorro, porque su mayor horizonte temporal les ofrece más años para cosechar los beneficios de estas inversiones.

Dada la importante repercusión de las enfermedades en el desarrollo económico, invertir en salud es un componente importante de las estrategias generales de desarrollo. Esto es especialmente cierto en los países pobres en los que la carga de morbilidad es muy elevada. Pero las inversiones en salud alcanzan su máxima eficacia cuando forman parte de una sólida estrategia general de desarrollo. El crecimiento económico requiere no sólo individuos sanos, sino también educación y otras inversiones complementarias, una adecuada división del trabajo entre los sectores público y privado, un buen funcionamiento de los mercados, una gestión pública adecuada y acuerdos institucionales que impulsen los avances tecnológicos. El crecimiento propiciado por el sector privado en el ámbito empresarial debe complementarse con la intervención activa de los gobiernos en diversas esferas: asegurar las inversiones esenciales en salud y educación, garantizar el imperio de la ley, proteger el medio ambiente y trabajar en cooperación con el sector privado para promover el progreso científico y tecnológico. No estamos afirmando que las inversiones en salud pueden resolver los problemas del desarrollo, sino que deben ser parte fundamental de una estrategia general de desarrollo y reducción de la pobreza.

En la figura 1 se ilustra la posición de la salud entre los numerosos factores que contribuyen al desarrollo económico. Se ha comprobado que la producción económica depende, por una parte, de las políticas y las instituciones (políticas económicas, gestión pública y suministro de bienes públicos), y por otra de los factores de producción (capital humano, tecnología y capital empresarial). Es decisivo disponer de unas políticas y unas instituciones adecuadas, porque ayudan a determinar el rendimiento económico en cualquier nivel de capital y tecnología, así como el ritmo al que éstos se acumulan. Como comentamos en el presente Informe, la salud ejerce sus efectos económicos más importantes sobre el capital humano y el capital empresarial por diversos cauces, algunos evidentes y otros más sutiles. La salud, a su vez, se ve afectada por las políticas e instituciones imperantes, el nivel del capital humano (ya que la educación, por ejemplo, promueve la salud), el nivel tecnológico de la sociedad, especialmente en el sector de la salud, y el propio crecimiento de los ingresos y reducción de la pobreza que genera una mejor salud.

**Figura 1.** LA SALUD COMO FACTOR DEL DESARROLLO ECONÓMICO

El desarrollo económico es, pues, un proceso multisectorial, y la estrategia para el desarrollo económico debe basarse en una amplia gama de instrumentos sociales y medidas que impulsen la inversión empresarial del sector privado. En los países de bajos ingresos, el proceso emergente de elaboración de documentos estratégicos de lucha contra la pobreza (DELP) ofrece un mecanismo prometedor para incorporar la lucha contra las enfermedades a una estrategia de desarrollo más completa. El proceso DELP induce a los gobiernos y a la sociedad civil a considerar una gama de políticas en salud, educación, abastecimiento de agua y saneamiento, gestión medioambiental, relaciones de género, y otros aspectos. Aplaudimos esta estrategia integral, ya que, incluso en el ámbito restringido de la atención de salud, es evidente que la buena salud y la protección frente a la enfermedad no pueden ser producto únicamente del sector de la salud. Uno de los factores que contribuyen con mayor fuerza a reducir la mortalidad infantil es,

por ejemplo, la alfabetización de las madres, fruto de un sistema educativo que garantiza el acceso generalizado de los pobres a la educación, ya sean niñas o niños. El abastecimiento de agua y el saneamiento, respaldados por unas conductas higiénicas adecuadas, como el lavarse las manos y utilizar el jabón, podrían reducir espectacularmente la incidencia de muchas enfermedades diarreicas y otras afecciones que matan a millones de niños cada año. La ingesta alimentaria, a su vez, guarda una relación muy estrecha con la enfermedad. Un aporte insuficiente de calorías y proteínas totales, resultado muchas veces de la productividad sumamente baja en alimentos de los hogares de los campesinos, puede determinar en los individuos un estado de inmunosupresión que los haga mucho más vulnerables a las infecciones y sus consecuencias. Las carencias de micronutrientes tienen a menudo repercusiones devastadoras en el desarrollo físico y cognitivo. Las normas culturales, en particular las desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres, pueden agravar las enfermedades. Poco se reducirá la vulnerabilidad de una joven al SIDA educándola sobre las prácticas sexuales seguras si la joven sigue siendo vulnerable a los requerimientos de favores sexuales en relaciones desiguales con hombres socialmente poderosos. Por todas esas razones, las mejoras en salud deben considerarse dentro de un marco general de reducción de la pobreza.

Los compromisos mundiales para mejorar la salud se recogen en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados por los jefes de Estado del mundo en la Cumbre del Milenio celebrada en 2000.<sup>39</sup> Los ODM se centran en la reducción de la pobreza en general, y en varios objetivos de salud en particular, subrayando así los vínculos entre el alivio general de la pobreza y las inversiones en salud.<sup>40</sup> En este terreno, los ODM aspiran a que, para el año 2015, 1) la mortalidad infantil se haya reducido a una tercera parte de la registrada en 1990, 2) los cocientes de mortalidad materna hayan descendido a la cuarta parte de las cifras de 1990, y 3) la prevalencia del VIH/SIDA y otras enfermedades importantes haya cesado de aumentar. Otras iniciativas internacionales recientes, como los programas Hacer Retroceder el Paludismo y Alto a la Tuberculosis, han añadido objetivos adicionales y más específicos para la lucha contra enfermedades en determinadas esferas.<sup>41</sup>

Los ODM son, en parte, la expresión de una preocupación humanitaria, pero también una inversión en el bienestar tanto de los países ricos como de los países pobres. Los datos son contundentes: la enfermedad genera en los países pobres una inestabilidad que también repercute en los países ricos. En un reciente estudio sobre el fracaso del Estado entre 1960 y 1994, se ha observado que una tasa elevada de mortalidad de lactantes es uno



de los principales factores pronósticos de colapso del Estado (por pronunciamientos, guerras civiles y otros cambios inconstitucionales de régimen político).<sup>42</sup> Los Estados Unidos han acabado interviniendo militarmente en muchas de esas crisis.<sup>43</sup> En línea con esta idea, los estudios de los servicios de información han subrayado la importancia estratégica de combatir en todo el mundo las enfermedades infecciosas, incluido el SIDA.<sup>44</sup> Es obvio que las repercusiones van más allá de la inestabilidad social y política en los países afectados por enfermedades: una enfermedad transmisible localizada en una zona puede propagarse rápidamente a través de las fronteras internacionales. El propio SIDA es el ejemplo más espectacular de una enfermedad que se originó en un lugar y traspasó rápidamente las fronteras nacionales y continentales para difundirse al resto del mundo. La más verosímil de las hipótesis actuales es que el SIDA se originó en África occidental hacia 1931, con un margen de 15 años arriba o abajo.<sup>45</sup> Un brote de gripe causado por una cepa con una mutación nueva podría ser el próximo ejemplo de asesino mundial y de situación en la que la detección precoz y el tratamiento de los casos podría salvar un gran número de vidas, tanto en los países ricos como en los pobres.<sup>46</sup> También la tuberculosis polifarmacorresistente está traspasando las fronteras entre los países pobres y los ricos.<sup>47</sup>

En el interior de las sociedades, las enfermedades de los pobres también afectan a los ricos, debido a la propagación de las infecciones y la desestabilización más amplia de la sociedad. Un ejemplo llamativo es el de la eficacia de los mosquiteros impregnados en insecticida (MII) en la lucha antipalúdica. Los estudios experimentales demuestran que la eficacia de los MII aumenta cuando el grado de utilización en la aldea es alto, es decir, los usuarios individuales de mosquiteros de cama están más protegidos si también las demás personas los usan.<sup>48</sup> Ello se debe a que los MII actúan no sólo impidiendo las picaduras de mosquitos a través de la malla, sino también (o sobre todo) aminorando la ulterior infecciosidad de los mosquitos que entran en contacto con el insecticida del mosquitero, lo que reduce la incidencia del paludismo en la aldea. Un usuario de MII puede recibir una picadura, pero es mucho menos probable que el mosquito tenga capacidad infecciosa si otras personas de la aldea utilizan también MII. Por consiguiente, los habitantes ricos de una aldea tienen un interés directo en que las familias pobres también utilicen MII. En la lucha contra las enfermedades infecciosas abundan los ejemplos similares sobre estas repercusiones o «efectos colectivos». Por ejemplo, es probable que los casos de tuberculosis no tratada se propaguen, y que los que recibieron un tratamiento deficiente evolucionen hacia una tuberculosis polifarmacorresistente, de funestas consecuencias para el resto de la sociedad.

Un último ejemplo: cuanto mayor es la proporción de habitantes cubierta por la inmunización, mayor es la probabilidad de que las personas no inmunizadas estén protegidas también frente a la transmisión epidémica de la enfermedad, fenómeno conocido como *inmunidad de rebaño*. Las repercusiones positivas de la inmunización son especialmente evidentes en el caso de la erradicación completa de una enfermedad, como el triunfo sobre la viruela. El mundo ahorra hoy día cientos de millones de dólares anuales en programas sistemáticos de inmunización antivariólica, que ya no son necesarios una vez erradicada la enfermedad. Para lograr este ahorro hubo que eliminar todos los casos de viruela, lo que supuso la inmunización masiva de los más pobres de entre los pobres, y esto a su vez necesitó de las inversiones de los países más ricos. Los resultados analizados por la Comisión, congruentes con los de muchos otros estudios, indican que los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de reducción de la pobreza y de salud no se lograrán sin un esfuerzo concertado y encaminado a ampliar las intervenciones de salud a los pobres del mundo. Decenas de países se encuentran hoy día apartados de la tendencia general en lo relativo a mortalidad infantil, mortalidad materna y control de las principales enfermedades epidémicas. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2001), el 62% de la población de los países en desarrollo está retrasada, muy retrasada o en camino de estarlo en los objetivos de mortalidad relativos a los lactantes y los niños pequeños.<sup>49</sup> Los sistemas de salud de los países pobres no están todavía a la altura de cumplir los ODM y la ayuda de los donantes sigue siendo muy insuficiente. El mundo ha prometido solemnemente hacer frente a las crisis de enfermedades de los pobres, pero todavía no ha adoptado medidas prácticas lo bastante enérgicas para poner en marcha estas iniciativas. En esta situación en la que se producen millones de muertes innecesarias y trágicas, y con las instituciones mundiales bajo presión, es esencial ampliar la lucha contra las enfermedades para legitimar la globalización.

#### CAUCES DE INFLUENCIA DE LAS ENFERMEDADES EN EL DESARROLLO ECONÓMICO

Las enfermedades obstaculizan el bienestar y el desarrollo económicos a través de tres cauces principales.<sup>50</sup> El primero de ellos, ya señalado, es el más directo: las enfermedades evitables reducen el número de años de esperanza de vida sana. Las pérdidas económicas que las vidas truncadas (por la combinación de defunciones prematuras y discapacidad crónica) infligen a la sociedad son enormes: cientos de miles de millones de dólares anuales, lo que representa un porcentaje significativo de la renta nacional

de los países de bajos ingresos. Sólo como consecuencia de la pandemia de SIDA, el crecimiento económico total de África descenderá varios puntos porcentuales, arrastrado por el fallecimiento de individuos en el momento más productivo de sus vidas. El segundo cauce es el efecto de la enfermedad sobre las inversiones de los padres en sus hijos. Las sociedades con altas tasas de mortalidad de lactantes (defunciones de menores de 1 año) y mortalidad infantil (defunciones de menores de 5 años) tienen mayores tasas de fecundidad, en parte para compensar los frecuentes fallecimientos infantiles. Por su parte, las progenies muy numerosas reducen la capacidad de las familias pobres para invertir mucho en la salud y educación de cada hijo, proceso descrito por Gary Becker y sus colegas como el «compromiso entre calidad y cantidad» en la crianza de los hijos. El tercer cauce está representado por los efectos inhibidores de la enfermedad sobre los rendimientos económicos y las inversiones en infraestructuras, que van más allá de los efectos sobre la productividad de los trabajadores individuales. Empresas completas, tanto agrícolas como mineras, de fabricación y turísticas, así como importantes proyectos en infraestructuras, se ven desbaratados por una alta prevalencia de enfermedades. Las infecciones epidémicas y endémicas pueden, además, erosionar la cooperación social e incluso la estabilidad política y macroeconómica.

#### *Pérdida directa de bienestar para el individuo*

Las enfermedades determinan una pérdida de bienestar económico individual. Cuando los economistas y los especialistas en salud pública intentan cuantificarla, acostumbran a dividirla en tres partes: 1) la disminución de los ingresos mercantiles causada por la enfermedad; 2) el recorte de la longevidad causado por la enfermedad, y 3) la merma del bienestar psicológico causada por la enfermedad, denominada a menudo «dolor y sufrimiento», y que se produce incluso cuando no disminuyen los ingresos mercantiles ni la longevidad.<sup>51</sup> El descenso de dichos ingresos consta, a su vez, de cuatro subcomponentes: *i*) los costos del tratamiento médico; *ii*) la pérdida de ingresos del mercado laboral por un episodio de enfermedad; *iii*) la pérdida de capacidad del adulto para generar ganancias por episodios de enfermedad en la infancia, y *iv*) la pérdida de ganancias futuras por la mortalidad prematura.

Un objetivo del análisis económico es convertir en dólares estas pérdidas causadas por la enfermedad, para evaluar los beneficios económicos que se derivarían de reducir la carga de morbilidad. La literatura económica sobre el valor de la vida ofrece una conclusión muy sólida y coherente: el valor de un año suplementario de vida sana, como consecuencia del tratamiento

eficaz de una enfermedad, por ejemplo, vale considerablemente más que los ingresos mercantiles adicionales que se obtendrán durante el año. Según algunas estimaciones, cada año de vida se valora en aproximadamente tres veces las ganancias anuales. Este múltiplo de las ganancias refleja el valor del tiempo de ocio además del consumo de mercado, el efecto puro de la longevidad, y el dolor y el sufrimiento asociados a la enfermedad. Cuando un individuo muere joven, las pérdidas económicas se calculan como la suma de las pérdidas asociadas a cada año de vida perdido. Según estos cálculos, una vida perdida a la edad de 20 años se considera equivalente a 100 veces o más las ganancias anuales, ya que se pierden 40 o más años, y cada año perdido vale aproximadamente tres veces las ganancias anuales. Estas valoraciones tan altas se han utilizado en varios análisis económicos recientes.<sup>52</sup>

Cualesquiera que sean las cifras concretas, los cálculos nos recuerdan algo importante: cuando evaluamos los costos de una enfermedad para la sociedad, debemos preguntar no sólo cómo afecta la enfermedad al nivel y al crecimiento del PNB por habitante (por ejemplo, al reducir la productividad de los trabajadores), sino también cómo afecta a la longevidad y a las ganancias de toda una vida perdidas por la sociedad. Aunque la pandemia de SIDA no afectara al PNB por habitante, su efecto reductor de la longevidad seguiría siendo devastador para el bienestar económico. Al acortar en años o décadas la duración media de la vida en los países muy afectados, el SIDA está menguando en grado muy considerable las ganancias de toda la vida y el bienestar económico.

Vamos a utilizar estos conceptos para ilustrar los enormes costos que el paludismo y el SIDA acarrearán para el bienestar de África. Multiplicamos el número de años de vida perdidos anualmente debido a cada una de las enfermedades por un múltiplo de los ingresos por habitante, para obtener una estimación aproximada de las pérdidas económicas totales. En el África subsahariana, por ejemplo, se estima que el paludismo fue responsable de la pérdida de 36 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en 1999, en una población de 616 millones de personas. Si se valora cada AVAD muy por lo bajo como equivalente al ingreso por habitante, el costo total del paludismo se eleva al 5,8% ( $= 36 / 616$ ) del producto nacional bruto de la región. Si, en cambio, valoramos cada AVAD en tres veces los ingresos por habitante, el costo total sería del 17,4% del PNB ( $= 5,8\% \times 3$ ). De la misma forma, partiendo de la estimación de 72 millones de AVAD debidos al SIDA, y atribuyendo a cada AVAD el equivalente a los ingresos por habitante, el valor económico de los años de vida perdidos en 1999 debido al SIDA sería del 11,7% ( $= 72 / 616$ ) del producto

nacional bruto del África subsahariana. Sin embargo, si valoramos cada AVAD como tres veces el ingreso por habitante, las pérdidas se elevan a un asombroso 35,1% del PNB. Obsérvese que se estima que cada defunción por SIDA supuso un promedio de 34,6 AVAD perdidos en 1999.<sup>53</sup> Ello se explica porque las defunciones por esta enfermedad tienden a producirse en adultos jóvenes, de manera que cada fallecimiento se asocia a muchos años de vida perdidos entre la edad en el momento de la defunción y la referencia de la esperanza de vida.

Obsérvese que estas estimaciones de costos no tienen en cuenta los efectos de la enfermedad sobre el propio nivel de ingresos anuales por habitante. Las estimaciones econométricas indican que, a corto plazo, una economía en la que el riesgo de contraer el paludismo sea nulo tiende a crecer con una rapidez que supera en más de un punto porcentual por año a las economías con alto riesgo de paludismo, a igualdad de los demás determinantes del crecimiento (como el nivel de renta, la escolarización, la calidad de las instituciones y la política fiscal). Dado que el efecto del crecimiento se acumula a lo largo del tiempo, las estimaciones econométricas indican que, a la postre, una economía afectada por el paludismo tiene unos ingresos por habitante equivalentes aproximadamente a la mitad de los ingresos por habitante de las economías sin paludismo, asimismo a igualdad de los demás determinantes del crecimiento.<sup>54</sup> Estos efectos sobre el nivel de ingresos por habitante pueden combinarse con la menor longevidad debida al paludismo para obtener el efecto general de la enfermedad, que consiste claramente en la pérdida de decenas de puntos porcentuales del PNB. Las estimaciones precisas admiten un grado importante de incertidumbre, pero la magnitud de las pérdidas económicas no ofrece dudas.

Las consecuencias económicas de un episodio de enfermedad en un hogar pueden magnificarse si el costo de la atención médica obliga a la familia a gastar una proporción tan grande de sus recursos que termina perdiendo los bienes que posee y contrayendo deudas. Este proceso puede conducir a una familia a una situación de pobreza de la que no puede escapar y que repercute en el bienestar de todos sus miembros y, a menudo, también de otros familiares. La Comisión revisó muchos estudios que demuestran que los hogares pobres rara vez están asegurados frente a enfermedades catastróficas y, por consiguiente, se ven a menudo obligados a vender sus escasos bienes, como los aperos agrícolas y los animales, o a hipotecar la tierra, para mantener un consumo mínimo frente a la pérdida de ganancias de mercado y pagar la atención médica de urgencia. Esta reducción de los bienes de producción puede conducir a una trampa de pobreza (es decir, a una pobreza persistente) en la familia, incluso después de superada la

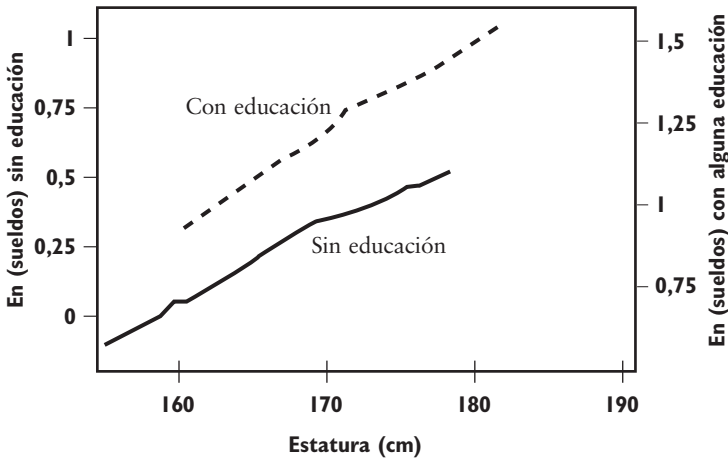
enfermedad aguda, ya que a los hogares empobrecidos les costará mucho recapitalizar sus actividades productivas. Los hogares endeudados carecerán de capital de trabajo para inversiones a corto plazo (p. ej., en semillas o fertilizantes), destinadas a generar una producción suficiente para cancelar las deudas, y no podrán conseguir préstamos a cuenta de ganancias futuras. A su vez, la pobreza puede también intensificar las afecciones originales.<sup>55</sup>

#### Consecuencias sobre el ciclo vital

Aunque la mayor parte de los estudios sobre la carga económica que suponen las enfermedades sólo consideran los costos asociados directamente con un episodio de enfermedad (y con la mortalidad prematura, cuando procede), los episodios no mortales que acontecen tempranamente pueden tener efectos adversos a lo largo de todo el ciclo vital. Las enfermedades intrauterinas y del primer año de vida dejan a veces secuelas para toda la vida, como trastornos cognitivos y defectos físicos.<sup>56</sup> La educación se considera decisiva para el desarrollo económico, pero muchos no valoran hasta qué punto es importante la salud infantil para lograr los objetivos educativos. La mala salud menoscaba directamente el potencial cognitivo y frustra indirectamente la escolarización al ser causa de absentismo, de atención insuficiente a las lecciones y de abandonos tempranos.

No han esclarecido con detalle las consecuencias a largo plazo de los episodios tempranos de enfermedad, pero son importantes. Algunos de sus cauces de actuación son biológicos: las enfermedades tempranas entorpecen el desarrollo físico y cognitivo, lo cual reduce a su vez la productividad económica de los adultos. Otros son también económicos, como ocurre cuando la menor capacidad cognitiva conduce al abandono prematuro de la escuela, de manera que el individuo soporta durante toda la vida la doble carga de la mengua de capacidad cognitiva y la falta de logros educativos. Algunas ingeniosas pruebas indirectas permiten suponer que las consecuencias económicas de las enfermedades y de una alimentación insuficiente en la infancia son enormes, mucho mayores de lo que se creía. En numerosos países en desarrollo estudiados, la estatura adulta se correlaciona de forma estrecha y positiva con las ganancias adultas (como se muestra en la figura 2 para el caso del Brasil). La estatura de los adultos es, en sí misma, reflejo de la nutrición y las enfermedades en la infancia. Los niños que padecen brotes repetidos de infecciones y reciben una alimentación insuficiente es probable que en la edad adulta tengan una estatura menor. La correlación entre estatura y ganancias es, por consiguiente, un indicador sorprendentemente fiable de la repercusión de las experiencias infantiles en salud y nutrición sobre la productividad económica de toda la vida.

Figura 2. BRASIL: ESTATURA Y SUELDOS



Fuente: Strauss y Thomas, 1998.

Una de las consecuencias más importantes de la mala salud, debido a sus efectos sobre la capacidad cognitiva y la asistencia a la escuela, es el entorpecimiento de los logros educativos. Balasz et al. (1986) y Pollitt (1997; 2001) revisaron los estudios que relacionan la nutrición con el desarrollo cerebral de los niños. En la mayor parte de esos estudios, las carencias de nutrientes esenciales (hierro, vitamina A) se asociaban a déficits de la capacidad cognitiva. De la misma forma, Bhargava (1997) analizó una encuesta longitudinal y general realizada a escolares de Tanzania y observó que la salud y el estado nutricional eran factores predictivos importantes de los resultados obtenidos en las pruebas de logros cognitivos y educativos. Este autor concluyó también que la eliminación de los parásitos intestinales como los anquilostomas y los esquistosomas es importante para el desarrollo infantil. Un estudio experimental de Kremer y Miguel (1999) llegó a la misma conclusión respecto de los tratamientos vermífugos. En un estudio aleatorizado sobre el tratamiento de escolares frente a las infestaciones por anquilostomas, áscaris y esquistosomas, observaron que la tasa de asistencia era significativamente mayor en los alumnos de las escuelas con programas de tratamiento que en los de las que carecían de ellos. Es interesante el hecho de que la asistencia fuera más elevada entre los niños no tratados de las escuelas con programas de tratamiento, lo que indica que la asistencia a la escuela de los niños tratados repercutió en la asistencia de los no tratados (p. ej., a través de las normas sociales).

Es probable que los análisis de costo de enfermedad publicados infravaloren espectacularmente los costos de las enfermedades crónicas no mor-

tales en todas las etapas del ciclo vital. Los trabajadores más sanos tienen más energía y robustez físicas y mentales, son más productivos y ganan sueldos más altos. Su productividad hace a las empresas más rentables, y una fuerza de trabajo sana es importante para atraer inversiones extranjeras directas. También es menos probable que se ausenten del trabajo por enfermedad (propia o de la familia) y son más productivos en sus puestos. El efecto es particularmente intenso en los países en desarrollo, donde es mayor la proporción de la población activa que trabaja en tareas manuales. En Indonesia, por ejemplo, se constató que los hombres anémicos eran un 20% menos productivos que los que no padecían anemia. Cuando se trató a estos hombres con hierro, su productividad se elevó casi al nivel de los no anémicos.<sup>57</sup> Existe también la relación, mencionada en el párrafo anterior, entre la salud en los primeros años y el éxito de la educación. Los niños sanos aprenden mejor y se convierten en adultos mejor educados (y capaces de obtener mayores ganancias). En una familia sana es menos probable que la educación de los niños se interrumpa por problemas de salud en ellos o en su familia. La importancia de la anquilostomiasis se demuestra en otro de los ejemplos más clásicos del efecto perturbador de la mala salud sobre la actividad productiva. Gran parte del desarrollo económico inicial del sur de los Estados Unidos guarda relación con la eliminación de los anquilostomas y de la anemia que provocan. Ettlíng (1981) describe con lucidez los efectos y la derrota del «germen de la pereza», responsable de la baja capacidad productiva.

### *Consecuencias intergeneracionales de la morbilidad*

La enfermedad de un individuo en el seno de una familia puede tener importantes consecuencias adversas para otros miembros, especialmente para los niños. La enfermedad de un adulto puede causar problemas de salud, e incluso la muerte, a un niño que estaba sano, debido al deterioro de los cuidados que recibe y a la caída de los ingresos familiares. La enfermedad o el fallecimiento de uno de los padres puede obligar al niño a abandonar la escuela prematuramente para contribuir al sustento de la familia. La enfermedad del adulto mermará también la transferencia de conocimientos del padre al hijo. En las comunidades de África perjudicadas por el SIDA, los niños huérfanos están creciendo sin conocer las técnicas agrícolas locales.

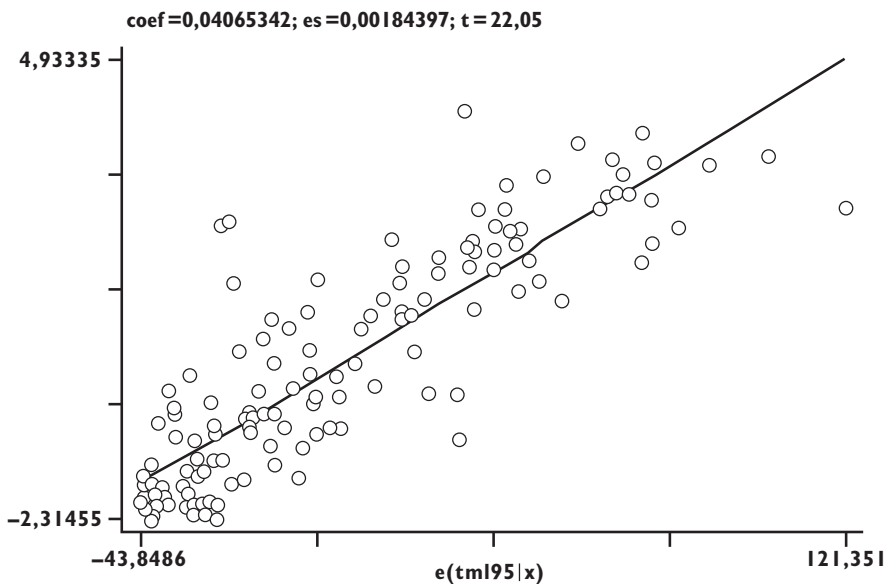
Una de las consecuencias más perniciosas y menos reconocidas de las altas tasas de mortalidad de lactantes y de niños se vehicula por la demografía. Las familias pobres compensan las defunciones de los niños concibiendo muchos hijos. El proceso lógico es dolorosamente claro. Los



padres optan por tener hasta seis o más hijos sólo para asegurarse una alta probabilidad de que al menos un hijo (o una hija, o ambos) sobreviva hasta la ancianidad de sus padres. Sin embargo, cuando las familias pobres tienen progenies tan numerosas, como ocurre en gran parte de África hoy día, sólo pueden permitirse una inversión muy pequeña en la educación y la salud de cada hijo. Por consiguiente, una alta carga de morbilidad genera familias numerosas con bajas inversiones por hijo en educación y salud. Aunque las altas tasas de mortalidad infantil no son en absoluto la única razón de las altas tasas de fecundidad (también intervienen las desigualdades de género, la falta de educación y de oportunidades laborales de las madres, y las normas culturales), su reducción podría impulsar grandemente el descenso de la fecundidad si se combinara con la planificación familiar, la educación y una mayor participación de las mujeres en la fuerza de trabajo.

Los datos que vinculan los niveles de fecundidad con las tasas de mortalidad de lactantes (menores de 1 año) y niños (menores de 5 años) son convincentes. La figura 3 es una gráfica de dispersión de 148 países correspondiente a 1995, que demuestra la llamativa correlación entre la tasa de fecundidad total (TFT, eje de ordenadas) y la tasa de mortalidad de lactantes (TML, eje de abscisas).<sup>58</sup> Los países con una TML inferior a 20 tienen una

**Figura 3.** RELACIÓN ENTRE LA TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES (EJE X) Y LA TASA DE FECUNDIDAD TOTAL (EJE Y), 148 PAÍSES, 1995 (recta de regresión parcial)

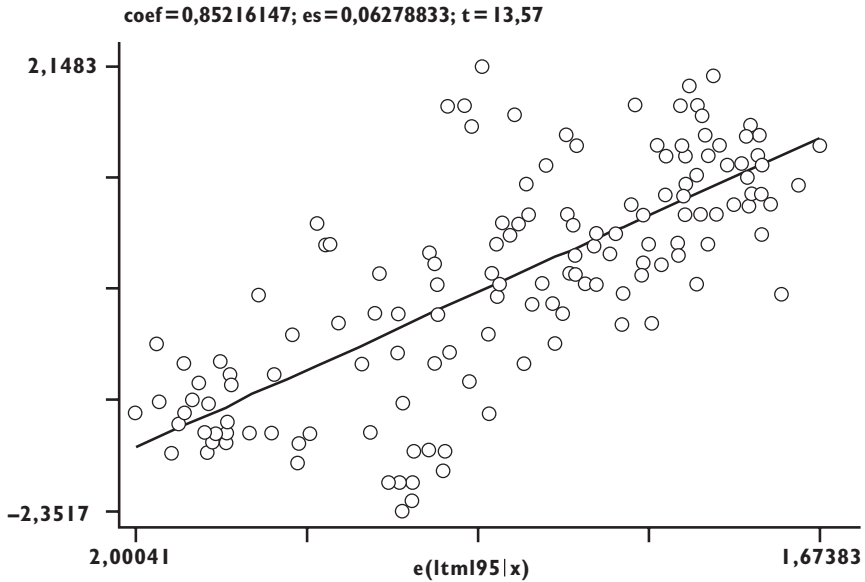


TFT de 1,7 hijos. Los países con una TML superior a 100 tienen una TFT de 6,2 hijos. La probabilidad de supervivencia en la infancia no es el único factor en la transición de tasas de fecundidad altas a tasas bajas, pero es importante. También interviene, sin duda, la educación de las madres. Las madres educadas no sólo tienen un mayor control sobre las opciones reproductivas en la familia, sino también más capacidad de generar ganancias en el mercado y, por consiguiente, un mayor costo de sustitución por quedarse en casa a educar a los hijos. La disponibilidad de servicios de planificación familiar, como el acceso a la anticoncepción y a la orientación familiar, es otro factor importante. También las normas culturales son decisivas, al igual que la emigración a las zonas urbanas.<sup>59</sup>

Resulta irónico que las altas tasas de mortalidad infantil tiendan a generar altas tasas de fecundidad entre las parejas pobres. Por lo general, la alta fecundidad compensa sobradamente la alta mortalidad, una consecuencia de la aversión al riesgo de las familias. En una ilustración numérica, los hogares cuyos hijos tienen una tasa de supervivencia del 75% optan por tener seis hijos, de los que sobreviven una media de 4,5. Los hogares cuyos hijos tienen una tasa de supervivencia del 95% tienen dos hijos, de los que sobreviven como promedio 1,9. Los hogares con altas tasas de mortalidad acaban teniendo una tasa de crecimiento de la población superior a la de los hogares con bajas tasas de mortalidad, resultado quizá contrario a la intuición. Pero este régimen evolutivo nos ayuda a comprender el hecho sorprendente de que, en los países con altas tasas de mortalidad de lactantes, se dé el mayor crecimiento de población del mundo, con las consiguientes presiones sobre el entorno físico, sobre todo en la medida en que las poblaciones en crecimiento están atestando las frágiles superficies agrícolas de subsistencia. En la figura 4 se muestra la estrecha correlación positiva entre la tasa de mortalidad de lactantes y la tasa general de crecimiento de la población. El descenso de las tasas de mortalidad de lactantes no tenderá a elevar, sino tenderá a reducir a la larga la tasa de crecimiento de la población. Sin embargo, como hemos señalado más arriba, los programas de lucha contra las enfermedades deben completarse con programas de salud reproductiva y educación, para asegurar que la transición hacia unas menores tasas de mortalidad vaya acompañada lo antes posible de la transición a menores tasas de fecundidad.

Los efectos demográficos no sólo operan a nivel de los hogares, sino también a nivel macroeconómico. Cuando las tasas de mortalidad infantil descienden, seguidas por el descenso de las tasas de fecundidad, el crecimiento general de la población tiende a frenarse y la edad media de la población tiende a aumentar. El cociente de dependencia juvenil (número de jóvenes

**Figura 4.** RELACIÓN ENTRE LOG (TASA DE MORTALIDAD DE LACTANTES) Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, 148 PAÍSES, 1995 (recta de regresión parcial)



por número de adultos) tiende también a reducirse. Estos cambios demográficos impulsan el PNB general por habitante y el crecimiento económico (véase Bloom y Canning 2001). La proporción creciente de población en edad activa eleva directamente el PNB por habitante.<sup>60</sup> La proporción de población en edades de altas tasas de ahorro aumenta, por lo que las tasas de ahorro totales de la economía tienden a elevarse. La mayor esperanza de vida de cada individuo tiende también a elevar las tasas de ahorro ajustadas por edades. Estos efectos, al igual que otros que estamos analizando, resultan evidentes al comparar las características del ahorro de diversos países, aunque es difícil estimar con precisión su magnitud, dadas las numerosas variables de confusión.

### *Repercusión de la morbilidad en la sociedad*

Las enfermedades imponen a la sociedad costos que van más allá de los soportados por los individuos y las familias afectados directamente por los episodios de enfermedad. Una alta carga de morbilidad, por ejemplo, genera una importante rotación de la fuerza de trabajo y reduce la rentabilidad de las empresas todavía en mayor medida que los efectos directos sobre la productividad individual del trabajador.<sup>61</sup> Las enfermedades como el paludismo plantean riesgos a todos los individuos que lleguen a

un lugar determinado, por lo que reducen el turismo, bloquean inversiones por lo demás rentables, o impiden una utilización económica eficaz de la tierra cultivable o de otros recursos naturales. Muchas otras parasitosis tropicales (por ejemplo, la oncocercosis, la esquistosomiasis y la tripanosomiasis) convierten algunas zonas tropicales en inhabitables o nada atractivas para ciertas formas de asentamientos o actividades agrícolas. Una alta incidencia de enfermedades en el personal de una empresa provoca también una rotación muy importante, y absentismo, los cuales reducen los beneficios todavía más que los efectos de los episodios individuales de enfermedad. Por lo general, las empresas deben contratar y formar a más de un trabajador para cada puesto, con objeto de compensar la elevada rotación. Muchas empresas han reducido sus inversiones en África debido a la alta prevalencia del SIDA, la cual permite prever una rotación muy elevada de la fuerza de trabajo.

El ejemplo clásico de una enfermedad que obstaculizó una inversión de vital importancia es la construcción del canal de Panamá. Se estima que entre 10 000 y 20 000 personas murieron de paludismo y fiebre amarilla en los primeros años del proyecto, entre 1882 y 1888, y ésta fue quizá la razón principal de que Lesseps no pudiera repetir en América el éxito obtenido en Suez. El costo de este fracaso rondó los 30 millones de dólares y décadas de retraso para completar la construcción del canal. La experiencia en la lucha contra estas enfermedades obtenida por William Gorgas en La Habana, que se aplicó en Panamá, fue uno de los principales factores que condujeron a la terminación de las obras por los Estados Unidos en 1914 (Jones 1990). Problemas similares de control de enfermedades siguen castigando hoy día a la minería, el turismo y las actividades agrícolas. Datos circunstanciales indican que la espectacular reducción del paludismo en varias regiones subtropicales durante las décadas de 1940 y 1950 (sobre todo en países de Europa meridional como España, Grecia, Italia y Portugal) galvanizó el crecimiento económico en gran medida, al estimular el turismo masivo y las inversiones directas de capital extranjero.<sup>62</sup> Estos beneficios superarían con mucho los costos directos de la enfermedad tal y como se hubiesen medido en estudio de costo de enfermedad.

Los riesgos que entraña el SIDA en el sur de África también parecen estar mermando enormemente las inversiones en la región. Parte de la productividad de una empresa deriva del trabajo en equipo fruto de las relaciones laborales estables entre los trabajadores clave. Debido a la masiva rotación motivada por el SIDA, las empresas han de hacer frente a continuas rupturas de los grupos de trabajo y a los altos costos que supone volver a asignar los puestos y formar a los trabajadores. Estos costos de

la rotación gravan directamente la rentabilidad de la empresa y vienen a sumarse a los efectos sobre la productividad de los trabajadores individuales. El semanario *The Economist*, por ejemplo, cita los casos de algunas multinacionales de Sudáfrica que contratan a tres trabajadores para cada puesto cualificado «con objeto de asegurar la disponibilidad de sustitutos cuando los trabajadores preparados fallecen.»<sup>63</sup> Existen numerosos datos circunstanciales de empresas que han recortado sus inversiones en el sur de África debido al SIDA.

De igual modo, cuando una proporción significativa de individuos de una comunidad cae enferma, toda la comunidad sufre las consecuencias. Es probable que el presupuesto local se desvíe para atender a los enfermos, lo que reduce los fondos disponibles para otros servicios sociales. Puede también que la confianza en la comunidad descienda, sobre todo si la enfermedad se interpreta como una maldición, un envenenamiento o un caso de brujería, como ocurre a menudo en algunas zonas de África en respuesta al SIDA. Puede que los trabajadores cualificados huyan o mueran, dejando a la comunidad sin el liderazgo técnico o empresarial que necesita, y que la moral social mengüe. El elevado número de huérfanos por el SIDA puede suponer una gran presión para las redes de asistencia social. Es probable que las tasas de ahorro de las familias desciendan y, con ellas, la tasa de acumulación de capital a escala de la sociedad. Incluso el gasto directo de tiempo y dinero que generan las frecuentes velas de enfermos y los funerales pueden tener un efecto adverso significativo sobre la economía local, fenómeno muy evidente en algunos de los países del sur de África muy afectados por el VIH/SIDA.

Una alta carga de morbilidad desbarata el presupuesto nacional igual que desbarata el de una familia. El sistema de atención de salud se ve sometido a gran presión y requiere más recursos, incluidos quizá recursos de donantes que, en circunstancias diferentes, se habrían destinado a cubrir otras necesidades. Los impuestos recaudados por el Estado se reducen en el mismo grado en que disminuye la actividad económica (como ocurre cuando el turismo desciende o la producción empresarial se ve mermada por otras razones). La combinación de un aumento de la demanda presupuestaria y un descenso de los ingresos por esta vía puede provocar importantes déficit presupuestarios que, a su vez, desestabilicen la macroeconomía y tengan otros efectos adversos en la esfera económica.

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD EN LOS PAÍSES DE BAJOS INGRESOS**  
 En las últimas décadas, la salud de la población de los países en desarrollo ha sido fuente de buenas noticias, malas noticias y noticias desastrosas.

La buena noticia es que, en la mayor parte de las regiones del mundo en desarrollo, la segunda parte del siglo XX fue testigo de una mejora sin precedentes de la salud pública mundial. Entre 1960 y 1995, la esperanza de vida en los países de bajos ingresos mejoró en 22 años, frente a 8 en los países desarrollados. Como promedio mundial, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años descendió de 150 por 1000 nacidos vivos en la década de 1950 a 40 por 1000 nacidos vivos en la de 1990, con descensos notables en cada década. Además, estas mejoras no se produjeron por sí solas, como una consecuencia natural del desarrollo económico. Antes bien, reflejan la influencia de la atención de salud y las inversiones conexas. A lo largo de las últimas tres décadas, varias campañas de inmunización y estrategias en pro de la supervivencia infantil han aumentado en millones el número de niños protegidos frente a los perjuicios de las infecciones infantiles más frecuentes. También ha descendido la mortalidad entre los adultos no fumadores. Han contribuido a estos dos beneficios otros factores, en particular la difusión de la educación. Por consiguiente, demuestran la eficacia de unas inversiones en salud bien orientadas, y presagian lo que ahora puede conseguirse.

La mala noticia es que, pese a estos impresionantes logros, la carga de morbilidad prevenible sigue siendo asombrosamente elevada en los países en desarrollo, y acarrea profundos costos humanos y económicos. Como vemos en el cuadro 1, la esperanza de vida en los 48 países menos desarrollados es de sólo 51 años, frente a 78 en los países de ingresos altos.<sup>64</sup> Las tasas de mortalidad de lactantes son de 100 por 1000 nacidos vivos en los países menos desarrollados, frente a sólo 6 en los países de ingresos altos. Según las estimaciones de la OMS para 1998, las infecciones eran el mayor asesino de niños y adultos del mundo. A ellas se debían 13,3 millones de los casi 54 millones de defunciones en todo el mundo. En 1998, hasta el 45% de las defunciones en África y Asia Sudoriental se atribuyeron a infecciones y, en todo el mundo, el 48% de las defunciones prematuras (en menores de 45 años) se consideraron de etiología infecciosa. En el conjunto de los países de ingresos bajos y medios, casi una tercera parte de las defunciones se debían a enfermedades transmisibles susceptibles de prevenirse o tratarse, a trastornos maternos y perinatales, y a carencias nutricionales. La mortandad causada por estas enfermedades en un solo año es asombrosa: 16 millones de defunciones, la mayor parte debidas a unas pocas enfermedades. Existen intervenciones eficaces para reducir la mortalidad causada por cada una de estas enfermedades, pero no llegan de manera fiable a cientos de millones de personas. Si consideramos sólo el caso de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización

(GAVI) estima que, en todo el mundo, se producen anualmente 2,9 millones de defunciones por enfermedades fácilmente prevenibles mediante la inmunización, la inmensa mayoría de ellas en los países en desarrollo.<sup>65</sup>

La noticia desastrosa es que un solo virus nuevo, el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), responsable del SIDA, ha sumido en una sola generación a gran parte del África subsahariana y a otras zonas del mundo en la pandemia más devastadora de la historia moderna. Los primeros casos de infección por el VIH se identificaron a principios de la década de 1980, presumiblemente después de que, unas décadas antes, el virus mutara y pasara de infectar animales a infectar seres humanos. Pero se estima que, en sólo 20 años, el VIH/SIDA ha causado 22 millones de defunciones (de las que 2,8 millones se produjeron en 1999), ha causado un sufrimiento humano sin cuento y ha infectado a 58 millones de personas, de las que 36 millones están hoy día vivas. (El cuadro 6, que muestra datos del final de 1999, contabiliza 34,3 millones de personas infectadas.) La mayoría de esos individuos probablemente fallezcan prematuramente por las complicaciones del SIDA, aunque sus vidas pueden prolongarse notablemente con los actuales protocolos de tratamiento, e incluso salvarse si se logra desarrollar técnicas mejoradas en los próximos años. En algunas sociedades, sobre todo del este y el sur de África, la pandemia ha progresado hasta una situación alarmante en la que una cuarta parte o más de la población adulta está infectada. En muchos otros lugares del mundo, en particular en las regiones muy pobladas de Asia, la pandemia se encuentra en sus etapas

**Cuadro 6.** EPIDEMIA DE SIDA. SELECCIÓN DE REGIONES, FIN DE 1999 (MILES)

Región	Personas que viven con el VIH/AIDS, final de 1999	Defunciones por SIDA, 1999	Huérfanos del SIDA, 1999	Prevalencia edn adultos (%), fin 1999
Mundial	34 300	2 800	13 200	1,07
África subsahariana	24 500	2 200	12 100	8,57
Asia Oriental y Pacífico	530	18	5	0,06
Asia Austral y Sudoriental	5 600	460	850	0,54
Europa Oriental y Asia Central	420	8	15	0,21
Norte de África y Oriente Medio	220	13	15	0,12
Europa Occidental	520	7	9	0,23
América del Norte	900	20	70	0,58
Caribe	360	30	85	2,11

Fuente: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Junio 2000.

iniciales y amenaza con provocar decenas de millones de defunciones más en los próximos años, salvo que se pongan en marcha a una escala mucho mayor e intensiva estrategias eficaces de lucha ya identificadas.

Las perspectivas de salud de los 1000 millones de personas más pobres podrían mejorar radicalmente si se tomara como objetivo un conjunto relativamente pequeño de enfermedades y trastornos, a saber:

el VIH/SIDA

el paludismo

la tuberculosis

las afecciones maternas y perinatales

las causas comunes de mortalidad infantil, como el sarampión, el tétanos, la difteria, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas

la malnutrición, que exacerba estas enfermedades

otras enfermedades prevenibles mediante vacunación

las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco

Estos trastornos no son los únicos problemas de salud que aquejan a la población pobre: además de las que se concentran particularmente en ella, contrae también las mismas dolencias que el resto del mundo. Sin embargo, las enfermedades citadas son responsables de una gran proporción de la mortalidad evitable en las poblaciones pobres, medida ésta comparando las tasas de mortalidad de los países pobres con las de los no fumadores de los países ricos, ajustadas a la edad.<sup>66</sup> Por consiguiente, nos hemos centrado en las enfermedades asociadas a la máxima diferencia de mortalidad entre los países pobres y los países ricos, y hemos constatado que afectan fundamentalmente a los pobres de los países de bajos ingresos.

Al separar los resultados según tres grupos de edad, el estudio mostró que, en los países de ingresos bajos y medios, la mortalidad evitable es responsable de aproximadamente el 87% de la probabilidad total de fallecer de los menores de 5 años. Entre los varones de 5 a 29 años, se calculó que el 60% de la mortalidad total era evitable, mientras que en las mujeres de la misma cohorte la cifra era del 82%, más elevada debido en gran medida a los riesgos del embarazo y el parto. Entre las mujeres de 30 a 69 años, el 51% de la mortalidad era evitable; sólo entre los varones de este grupo de edad la mortalidad evitable era inferior a la mitad de la mortalidad total (43%).

Debería resultar evidente que no toda la mortalidad «evitable» identificada por este procedimiento puede, de hecho, ser evitada a corto plazo, ya que ello supondría elevar de inmediato el entorno y los sistemas de salud hasta los niveles de los países desarrollados; aunque este proceso no tiene



por qué ser tan lento como muchos podrían imaginar, y podría sin duda acelerarse, no es posible hacerlo arbitrariamente breve. Sin embargo, no es descabellado pensar en este nivel de atención como aspiración última.

#### HACER FRENTE A LA CARGA DE MORBILIDAD

Reviste una importancia decisiva el hecho de disponer ya de intervenciones eficaces que pueden reducir la mortalidad asociada a cada una de estas enfermedades, aunque no cabe duda de que también es importante desarrollar mejores métodos de tratamiento y prevención para muchas de ellas. Algunas de estas enfermedades podrían, incluso, eliminarse, y todas ellas pueden controlarse en cierta medida, medida que a menudo puede ser grande. Los avances no están limitados ni por un abanico excesivamente amplio de opciones ni por la ignorancia de lo que es preciso hacer. Todos los problemas de la pobreza, generalmente complejos e interrelacionados, son de carácter operativo: los pobres pueden carecer de los conocimientos para protegerse adecuadamente o para recurrir a los servicios necesarios, así como del poder para proteger sus derechos, o de los ingresos para acceder a la asistencia. La mejor forma de avanzar sigue dos posibles cauces. Uno de ellos consiste en invertir en el sistema de salud para proporcionarle la solidez y el financiamiento necesarios, así como las prioridades adecuadas para dispensar un número relativamente pequeño de intervenciones esenciales. El otro se basa en medidas complementarias dentro del ámbito educativo y en avances institucionales más amplios, como la participación de la comunidad, para que los pobres puedan acceder de manera efectiva a estas intervenciones esenciales y estén motivados para recurrir a ellas.

Pueden lograrse enormes progresos en muchas categorías de enfermedades y en la mayor parte de las regiones del mundo, y de hecho se han conseguido. Una forma particularmente llamativa de avance ha sido la capacidad, hasta ahora sin precedentes históricos, de trascender el control de algunas enfermedades para llegar hasta su eliminación o erradicación.<sup>67</sup> La erradicación de la viruela es, junto con el aterrizaje en la Luna, un cambio de paradigma en los logros humanos. Para los escépticos de hoy día, interesa recordar que también muchos consideraban imposible erradicar la viruela; la propuesta de emprender su erradicación fue aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud de 1966 por sólo dos votos.<sup>68</sup> La poliomiélitis, doblegada ya hasta el punto de que su contribución a la carga de morbilidad mundial es mínima, probablemente se erradique en un futuro próximo. Estas erradicaciones no sólo son grandes logros de la salud pública, sino que representan también un ahorro repetido en forma de vacunaciones que se han vuelto innecesarias.<sup>69</sup> De igual forma, la eliminación del sarampión,

todavía un asesino importante (800 000 defunciones en 1998), ya no está fuera de los límites de lo posible para las principales regiones. Incluso se lograría la erradicación mundial si pudieran elevarse los niveles de vacunación en todo el mundo. Malawi, uno de los países más pobres del mundo, en el que el 20% de la población no tiene acceso a los servicios de atención de salud y menos del 50% dispone de agua salubre, se ha comprometido a lograr un alto nivel de inmunización sistemática frente al sarampión y a desarrollar campañas para localizar a las personas que ésta ha pasado por alto. En 1999 no se notificaron defunciones infantiles por sarampión en Malawi, y sólo se registraron dos casos confirmados en todo el país. Además de los programas encaminados a eliminar la poliomielitis y el sarampión, la OMS encabeza actualmente iniciativas, generosamente respaldadas por donaciones de la industria farmacéutica y la ayuda de organizaciones no gubernamentales, cuyo objetivo es erradicar o eliminar a escala mundial otras siete enfermedades, la mayor parte de las cuales gravan sobre todo a las comunidades pobres: la enfermedad de Chagas, la dracunculosis, la lepra, la filariasis linfática, el tétanos neonatal, los trastornos por carencia de yodo y el tracoma.

La vacunación no es el único medio para lograr el éxito. Allí donde se ha puesto en práctica, el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) contra la tuberculosis está logrando excelentes tasas de curación.<sup>70</sup> En el caso del paludismo, los insecticidas modernos y un mejor tratamiento de los casos (es decir, el empleo de antipalúdicos) pueden tener una repercusión significativa; en gran parte de Asia y de América Latina, las defunciones por paludismo han disminuido de manera espectacular. La reciente reaparición de la enfermedad, aunque preocupante, no ha amenazado nunca a estos países con mortandades como las del pasado. En África, proyectos piloto con mosquiteros impregnados con insecticida redujeron muy eficazmente las tasas de mortalidad allí donde la proporción de usuarios de mosquiteros era elevada. Las enfermedades diarreicas pueden combatirse mediante la difusión general del tratamiento de rehidratación oral, unida a un mejor saneamiento. Este tipo de intervenciones ha reducido significativamente el pavoroso tributo que se cobraban estas enfermedades entre los niños: las defunciones anuales por enfermedades diarreicas descendieron de 4,6 millones en 1980 a 3,3 millones en 1990 y a 1,5 millones en 1999.

En fecha reciente, los principales organismos internacionales en la esfera de la salud han compilado algunos estudios específicos de casos referentes a éxitos en la lucha contra estas enfermedades, para hacer hincapié en los éxitos reales, sobre el terreno, logrados en muchos países.<sup>71</sup> Son los siguientes:

### *VIH/SIDA*

Descenso de la prevalencia del VIH en los reclutas militares de Tailandia.

Mayor uso del preservativo por los profesionales del sexo y descenso de las infecciones de transmisión sexual en Tailandia.

Descenso de la prevalencia del VIH en los jóvenes entre 13 y 19 años en Uganda.

### *Tuberculosis*

Descenso, logrado con el DOTS, de los casos de tuberculosis en Perú.

Descenso, logrado con el DOTS, de la tasa de mortalidad por tuberculosis en China, la India y Nepal.

### *Paludismo*

Fuerte descenso de las defunciones por paludismo en Viet Nam, por un mejor diagnóstico y tratamiento de los casos y el uso de mosquiteros impregnados con insecticida.

Descenso de la incidencia de paludismo en Azerbaiyán por la pulverización de insecticida, la quimiopprofilaxis, el empleo de larvicidas y un mejor diagnóstico y tratamiento de los casos.

Descenso de la incidencia de paludismo en la costa de Kenya por el empleo de mosquiteros impregnados con insecticida.

### *Enfermedades de la infancia*

Descenso de la tasa de mortalidad infantil en México gracias al tratamiento de rehidratación oral.

Descenso de las defunciones por infecciones respiratorias en el Pakistán.

Descenso espectacular de los casos de sarampión y de las defunciones por esta enfermedad en Malawi, gracias a la inmunización.

Descenso de la anemia grave en la República Unida de Tanzania por el tratamiento vermífugo en las escuelas.

Acusado descenso de las tasas de mortalidad infantil por la aplicación de programas de base comunitaria en el Brasil.

### *Afecciones maternas y perinatales*

Descenso de las defunciones maternas por la actuación de asistentes obstétricos cualificados en Sri Lanka.

Descenso de la transmisión del VIH de la madre al hijo por el empleo de antirretrovíricos.

Descenso de las defunciones maternas y de lactantes por la inmunización con toxoide tetánico en Bangladesh.

*Enfermedades relacionadas con el tabaquismo*

Caída de las ventas de cigarrillos y aumento de los ingresos por incremento de los impuestos selectivos sobre su consumo en Sudáfrica.

Prohibiciones generales de la publicidad y promoción del tabaco en Polonia, Sudáfrica y Tailandia

Sin embargo, por impresionantes que sean, estos logros sólo representan, en el mejor de los casos, una tarea a medio hacer. Debemos admirarnos de que el mundo haya reducido las tasas de mortalidad infantil de 150 por 1000 a 40 por 1000 nacidos vivos, pero también hemos de tener en cuenta que, en África, la tasa sigue siendo de 150 por 1000, y que en algunos países de este continente, como consecuencia del VIH/SIDA, está aumentando en lugar de descender. Es inquietante el hecho de que se esté produciendo no sólo una progresión incompleta, sino también un retroceso incipiente. En todo el mundo, las mejoras en salud pública se están frenando, e incluso se están invirtiendo en las regiones de alta prevalencia del VIH/SIDA. Aunque la mortalidad infantil en el mundo ha descendido en cada década desde la de 1950, lo hizo con una rapidez significativamente mayor en la década de 1970 y 1980 que en la de 1990.

En algunos de los países más pobres del mundo, la cobertura de muchas intervenciones básicas está menguando en lugar de aumentar. En muchos países, el porcentaje de madres cuyos partos son atendidos por matronas cualificadas o médicos está descendiendo. Pese a la importancia de la vacunación para la supervivencia de los niños, los niveles de vacunación infantil se estancaron o descendieron en muchos países pobres durante la década de 1990, dejando a decenas de millones de niños sin cobertura de inmunización. Como consecuencia de ello, en la población infantil de los países pobres siguen produciéndose anualmente 1,6 millones de defunciones por causa del sarampión, el tétanos y la tos ferina, pese a que esas enfermedades se han eliminado en gran medida en los países de altos ingresos. Las mejoras en la cobertura de los servicios de inmunización podrían reducir drásticamente esta cifra, como se ha demostrado en muchos países que han tenido éxito en sus enérgicas iniciativas de lucha antisarampionosa. La cobertura con otras vacunas útiles y eficaces, ampliamente utilizadas en el mundo desarrollado, es todavía más precaria. Muchas vacunas de uso habitual en los países ricos (como la vacuna antihepatitis B y la vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b, o Hib) apenas se utilizan todavía en algunos países de ingresos bajos. Se estima que aproximadamente una cuarta parte de los 1,8 millones de niños que fallecen cada año por infecciones agudas de las vías respiratorias bajas sucumben a *Haemophilus influenzae* tipo b,

y quizá una proporción equivalente lo hace a neumonías estreptocócicas, frente a las cuales se ha empezado a utilizar recientemente una vacuna en los países de altos ingresos.

Una de las intervenciones más importantes en materia de salud consiste en prestar más atención a la salud reproductiva, no sólo para frenar la propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA, sino también para limitar la fecundidad mediante la planificación familiar, incluido el acceso a la anticoncepción.<sup>72</sup> Muchos de los lugares de la Tierra que soportan una mayor carga de morbilidad tienen tasas de crecimiento de la población muy elevadas, lo cual supone una enorme presión para estas sociedades y sus perspectivas de desarrollo.<sup>73</sup> Mientras los países de ingresos altos tienen tasas de crecimiento de la población inferiores al 1% anual (0,7% en 1990–1998), en los países más pobres estas tasas rondan el 2% anual (2,0% en 1990–1998), o el 2,6% si se excluyen China y la India. Aunque no hemos realizado estimaciones de costos de la necesidad creciente tanto de servicios de planificación familiar como de un suministro adecuado de métodos anticonceptivos, es evidente que, en este terreno, existe un desfase en los fondos aportados por los donantes que es preciso resolver, aunque representa sólo una pequeña proporción de las necesidades totales de financiación.<sup>74</sup>

Muchas personas se preguntan si reducir las tasas de mortalidad en los países de bajos ingresos no exacerbaría las presiones sobre la población y conduciría a las sociedades a sufrir más penalidades en forma de hambre, escasez de tierras y descenso de la producción por habitante. La pregunta es pertinente: si las intervenciones en materia de salud logran salvar a más individuos, ¿para qué tipo de vida se han salvado? La respuesta, por fortuna, es optimista. Si se gestionan correctamente, dichas intervenciones contribuirán a frenar el crecimiento de la población, no a acelerarlo, pero para que esto ocurra es importante combinarlas con mayores esfuerzos encaminados a ofrecer servicios de planificación familiar y un mayor acceso a los métodos anticonceptivos. Ya hemos señalado que las familias pobres optarán por tener menos hijos (e invertir más en la educación y la salud de cada uno de ellos) si confían en que los hijos sobrevivirán, y si tienen acceso a la planificación familiar y la anticoncepción. Con programas de planificación familiar eficaces se podrá recortar en gran medida, o incluso eliminar, el desfase entre las tasas descendientes de mortalidad infantil y las tasas descendientes de natalidad. Bangladesh y varios estados del sur de la India (en particular Tamil Nadu y Andhra Pradesh) son ejemplos de lugares que han colmado la diferencia entre estas dos tasas y disfrutaban al mismo tiempo de una mejor salud y de un menor crecimiento de la población.<sup>75</sup>

## LA PANDEMIA DE SIDA

De todos los problemas de salud a los que se enfrentan las poblaciones más pobres del planeta, la pandemia del VIH/SIDA es, sin duda, la más dramática. Ha llegado a todos los países del mundo y, en muchos de ellos, está agravándose rápidamente. En el sur y el este de África, la infección está alcanzando niveles nunca vistos en una enfermedad tan invariablemente mortal. Los perjuicios ya causados en estos países, y la posibilidad de provocar durante la próxima década una mortandad de una envergadura sin precedentes en anteriores pandemias, hacen del VIH/SIDA un desafío único para los sistemas de salud a escala mundial. Tres millones de personas murieron de SIDA en el año 2000, de las que 2,4 millones habitaban en el África subsahariana. Doce millones de niños africanos han quedado huérfanos por la enfermedad y, de no adoptarse medidas de lucha más eficaces, esta cifra podría aumentar hasta unos abrumadores 40 millones al final de esta década. Si no se logra controlar la enfermedad, devastará a la sociedad africana y paralizará el desarrollo económico en este continente y en otras regiones de alta prevalencia.

Aunque el VIH/SIDA es un problema mundial, la pandemia adopta rasgos muy distintos según los lugares. Casi las tres cuartas partes de las personas que viven con el VIH/SIDA residen en el África subsahariana. En el este y el sur de África, la enfermedad se ha propagado rápida y ampliamente entre la población. En Botswana, la prevalencia del VIH en las mujeres que acudieron a consultas prenatales se duplicó, pasando del 18% al 35% entre 1994 y 1999, y en Sudáfrica creció del 3% al 20% durante el mismo periodo. En el centro y el oeste de África, entre el 2% y el 10% de los adultos están infectados. La transmisión heterosexual es la fuente principal de nuevos casos en el África subsahariana, y son más las mujeres infectadas que los hombres. Se ha producido un incremento explosivo de nuevas infecciones por el VIH en los países de la antigua Unión Soviética, debido fundamentalmente a la transmisión por el consumo de drogas por vía intravenosa. Todos los países del sur y el este de Asia con epidemias graves de SIDA, excepto Camboya, han sufrido también tempranas y trágicas epidemias entre los consumidores de drogas por vía intravenosa. Además, Camboya, la India, Myanmar y Tailandia padecen grandes epidemias originadas en la transmisión heterosexual. También en el Caribe la epidemia es de origen fundamentalmente heterosexual, y presenta algunas de las tasas de infección más elevadas, fuera del África subsahariana. En América del Sur, la prevalencia nacional del VIH es generalmente del 1% o menor, y la propagación se produce fundamentalmente por las relaciones sexuales entre hombres y el consumo de drogas por vía intravenosa. Fuera

del África subsahariana, son más los hombres que viven con el VIH/SIDA que las mujeres.

No se han esclarecido por completo las razones de que la prevalencia varíe de unos países a otros. El tiempo transcurrido desde la introducción de la epidemia es, sin duda, un factor determinante, al igual que los regímenes de movilidad, la actividad sexual, y quizá también las variaciones de los subtipos víricos.<sup>76</sup> El sur y el este de África parecen distinguirse por el gran número de trabajadores varones migrantes y familias desmembradas, un legado del *apartheid*, de la violencia regional y de las prácticas laborales en el sector minero. Es muy probable que estas condiciones propicien unas altas tasas de contactos sexuales con profesionales del sexo. Puede, también, que la elevada incidencia de úlceras genitales y la escasa proporción de varones circuncidados expliquen por qué las tasas más altas se localizan en el sur y el este de África, en contraposición a la parte occidental del continente. Con todo, ningún país ha escapado a esta pandemia. El VIH se ha propagado por los países ricos y pobres y, dentro de cada país, entre los ricos y los pobres.

Algunos países soportan ya la carga de una altísima prevalencia, mientras otros, como China y la India se encuentran todavía en la fase inicial de la pandemia, por lo que unas medidas de lucha oportunas pueden prevenir una proliferación explosiva de las infecciones. Las pruebas documentales, todavía incompletas, apuntan a una impresionante oleada de infecciones por el VIH tanto en China como en la India, que amenaza a las dos sociedades más pobladas del mundo. En estos países, los costos de la inacción podrían cifrarse literalmente en decenas de millones de defunciones, evitables mediante políticas acordes con la urgencia de la situación.

La clave para frenar y, en última instancia, invertir la evolución de la pandemia del VIH/SIDA radica en el bloqueo de la transmisión del virus. En lo que respecta a la transmisión sexual, forma predominante de contagio, existen dos estrategias principales: reducir el número de parejas sexuales de las personas ya infectadas, lo cual se espera lograr en parte gracias al asesoramiento y las pruebas voluntarias de los ya infectados por el VIH; y disminuir la probabilidad de que las relaciones sexuales entre personas infectadas y no infectadas conduzcan al contagio, por ejemplo mediante el uso del preservativo. En el caso de la transmisión por la sangre, es esencial reducir el uso compartido de agujas entre los consumidores de drogas por vía intravenosa, analizar la sangre utilizada para las transfusiones, y esterilizar los equipos de inyección en las transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas. Se ha comprobado la eficacia de los tratamientos con antirretrovíricos en la transmisión prenatal y perinatal de la madre al hijo.

La prevención se vería enormemente impulsada, claro está, por el desarrollo de vacunas contra el VIH; incluso aunque su eficacia fuera relativamente escasa, podrían modificar notablemente la dinámica de la pandemia, de ahí que el desarrollo de vacunas eficaces sea la principal prioridad de las investigaciones en el campo del VIH/SIDA. Sin embargo, aun sin disponer de una vacuna, es mucho lo que puede hacerse para prevenir la propagación de la enfermedad.

Las intervenciones más claramente eficaces frente al VIH son las que modifican las tasas de transmisión entre grupos que, por la alta frecuencia de cambio de pareja, la mayor sensibilidad a la infección, o ambos factores, tienen más probabilidades de infectarse y de transmitir el virus a otras personas. En este aspecto, los profesionales del sexo constituyen un grupo muy importante. En todo el mundo se han obtenido importantes éxitos con programas orientados a fomentar el uso del preservativo en este colectivo, fundamentalmente por medio de una educación impartida por compañeros. Primero en Tailandia y ahora en Camboya, las iniciativas orientadas a identificar las zonas de trabajo de los profesionales del sexo, y a proporcionar a éstos educación entre compañeros y tratamiento de las ITS, han logrado reducir espectacularmente la infección por el VIH no sólo entre los profesionales del sexo vulnerables, sino también en la población general. El estado hindú de Tamil Nadu parece a punto de lograr un éxito similar. Es posible combinar las intervenciones dirigidas a los profesionales del sexo con un mejor tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual, que pueden aumentar la vulnerabilidad de los individuos a la infección. Este tratamiento mejorado probablemente resulte muy útil para luchar contra el VIH, aunque los resultados divergentes de los estudios sobre esta cuestión dejan claro que se necesitan más investigaciones. El tratamiento de las ITS puede también proporcionar una vía de acceso a los clientes de los profesionales del sexo y a otros hombres que mantienen numerosos encuentros sexuales. Los estudios de modelización llevados a cabo para la Comisión indican que los programas de educación entre compañeros para los profesionales del sexo y sus clientes, combinados con los servicios de atención a las ITS, podrían reducir en decenas de millones la cifra de defunciones que el SIDA causará en la India.

Existe también una necesidad acuciante de programas dirigidos a los adolescentes, un grupo especialmente vulnerable. Aunque es escasa la información fiable sobre la eficacia de las intervenciones con los adolescentes, un estudio llevado a cabo en Namibia (Shanton et al. 1998) daba a entender que los programas escolares bien concebidos pueden contribuir a elevar la edad de la primera relación sexual de los adolescentes, así como la probabilidad



de que utilicen el preservativo. Entre los adultos, la educación por compañeros en el lugar de trabajo puede también inducir importantes cambios en los modos de comportamiento: en un ensayo aleatorizado llevado a cabo en Zimbabwe se constató que este tipo de intervención redujo en un 30% la incidencia de la infección por el VIH-1 (Machekano 1998).

Se han llevado a cabo con éxito muchos proyectos piloto bien documentados sobre prevención de la infección por el VIH, pero existen pocos ejemplos de políticas que hayan logrado modificar los comportamientos a escala nacional. En los casos en los que se han conseguido éxitos a escala nacional, como la reducción de la prevalencia del VIH en Uganda o su mantenimiento en niveles bajos en Senegal, ha desempeñado un importante papel un liderazgo nacional comunicativo y franco. Sin embargo, muchos políticos han huido del VIH/SIDA, en lugar de poner en marcha acciones contra la enfermedad. Les asusta divulgar información sobre una enfermedad mortal para la que no pueden aportar soluciones por carecer de recursos presupuestarios. Un mayor apoyo económico de los donantes para el tratamiento también permitiría a los políticos hablar con mucha más franqueza de la prevención. Además, la transmisión del virus guarda relación con la sexualidad humana y los comportamientos más privados e íntimos, así como con algunos muy estigmatizados, como el consumo de drogas por vía intravenosa y la homosexualidad. Los líderes políticos son reacios a participar en un debate público sobre estas cuestiones o a respaldar políticas muy eficaces que la opinión pública podría interpretar como un apoyo a comportamientos socialmente desviados (como la promoción del uso del preservativo entre los profesionales del sexo o de agujas limpias entre los consumidores de drogas por vía intravenosa).

Una segunda razón para la falta de éxito de los programas nacionales radica en las limitaciones de la capacidad, incluida la escasez de recursos humanos en el gobierno y las ONG, ante un programa de aplicación de proyectos enorme, complejo y diverso, a veces impulsado por los donantes y la comunidad internacional. Intentar hacer demasiadas cosas con efectivos humanos demasiado escasos puede conducir a una cobertura limitada y de baja calidad para muchas iniciativas. Disponer de recursos financieros adicionales reviste una enorme importancia para ampliar la capacidad, incluida la formación. A corto plazo, la selectividad, la priorización y la financiación de la ampliación son decisivos para asegurar la cobertura, la calidad y la repercusión de estas intervenciones.

Al tiempo que subrayamos la importancia de la prevención, debemos proporcionar un tratamiento eficaz a los 36 millones de personas que viven actualmente con la infección, de las que el 95% residen en países en desa-

rrollo. Estas personas morirán pronto y de manera dolorosa si no tienen acceso a la atención médica adecuada, que puede prolongarles notablemente la vida. Sin tratamiento, dejarán atrás familias afligidas, decenas de millones de huérfanos y la devastación social y económica en las regiones muy afectadas. El tratamiento no es sólo una necesidad moral, sino un componente necesario de la estabilización económica y, en última instancia, el regreso al desarrollo económico en las regiones del mundo con alta prevalencia. También se ha hecho mucho más asequible, con significativos descensos en los precios de los medicamentos necesarios. El costo total del tratamiento, incluidos los medicamentos y los servicios médicos, ronda en la actualidad los US\$ 500 a US\$ 1000 anuales en el África subsahariana, probablemente equivalente al ingreso anual medio de los trabajadores afectados por la enfermedad en sus años de máxima productividad. Este hecho determina que el tratamiento resulte rentable desde el punto de vista de los datos económicos totales descritos más arriba, aunque siga siendo inasequible para los individuos como tales.<sup>77</sup>

Para algunas de las infecciones oportunistas (IO) que contribuyen a la mortalidad por el VIH/SIDA se dispone de tratamientos desde mediados de 1980, y algunos son rentables en regiones del mundo en desarrollo (sobre todo los antibióticos eficaces frente a la tuberculosis). Desde 1996, el tratamiento antirretrovírico de gran actividad (TARGA), que actúa directamente sobre el virus, ha prolongado espectacularmente la esperanza de vida. Sin embargo, el tratamiento de las IO sólo prolonga significativamente la vida si se administra junto con el TARGA. Por desgracia, debido a los costos del tratamiento, sólo una proporción insignificante de las personas de los países de bajos ingresos que podrían beneficiarse del tratamiento está en situación de recibirlo. Se estima que, de los 25 millones de africanos infectados por el VIH y de los aproximadamente 4 millones que se encuentran anualmente en fases avanzadas de enfermedades relacionadas con el VIH, sólo entre 10 000 y 30 000 reciben antirretrovíricos, y muchos de estos tratamientos seguramente son ineficaces, porque los pacientes sólo pueden procurarse los medicamentos esporádicamente. El ONUSIDA y la OMS estiman que se podrá ampliar la cobertura a 5 millones de personas aproximadamente en los países de bajos ingresos, con una proporción importante en África, para fines del año 2006.

Dada la facilidad con que muta el VIH, el acceso generalizado al TARGA provocará con toda seguridad un aumento de las cepas víricas farmacorresistentes, por lo que es esencial que las intervenciones basadas en este tratamiento se lleven adelante con sumo cuidado y siguiendo métodos de salud pública, al objeto de reducir al mínimo este inconveniente. Se ha

propuesto aplicar al TARGA el método de la administración bajo observación directa utilizado en la tuberculosis, pero el desafío sería cualitativamente distinto, ya que el TARGA exige un cumplimiento de por vida. Por suerte, se está reduciendo significativamente su complejidad, por ejemplo mediante la formulación de toda la combinación de antirretrovíricos en una única pastilla que debe tomarse dos veces al día (por ejemplo, Trizivir). Es casi inevitable que aparezcan farmacorresistencias, por lo que parece que un compromiso de continuidad con el TARGA exigirá la incorporación de nuevos fármacos, a ser posible con pautas de administración cada vez más sencillas. Su introducción en los países de bajos ingresos debe ir acompañada por una amplia investigación operacional que determine la eficacia de otras pautas y métodos, sobre todo por la preocupación que suscitan las farmacorresistencias, pero también, desde una perspectiva más general, porque el TARGA sigue siendo una pauta terapéutica compleja para una enfermedad que también lo es. Creemos que al menos el 5%, y quizá más, de la financiación total para el tratamiento del VIH/SIDA debería reservarse para la investigación operacional.

La introducción del tratamiento en los países de bajos ingresos debería, sin duda, emprenderse buscando también promover la prevención. Aunque el tratamiento debe considerarse fundamentalmente desde su perspectiva médica (prolongar la vida de los individuos enfermos), más que desde el punto de vista de la salud pública (interrumpir la transmisión del virus), los programas de tratamiento deberían concebirse de modo que potenciaran también las medidas de prevención. Por ejemplo, en los programas apoyados por donantes es razonable ofrecer fondos para el tratamiento sólo si se acompaña de un plan de prevención activa, ya que ambos son necesarios para combatir la pandemia. En segundo lugar, la disponibilidad del tratamiento elevará notablemente el número de personas que acudan para el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV), una vez que sepan que dispondrán del tratamiento en caso de resultar seropositivas. Se estima que, hoy día, sólo el 5% aproximadamente de los africanos infectados por el VIH conocen su situación, cifra que podría aumentar notablemente si se ampliara el acceso al tratamiento. Con sistemas eficaces de APV se lograría inducir un cambio en los comportamientos de las personas que están infectadas pero no lo saben. Es evidente que este resultado positivo debe sopesarse frente al riesgo de que el acceso al tratamiento (y la creencia ingenua de que ofrece la «curación») pueda propiciar los comportamientos sexuales más arriesgados, incluso entre los aún no infectados. En tercer lugar, aunque no se ha demostrado, cabe la posibilidad de que los individuos en tratamiento

(y que lo cumplen correctamente) sean menos infecciosos, debido al menor número de virus presentes en su organismo («carga vírica» reducida).

Tanto la prevención como el tratamiento son costosos. Tratar las infecciones oportunistas exigirá importantes recursos, del mismo orden de magnitud que el tratamiento antirretrovírico. Estimamos que los costos totales del tratamiento del SIDA podrían alcanzar los US\$ 14 000 millones para el año 2007 y rondar los US\$ 22 000 millones para 2015, distribuidos aproximadamente en tercios entre la prevención, el tratamiento de las IO y el tratamiento antirretrovírico (véase el cuadro A2.2). Este nivel de gasto permitiría que la cobertura de los tratamientos de las IO y del tratamiento antirretrovírico se extendiera aproximadamente a las dos terceras partes de los individuos infectados por el VIH en los países de bajos ingresos, según lo necesitaran (véase el cuadro 7). Sin embargo, las cifras reales de pacientes en tratamiento serían, en cualquier momento, muy inferiores a las dos terceras partes de los individuos infectados por el VIH, ya que el tratamiento antirretrovírico sólo se aplicaría a aquellos cuya situación inmunológica (p. ej., la carga vírica y el recuento de linfocitos CD4) superara ciertos umbrales clínicos, y el tratamiento de las IO dependería también, claro está, de las enfermedades concretas de los pacientes. Partimos de que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (GFATM) pagaría una parte, no toda, de la lucha contra el VIH en los países de bajos ingresos. En concreto, hemos recomendado que el GFATM financie aproximadamente US\$ 8000 millones anuales en el año 2007 y US\$ 12 000 millones anuales para 2015; el resto de las necesidades quedarían cubiertas por otros programas de donantes bilaterales y multilaterales, y por recursos internos de los países receptores.

#### NIVELES DE GASTO EN SALUD EN LOS PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

Las intervenciones esenciales necesarias para reducir gran parte de la mortalidad evitable de los países de bajos ingresos no son costosas, pero tampoco gratuitas. Una parte fundamental del trabajo de la Comisión ha consistido en estimar los costos de ampliar las intervenciones esenciales en los países de bajos ingresos, definidos a estos efectos como todos los pertenecientes al África subsahariana más todos los demás países con ingresos iguales o inferiores a US\$ 1200 por persona y año (en el cuadro A2.B figura una lista completa de los países y las agrupaciones de países). También hemos elaborado las estimaciones de costos de varios subgrupos de países según las regiones y los ingresos. El conjunto de intervenciones y los niveles previstos de cobertura de estas intervenciones se muestran en el cuadro 7. Por ejemplo, se supone que la cobertura del DOTS para

**Cuadro 7.** OBJETIVOS DE COBERTURA PARA UNA AMPLIACIÓN A GRAN ESCALA  
(Y COBERTURA ESTIMADA PARA EL AÑO 2002)

	2002	2007	2015
<b>Tuberculosis</b>	44%	60%	70%
<b>Paludismo</b>			
Tratamiento	31%	60%	70%
Prevención	2%	50%	70%
<b>VIH</b>			
Prevención (fuera del sector sanitario)	10–20%	70%	80%
Prevención (dentro del sector sanitario)	< 1% – 10%	40%	70%
Atención de las IO	6%–10%	40%	70%
<b>TARGA</b>	< 1%	45%	65%
<b>Inmunización*</b>			
BCG/DPT/OPV	75%	90%	90%
HepB/Hib**			
Sarampión	68%	80%	80%
<b>AIEPI</b>			
IAR	59%	70%	80%
Diarrea	52%	70%	80%
<b>Trastornos maternos</b>			
APN	65%	80%	90%
Asistencia obstétrica cualificada	45%	80%	90%
Políticas de lucha antitabáquica (gravamen superior al 80%, prohibición de la publicidad y la promoción, información al consumidor)	20%	80%	80%

\* comprende la provisión de vitamina A; \*\* las vacunas HepB/Hib no están incluidas en la cobertura del año 2002.

el tratamiento de la TB se elevará desde un porcentaje estimado del 44% de los pacientes infectados por la TB hasta el 60% para el año 2007, y hasta el 70% para 2015. Algunos probablemente considerarán bajas estas cifras de cobertura; hemos hecho una estimación moderada de lo que puede hacerse, basada en los actuales niveles de infraestructura y personal formado, y suponiendo un proceso enérgico, pero factible, de inversiones y de ampliaciones en el sector de la salud a partir de esta situación. La descripción detallada del conjunto de intervenciones se presenta en el Informe de Síntesis del Grupo de Trabajo 5. Obsérvese que el objetivo de estos costos es proporcionar un precio de plena eficiencia económica para la provisión de las intervenciones de salud, incluidos los costos directos de los medicamentos y los servicios de salud, las inversiones de capital, la gestión complementaria y el apoyo institucional, así como las inversiones en la formación de nuevo personal.

Alcanzar las tasas de cobertura ampliada para el año 2007 exigiría otros US\$ 14 por persona y año (precios de 2002 en dólares de los Estados Unidos) en los países de bajos ingresos, y US\$ 22 por persona y año en los países menos desarrollados, sumados al nivel de gasto del año 2002. Con los actuales recursos internos de aproximadamente US\$ 21 por persona en los países de bajos ingresos (y de apenas US\$ 13 por persona en los países menos desarrollados), los gastos totales se elevarían en el año 2007 a unos US\$ 34 por persona y año en los países de bajos ingresos, y a US\$ 38 por persona y año en 2015. Podríamos considerar este nivel, de manera muy aproximativa, como la suma mínima por habitante necesaria para introducir las intervenciones esenciales de salud. Es, sin duda, un nivel muy modesto comparado con el gasto medio en los países de altos ingresos, que supera los US\$ 2000 por persona y año. Pero es elevado en comparación con los desembolsos actuales y, como subrayamos, también lo es con relación a la capacidad de pago de los países de bajos ingresos, especialmente de los menos desarrollados. Las necesidades concretas de financiación variarán, claro está, de unos países y regiones a otros, dependiendo de la epidemiología de las enfermedades (p. ej., la incidencia y prevalencia del paludismo, del VIH/SIDA y de la TB) y de las condiciones económicas locales (se alcanzarían niveles mucho más altos en los países de ingresos medios del África subsahariana afectados por el VIH/SIDA). La mayor parte de los US\$ 30 a US\$ 45 deberán proceder de desembolsos públicos, por dos razones: para cubrir los bienes públicos (como la lucha contra las enfermedades infecciosas) allí donde los individuos carecen de incentivos para emprender por sí mismos las acciones protectoras necesarias; y para asegurar el acceso a los pobres, que carecen de una financiación familiar suficiente.

Hemos constatado que nuestra estimación de los costos por habitante para la provisión de los servicios esenciales coincide, en términos generales, con otros estudios recientes que han abordado esta cuestión desde puntos de vista algo distintos. Por ejemplo, David Evans, Chris Murray y otros colegas de la OMS han estimado que unos servicios de salud eficaces requieren aproximadamente US\$ 80 por persona y año en dólares ajustados a la paridad del poder adquisitivo (Evans et al. 2001). Partiendo de la estimación de la OMS de que cada US\$ 1 de gasto en un país de bajos ingresos equivale aproximadamente a US\$ 2 – US\$ 3 ajustados a la PPA, el umbral de los US\$ 80 viene a ser de US\$ 33 – US\$ 40 en dólares actuales (no ajustados a la PPA) y está, pues, en consonancia con nuestras propias estimaciones. Siguiendo un método muy diferente, también las estimaciones del sector de los hospitales misionales de alta calidad en Ghana indican que la ampliación exigiría un gasto anual por población cubierta de aproximadamente US\$

45 por persona en dólares actuales, sin incluir los costos de capital iniciales para la infraestructura física (Arhin-Tenkorang y Buckle 2001). Un estudio reciente del Fondo Monetario Internacional (FMI) indica que una cobertura de salud eficaz exigiría aproximadamente el 12% del PNB de los países de bajos ingresos para que éstos alcanzaran los Objetivos Internacionales de Desarrollo relativos a la reducción de la mortalidad infantil.<sup>78</sup> Para los países menos desarrollados, con un PNB anual por habitante en torno a US\$ 300 por persona, esto significa gastar alrededor de US\$ 36 por persona y año. En cualquier caso, nos encontramos en el extremo inferior de la horquilla de estimaciones.

Insistimos, no obstante, en que no es posible adquirir ningún lote de servicios de salud de calidad a razón de US\$ 30 – US\$ 45 por persona; desde luego, no el tipo de atención integral de los países de altos ingresos, en donde el desembolso anual es, en la actualidad, igual o superior a US\$ 2000.<sup>79</sup> Nuestras estimaciones se refieren a un sistema de salud mínimo, que pueda atender a las principales enfermedades transmisibles y a los trastornos maternos y perinatales, responsables de una proporción significativa de las defunciones evitables en los países de bajos ingresos. Nuestras estimaciones de costos no incluyen algunas categorías clave que deberán formar parte de cualquier sistema de salud operacional, como la atención traumatológica y de urgencia (fracturas óseas, apendicectomías), los hospitales terciarios y la planificación familiar (incluida la distribución de anticonceptivos) más allá del primer año después del nacimiento. Consideramos esas estimaciones como una evaluación exacta, aunque correspondiente a la parte inferior de la horquilla, de las cantidades necesarias para lograr un descenso decisivo de las defunciones evitables debidas a las enfermedades en las que nos estamos centrando. La dispensación eficaz de estas intervenciones fortalecerá, no obstante, la capacidad de los servicios de salud locales para responder también a las necesidades diarias de la atención de salud, requisito importante para que las familias pobres utilicen más los servicios de salud financiados con fondos públicos.

La mayor parte de los países de bajos ingresos ni siquiera alcanzan los niveles mínimamente aceptables de servicios, o el gasto por persona necesario para ello. Entre los 48 países menos adelantados (cuadro 8), los desembolsos medios no ponderados en salud eran de US\$ 11 por habitante en 1997, de los que US\$ 6 procedían del presupuesto y el resto principalmente de pagos directos. En los restantes países de bajos ingresos, los desembolsos medios eran de US\$ 23 por habitante en 1997, todavía inferiores al umbral mínimo, de los que aproximadamente US\$ 13 procedían de desembolsos presupuestarios. Estas sumas comprenden los gastos en salud respaldados

**Cuadro 8.** GASTO INTERNO Y ASISTENCIA DE DONANTES EN MATERIA DE SALUD, 1997-1999

	Gasto público en salud (por persona, 1997, US\$)	Gasto total en salud (por persona, 1997, US\$)	Asistencia de donantes a la salud (por persona, media anual 1997-1999)	Asistencia de donantes a la salud, media anual (millones de US\$ 1997-1999)
Países menos adelantados	6	11	2,29	1 473
Otros países de bajos ingresos	13	23	0,94	1 666
Países en desarrollo de ingresos medios-bajos	51	93	0,61	1 300
Países en desarrollo de ingresos medios-altos	125	241	1,08	610
Países de ingresos altos	1 356	1 907	0,00	2
Todos los países			0,85	5 052

*Nota: Medias no ponderadas para los países en sus respectivas categorías. Sólo incluye a los países con una población igual o superior a 500 000 habitantes en 1997.*

por los donantes. De hecho, los niveles actuales de ayuda de los donantes son sumamente bajos: apenas US\$ 2,29 por habitante en los países menos desarrollados entre 1997 y 1999, y US\$ 0,94 por habitante en los demás países de bajos ingresos.

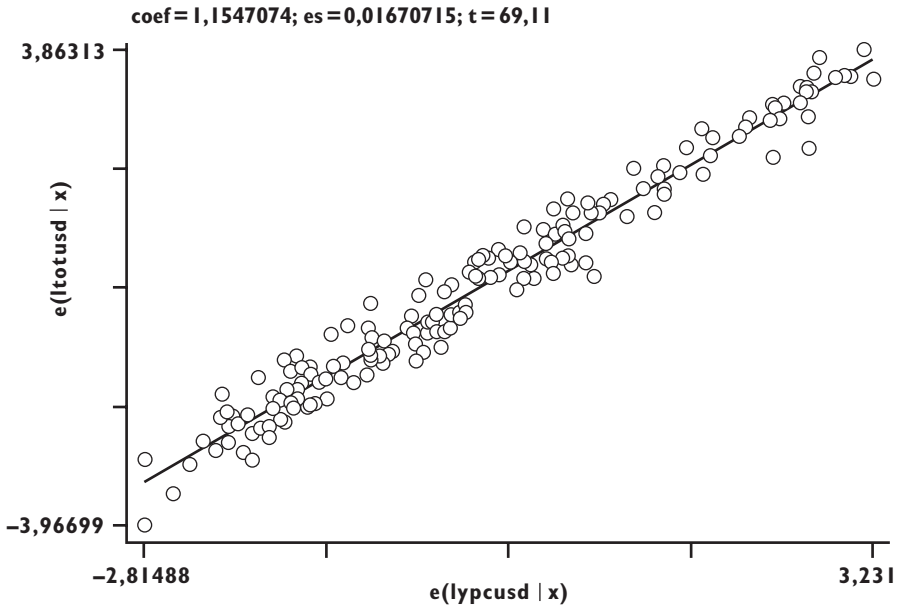
#### MOVILIZACIÓN DE MÁS RECURSOS INTERNOS EN PRO DE LA SALUD

Los insuficientes niveles de gasto en salud son, sobre todo, reflejo de la aritmética básica de la pobreza. Cuando un país tiene un PNB de apenas US\$ 500 por persona y año, incluso desembolsos en salud equivalentes al 5% del PNB representarían sólo US\$ 25 por habitante y año. Hay 1800 millones de personas viviendo en países con ingresos por habitante inferiores a US\$ 500, y todas ellas, excepto 35 millones, residen en países con desembolsos medios en salud inferiores a US\$ 25 por habitante y año (las excepciones son Kenya y Nicaragua). Ningún país con ingresos iguales o inferiores a US\$ 500 por año (lista que comprende a 44 países de nuestra muestra de datos) logró desembolsar US\$ 30 por persona y año en salud, y ni uno solo de los gobiernos de estos países recaudó siquiera US\$ 20 por habitante y año para desembolsos públicos en salud.

Como se muestra en la figura 5, en el año 1997, los gastos en salud de 167 países estuvieron determinados fundamentalmente por el ingreso nacional.<sup>80</sup> Cada aumento del 1% en el ingreso derivó en un aumento algo mayor del 1% en el gasto en salud.<sup>81</sup> Los países más pobres son escandalosa-



**Figura 5.** RELACIÓN ENTRE LOG (PNB POR HABITANTE, 1997) Y LOG (GASTO PÚBLICO EN SALUD POR HABITANTE, 1997) (recta de regresión parcial)



mente pobres si se toman como referencia los países de altos ingresos y, por consiguiente, su gasto en salud es también escandalosamente bajo. Aunque los países pobres destinaran más recursos internos a la salud, seguiría sin resolverse el problema fundamental, a saber, que los países pobres carecen de los recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades de salud más básicas de sus poblaciones. Con una valoración de US\$ 30 a US\$ 40 por habitante para las intervenciones esenciales, estos costos representarían más del 10% del PNB de los países menos desarrollados, muy por encima de lo que es posible movilizar a partir de los recursos internos.

Aun así, la Comisión examinó detenidamente en qué medida podrían mobilizarse mayores recursos internos, en especial presupuestarios, en los países de bajos ingresos para destinarlos a la salud. En lo relativo a los recursos del sector público, la capacidad para generar mayores ingresos destinados a la salud difiere, claro está, de unos países a otros, y se basa en las estructuras económicas, las capacidades de recaudación fiscal, el sobreendeudamiento interno y externo con desembolsos presupuestarios para los servicios de la deuda, y muchos otros factores. Por lo general, como se muestra en el cuadro 9, los países más pobres movilizan una proporción menor del PNB en ingresos fiscales: una media del 14% del PNB en los países de bajos ingresos, frente al 31% del PNB en los de altos ingresos. Además, dada la limitación para la recaudación de impuestos de

**Cuadro 9.** FISCALIDAD COMO PORCENTAJE DEL PIB

Países	Recaudación impositiva total	Impuestos sobre el comercio internacional	Impuestos especiales sobre la producción y el consumo	Impuestos generales sobre ventas	Seguridad Social
Bajos ingresos (31) Menos de US\$ 760 por habitante	14,0	4,5	1,6	2,7	1,1
Medios bajos (36) US\$ 761 – US\$ 3030 por habitante	19,4	4,2	2,3	4,8	4,0
Medios altos (27) US\$ 3631 – US\$ 9360 por habitante	22,3	3,7	2,0	5,7	5,6
Ingresos altos (23) Superiores a US\$ 9360 por habitante	30,9	0,3	3,1	6,2	8,8

*Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas, FMI. Los ingresos que definen las categorías se corresponden con los de la Lista de Receptores de Ayudas del CAD a 1 de enero de 2000. El número de países figura entre paréntesis.*

base amplia, como el impuesto sobre la renta o el impuesto sobre el valor añadido, la recaudación fiscal tiende a gravar el mercado internacional y productos específicos, lo que determina un alto grado de distorsión y una capacidad limitada para financiar el aumento del gasto público.

Sin embargo, existen casos en los que el gasto público en salud es muy inferior al que verosímilmente se podría movilizar, pero lo que falta es voluntad política. Cuando las sociedades están muy divididas, por ejemplo por fronteras geográficas o étnicas, los gobiernos pueden dirigir el gasto público hacia una minoría pequeña y favorecida en lugar de hacerlo hacia el conjunto de la población. Asimismo, cuando existe discriminación hacia las mujeres, que suelen ser responsables de los cuidados de salud en las familias, a menudo se presta menos atención a las necesidades asistenciales de los pobres en general y de las mujeres en particular.

También es cierto que los escasos desembolsos a menudo se despilfarran, como ocurre en particular con los pagos directos de los pobres, que se destinan a tratamientos incorrectos o de mala calidad. En China y la India, por ejemplo, los pobres del medio rural pagan de su bolsillo aproximadamente el 85% de todos los servicios de salud que reciben, y gran parte de ese dinero se destina a fármacos innecesarios o inadecuados, vendidos engañosamente por clínicas que se autofinancian con la venta de productos farmacéuticos, o a personas que prestan servicios sin autorización ni cualificación para ello.<sup>82</sup> Los costos cada vez más elevados de la atención de

salud excluyen a una proporción significativa de los pobres de los servicios esenciales, y un gran número de familias se ven reducidas a la pobreza cada año por los desembolsos en salud.<sup>83</sup> En África, muchas familias gastan sumas enormes en modalidades de asistencia informales y tradicionales, con funestas consecuencias para la salud. Algunos desembolsos privados se destinan, claro está, a buenos tratamientos dispensados por el sector privado y las ONG. También los desembolsos públicos pueden despilfarrarse o recibir un destino inadecuado, como ocurre cuando se asignan recursos financieros excesivos a servicios curativos de alta tecnología para las elites urbanas de las capitales, y no el suficiente para las intervenciones esenciales de lucha contra las enfermedades transmisibles de los pobres del medio rural o, en términos más generales, para responder a las necesidades básicas de servicios de salud curativa y materno-infantil de los pobres.

Dada la limitada capacidad de los países de bajos ingresos para movilizar los ingresos estatales, y la gran demanda de que éstos son objeto para destinarlos a la administración pública, las infraestructuras, la agricultura, la policía, la defensa, la educación y los servicios de la deuda, además de la salud, probablemente sea optimista esperar que los países de bajos ingresos puedan siquiera allegar un 4% del PNB en desembolsos presupuestarios para la salud. De hecho, ni un solo país con unos ingresos por habitante inferiores a US\$ 600 anuales ha alcanzado este nivel de desembolso estatal para la salud.<sup>84</sup> Aunque la mayor parte de los países podrían movilizar un mayor gasto presupuestario para la salud, es también realista asumir que lo recaudado no superaría el 1% al 2% del PNB en los países de bajos ingresos. Como orientación para nuestras estimaciones de costos, hemos supuesto que los países de bajos ingresos incrementarán sus desembolsos presupuestarios en salud en una media del 1% del PNB para el año 2007 y del 2% del PNB para 2015. Para un país con US\$ 500 por habitante, el incremento supondría US\$ 5 por habitante y año en el año 2007 y US\$ 10 por habitante y año en 2015, insuficiente para anular la diferencia entre los costos de los servicios esenciales y los recursos disponibles. También se podría corregir cierta ineficiencia en el sector de la salud, debida tanto a una mala asignación de los recursos como al uso poco eficiente de la tecnología, pero es probable que el ahorro que se consiguiera no superara el 20% del gasto actual (Henscher 2001). Sólo la ayuda de los donantes puede cubrir este déficit de financiación de los países de bajos ingresos.

Existen, de hecho, otros dos problemas con los actuales mecanismos de financiación de la salud en los países de bajos ingresos, además de los insuficientes niveles generales de gasto. En primer lugar, la proporción de desembolsos totales en salud procedentes del presupuesto es también relati-

vamente baja (55%), muy inferior a la de los países de altos ingresos (71%). Dado que es necesario el gasto del sector público en salud para asegurar los recursos que permitan el acceso de los pobres a los servicios de salud, el escaso volumen de los desembolsos públicos agrava el problema de la insuficiencia general de recursos. En segundo lugar, el gasto privado tiende a adoptar la forma de pagos directos, en lugar de pagos previos, por lo que está muy poco cubierto por seguros (es decir, la mancomunación de riesgo es muy escasa), a diferencia de la tasa mucho más elevada de cobertura de seguros en los países de altos ingresos. Además, este gasto privado tiende a ser ineficaz, al destinarse al pago de productos farmacéuticos de alto precio y servicios prestados por personal poco cualificado.

La Comisión recomienda que, en las comunidades pobres, los gastos directos se encaucen cada vez más en planes de «financiación comunitaria», para ayudar a cubrir los costos de la atención de salud basada en la comunidad. El propósito fundamental de estas medidas es ofrecer a las comunidades locales un plan de incentivos en el que cada US\$ 1 que la comunidad obtuviera para la cobertura de salud mediante pagos previos se vería aumentado, según una determinada tasa de cofinanciación, por el gobierno nacional (respaldado por la ayuda de los donantes). Estos pagos previos realizados por la comunidad cubrirían fundamentalmente los servicios básicos de atención curativa distintos del conjunto de intervenciones esenciales (que deben quedar cubiertas por fondos presupuestarios, con ayuda de los donantes). De este modo, se alentaría a las comunidades locales a mancomunar sus recursos y a aportar algún tipo de supervisión de la dispensación de servicios de salud, de base comunitaria. Este método ofrecería una mayor dispersión del riesgo, para que los hogares no tuvieran que enfrentarse a una catástrofe económica en caso de que los ingresos familiares se vieran afectados por repentinos reveses de salud. El gobierno nacional podría también colaborar en la supervisión de la calidad de los servicios de salud dispensados a nivel local. Los programas de financiación por la comunidad no son la panacea, y han fallado en numerosas ocasiones, pero para muchos países parecen un mecanismo prometedor y flexible, que con frecuencia es posible adaptar a las necesidades locales.

En el contexto de un programa de financiación por la comunidad no deben confundirse los pagos previos con otro procedimiento que se ha probado en algunas ocasiones: el pago de honorarios por los usuarios. Según la definición convencional, los honorarios son los pagos por servicios de salud en el momento de la enfermedad (es decir, desembolsos directos), y gravan a menudo intervenciones esenciales. La experiencia ha demostrado repetidas veces que el pago de honorarios acaba excluyendo a los pobres de

los servicios esenciales de atención de salud, mientras que permite recuperar sólo una fracción muy pequeña de los costos.<sup>85</sup> Por consiguiente, el método basado en la financiación por la comunidad difiere del pago de honorarios en dos aspectos fundamentales: en primer lugar, supone un pago previo, en lugar de desembolsos directos, y, en segundo lugar, no es necesario utilizar las contribuciones para cubrir los servicios esenciales, ya que éstos estarían cubiertos por recursos financieros públicos que sería totalmente adicional a las contribuciones comunitarias.

Existe otro método para obtener más ingresos destinados a la salud en los países de bajos ingresos: se basa en un mayor alivio de la carga de la deuda y en la asignación de las cantidades ahorradas al sector de la salud. La iniciativa de los Países Pobres Muy Endeudados (PPME) reducirá los servicios de la deuda aproximadamente en un 2% del PNB para unos 30 países pobres muy endeudados, y quizá en torno a la cuarta parte de este ahorro se asignará directamente al sector de la salud. El saldo de la deuda se reducirá en unas dos terceras partes con respecto al valor actual, combinando las formas tradicionales de reducción de la deuda con el alivio ampliado de la carga que ofrece la iniciativa PPME. Esta valiosa iniciativa podría ampliarse de dos maneras: aumentando el número de países amparados por ella y ofreciendo una mayor reducción de la deuda. Dados los extraordinarios resultados de la primera fase en lo relativo al encauzamiento de los ahorros de la deuda hacia gastos sociales, estas iniciativas adicionales parecen dignas de ser aplicadas, aunque comportarían un mayor apoyo financiero bilateral para fortalecer la iniciativa PPME.<sup>86</sup> Precisemos, claro está, que los ahorros adicionales serían sólo una pequeña parte del aumento necesario de la ayuda de los donantes.

Como estrategia básica para la reforma económica de la atención de salud en los países de bajos ingresos, la Comisión recomienda, por tanto, seis medidas: 1) aumentar la movilización de los ingresos fiscales generales hacia el sector de la salud en un 1% del PNB para el año 2007 y en un 2% del PNB para el año 2015; 2) acrecentar la ayuda de los donantes para financiar la dispensación de bienes públicos y asegurar el acceso de los pobres a los servicios esenciales; 3) siempre que sea posible, convertir los actuales desembolsos directos en planes de pago previo, incluidos los programas de financiación por la comunidad respaldados por fondos públicos; 4) ampliar la iniciativa PPME, tanto en el número de países a su amparo como en el grado de alivio de la deuda (con la ayuda de la comunidad de donantes bilaterales); 5) esforzarse por corregir las actuales ineficiencias en la asignación y utilización de los recursos estatales en el sector de la salud; y 6), en términos más generales, reasignar los desembolsos públicos

ahora destinados a gastos y subsidios improductivos a la financiación de programas del sector social orientados a los pobres.

Para los países de ingresos medios, los problemas de financiación son algo distintos. Los desembolsos totales en salud son suficientes para asegurar el acceso de toda la población a los servicios esenciales de salud, pero persisten dos problemas básicos. En primer lugar, muchas familias pobres de los países de ingresos medios carecen, no obstante, de acceso a los servicios de salud, porque son demasiado pobres para costárselo y los recursos financieros que el Estado aporta en su nombre son demasiado escasos. Recomendamos vivamente a los países de ingresos medios que movilicen los fondos públicos necesarios para ampliar la cobertura a las cohortes y regiones más pobres. En segundo lugar, la demanda de cobertura de intervenciones que van más allá de los servicios esenciales, en particular para las enfermedades no transmisibles, aplica una presión financiera cada vez mayor sobre el sistema de salud. Si los pagos para esta gama creciente de servicios son directos, las familias se encuentran ante el peligro de la ruina económica en caso de sufrir reveses repentinos de salud; y si los pagos proceden del presupuesto, entonces los costos crecientes de los programas de salud se convierten en una preocupación importante. Además, también el modo de contratar los servicios (p. ej., los pagos por acto médico a los dispensadores frente al acceso universal por medio del seguro nacional de salud) establece diferencias. Los sistemas de pago por acto médico propician una escalada espectacular de los costos, ya que los dispensadores de servicios prescriben pruebas y procedimientos innecesarios.

La experiencia de los países de altos ingresos indica que la tendencia de muchos gobiernos de los países de ingresos medios a intentar desviar la financiación de los servicios clínicos de salud al sector privado, en particular por medio de pagos por acto médico, entraña el riesgo de que se produzca una escalada espectacular de los costos, y vendría casi a garantizar que una parte importante de la población carecerá de acceso económico a los servicios en caso de necesidad. En contra de la mayor parte de las predicciones, una consecuencia constante de la introducción de la cobertura universal en los países de la OCDE ha sido la estabilización de la tasa de crecimiento de los gastos en salud, como porcentaje del PIB, durante los últimos 10 a 15 años (Preker 1998; Thompson y Huber 2001).<sup>87</sup> Preker señala las siguientes razones posibles: 1) unas políticas de mayor control del gasto; 2) la eliminación de las presiones de los seguros de salud privados para aumentar el gasto; y 3) el hecho de que, en algunos países, se hubiese logrado una cobertura casi universal antes de su establecimiento por ley.

Considerando el total de los datos, casi todos los países de ingresos medios dedican al sector de la salud recursos suficientes para garantizar el acceso universal a los servicios esenciales.<sup>88</sup> Sin embargo, la mayor parte de estos países no alcanzarán este objetivo por dos razones principales. En primer lugar, por la existencia de grandes desigualdades de ingresos en la sociedad, a menudo definidas por fronteras geográficas, étnicas o de ambos tipos, y asociadas a la falta de voluntad política de destinar recursos públicos para asegurar el acceso de los pobres. Existen bolsas de profunda pobreza en algunas regiones como las zonas rurales del nordeste del Brasil y el oeste de China, y las poblaciones empobrecidas carecen a menudo de acceso a las intervenciones esenciales, lo que acarrea consecuencias sociales y económicas muy perjudiciales. En segundo lugar, muchos países de ingresos medios no han desarrollado seguros para sus trabajadores del sector informal, que abonan de su bolsillo los servicios de salud y se enfrentan a la bancarrota cuando padecen una enfermedad grave.<sup>89</sup> La Comisión cree que, como parte de la estrategia de desarrollo económico de todos los países de ingresos medios, los fondos públicos deberían garantizar el acceso universal a las intervenciones esenciales, lo cual puede exigir que se realicen transferencias fiscales a las regiones más pobres, destinadas a servicios de salud. El financiamiento público puede también proporcionar incentivos a los trabajadores del sector informal para que participen en planes de mancomunación de riesgos. La experiencia de los países de la OCDE en las últimas dos décadas es instructiva, ya que muestra que pueden mejorarse la equidad y la eficiencia adoptando medidas en materia de planificación presupuestaria, pagos, contrataciones y contención de los costos.

Aunque estas transferencias redistributivas sean factibles a largo plazo, muchos países de ingresos medios carecerán de efectivo a corto plazo. El Banco Mundial y los bancos regionales para el desarrollo deberían colaborar estrechamente con los países y con la Organización Mundial de la Salud para proyectar préstamos a largo plazo y apoyo técnico, destinados a ayudar a estos países a ampliar la cobertura de sus intervenciones a los pobres. Aunque, desde el punto de vista técnico, son préstamos sin condiciones especiales, ofrecen a los países receptores un mejor acceso a la financiación de la salud que el que conseguirían en el mercado financiero libre.<sup>90</sup> Los préstamos del Banco Mundial a países de ingresos medios como el Brasil, China y Tailandia para fines concretos como combatir el SIDA y la tuberculosis han demostrado la eficacia de este planteamiento.

## SUPRESIÓN DE LAS LIMITACIONES NO FINANCIERAS QUE AFECTAN A LOS SERVICIOS DE SALUD

Las limitaciones que privan a cientos de millones de pobres del mundo del necesario acceso a los servicios de salud van mucho más allá del financiamiento inmediato. La mayoría de los 1000 millones de personas más pobres no pueden acceder a un sistema de salud que esté a la altura que corresponde. Los conductos por los que podrían llegar fondos y materiales son demasiado angostos, se han obturado o están acribillados de agujeros; puede que no lleguen donde se necesitan o no estén bajo el control del sector de la salud. Puede, incluso, que ni siquiera existan conductos. Este estado de cosas, es decir, la carencia de un sistema de salud eficaz y competente, limita todos los esfuerzos para ampliar la dispensación de intervenciones eficaces. En algunos casos, estos problemas sistémicos se convertirán en limitaciones dominantes si aumenta rápidamente el gasto y se reduce a cero el beneficio marginal del desembolso en materiales o personal. Esta situación ya se está dando en ciertas regiones de algunos países en desarrollo, donde parte de los trabajadores permanecen inactivos por disfunciones del sistema.

Como parte del proceso de ampliación, será necesario eliminar las limitaciones estructurales y fortalecer las capacidades. Muchas de estas limitaciones pueden superarse con más fondos, utilizados con sensatez, por lo que los donantes deberían, en efecto, asociarse con el país receptor e invertir ampliamente en un proceso enérgico de fortalecimiento del sistema de salud. Este empeño llevará tiempo, por lo que es urgente comenzar ahora para alcanzar objetivos dentro de muchos años, por ejemplo, construyendo nuevas infraestructuras físicas, aumentando el personal del sector de la salud y mejorando su preparación, y fortaleciendo los sistemas de gestión y su capacidad. La máxima prioridad de la ampliación es el nivel comunitario, por ser en el que se dispensan realmente los servicios de salud. La hemos denominado la parte *cercana al cliente* (CAC) del sistema de salud. En el nivel CAC, la ampliación conlleva un fortalecimiento básico de su personal asistencial, un suministro suficiente de fármacos y una capacidad mínima de transporte. Supone también la dotación del soporte físico del sector de la salud (instalaciones, equipos de diagnóstico, y conectividad de los centros CAC por teléfono y correo electrónico), y del soporte lógico, lo que significa contar con mejores sistemas de gestión e inspección, así como una mayor responsabilización ante los usuarios, vehiculada por la supervisión local de las unidades CAC. Si las comunidades no participan plenamente ni confían en el sistema CAC, es poco probable que se consiga una cobertura ampliada y eficaz de los pobres.



En un sistema de dispensación basado en la estrategia CAC, el Estado debe desempeñar cuatro funciones. En primer lugar, identificaría y justificaría (junto con las instituciones de la sociedad civil) el conjunto de intervenciones esenciales de salud, sobre la base de las condiciones epidemiológicas locales. En segundo lugar, aseguraría un financiamiento público suficiente (incluida la ayuda de donantes) para el acceso universal a dicho conjunto de intervenciones esenciales. En tercer lugar, actuaría como dispensador, en consultorios y hospitales de propiedad estatal, y como contratante de servicios en el caso de proveedores no gubernamentales. En cuarto y último lugar, aspiraría a ser el garante de la calidad en la dispensación de los servicios de salud. En pocas palabras, el Estado es el rector de la salud pública, aunque no el único proveedor en la mayor parte de los casos. La CMS reconoce que el Estado tendrá que desempeñar esas funciones ampliadas en el sector de la salud en un momento en el que la capacidad de los gobiernos, sobre todo de los países más pobres, es limitada y está sujeta a menudo a restricciones administrativas y de gestión pública. Para aliviar la carga de morbilidad se deberán resolver estas limitaciones, como parte del desafío al que se enfrentan tanto los países como los donantes.

En términos organizativos, consideramos al sistema CAC como integrado por hospitales relativamente sencillos (no necesariamente capaces de dispensar toda la gama de intervenciones que se esperan de los grandes hospitales urbanos o universitarios), centros de salud y, en algunas circunstancias, puestos de salud más reducidos. Varios servicios extrainstitucionales, asociados a estas unidades, trasladarán las intervenciones directamente a la comunidad. Hará falta una supervisión médica, pero gran parte del trabajo de este componente CAC del sistema de salud podrán llevarlo a cabo personas que no sean médicos: enfermeras y personal paramédico con diversos grados de formación, como las matronas. El cuadro 10 resume nuestras expectativas en torno a la dispensación de los servicios esenciales en esta organización. Para cada intervención indicamos la supuesta unidad organizacional que sería el dispensador predominante del servicio.

Los hospitales del sistema CAC deberán estar atendidos al menos por un médico y por personal paramédico de diversos tipos, y en general podrán prestar atención hospitalaria al menos a 100 pacientes a la vez. Su finalidad es el tratamiento de los casos agudos y especialmente peligrosos o complicados. En el ámbito de la salud materna, constituirían el destino de referencia para los casos de eclampsia, hemorragia o sepsis puerperal y complicaciones consecutivas a interrupciones mal practicadas. Serían el lugar adecuado para el tratamiento de algunos casos graves de enfermedades infantiles y paludismo, y de casos complicados de tuberculosis. Probablemente lo ideal

**Cuadro 10.** EJEMPLOS DE DISPENSACIÓN DE INTERVENCIONES SEGÚN EL NIVEL ASISTENCIAL.

Nivel asistencial	TB	Paludismo	VIH/SIDA	Enfermedades de la infancia	Maternales/perinatales	Tabaquismo
Hospital	DOTS para los casos complicados de TB	Tto. del paludismo complicado	Transfusiones de sangre para el VIH/SIDA TARGA Tto. de las IO graves en el SIDA Cuidados paliativos	AIEPI – casos graves	Asistencia obstétrica de urgencia	
Centro de salud/puesto de salud-	DOTS	Tto. del paludismo no complicado Tto. antipalúdico intermitente en la embarazada	Antirretrovíricos y sustitutos de la leche materna para prevenir la transmisión materno-filial Prevención de las IO y tratamiento de las IO no complicadas APV Tratamiento de las ITS	AIEPI Inmunización Tratamiento de la anemia grave	Asistencia cualificada al parto Atención prenatal y posnatal Planificación familiar después del parto	Asesoramiento para el abandono del hábito: tratamientos farmacológicos del tabaquismo
Servicios periféricos		Planificación y respuesta en epidemias Pulverización de interiores con insecticidas residuales	Educación <i>inter pares</i> para grupos vulnerables; intercambio de jeringuillas	Servicios periféricos de aporte de micronutrientes y tratamientos vermífugos		

Cuadro 10, continuación

Nivel asistencial	TB	Paludismo	VIH/SIDA	Enfermedades de la infancia	Maternales/perinatales	Tabaquismo
Fuera del sector sanitario o no involucrado en la dispensación directa de servicios		Mercadotecnia social de los MII	Mercadotecnia social del preservativo Programas juveniles de prevención del VIH en las escuelas	Mejora de la calidad de los vendedores privados de medicamentos Tratamientos vermifugos y aporte de micronutrientes en el medio escolar. Políticas para reducir la contaminación en interiores, información, reglamentación. Leyes para el enriquecimiento de alimentos con yodo, hierro, folatos y potencialmente cinc.		Mayor presión fiscal sobre el tabaco, prohibición de la publicidad y la promoción, leyes de aire limpio, contrapublicidad

## Abreviaturas

IO: infecciones oportunistas; AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia; ITS: infecciones de transmisión sexual; Tto.: tratamiento; APV: asesoramiento y pruebas voluntarias

Nota: se han asignado las intervenciones al nivel que será el dispensador predominante del servicio; con frecuencia, otros niveles dispensarán también determinadas intervenciones (p. ej., asistencia cualificada al parto en hospitales).

sería introducir a este nivel el tratamiento antirretrovírico para los enfermos de SIDA. Estos hospitales deberían disponer de algunos servicios de laboratorio, al menos un quirófano, y equipo de anestesia y de radiología, y contarán con un dispensario general.

Para que un sistema de salud CAC funcione correctamente, necesitará al menos una (y posiblemente dos) modalidad de acceso basada en servicios externos al hospital. Lo que más se necesita es una serie de centros de salud, atendidos fundamentalmente por enfermeras y personal paramédico formado. Es en el centro de salud donde deberían realizarse la mayor parte de los tratamientos DOTS y de los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades pediátricas no complicadas, además del diagnóstico y la remisión de los casos graves. Es el mejor lugar para tratar el paludismo no complicado (aunque una parte importante del tratamiento antipalúdico puede realizarse en el domicilio, siempre y cuando se proporcionen la formación y los materiales adecuadamente envasados). Es también el nivel adecuado para el tratamiento de la mayor parte de las ITS, el tratamiento y la profilaxis de la mayor parte de las infecciones oportunistas en los casos de VIH/SIDA, y las pruebas de determinación del VIH con su correspondiente proceso de orientación. También pueden ser adecuados para este nivel el asesoramiento para dejar de fumar y las intervenciones farmacológicas contra la adicción al tabaco. Los centros de salud deberían ofrecer instalaciones adecuadas para los partos no complicados y para la administración de nevirapina u otros antirretrovíricos que reducen el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH. En algunas situaciones, por ejemplo cuando la población esté muy dispersa, estará justificado establecer un nivel más, que denominamos el *puesto de salud*. Ofrecerá servicios como la inmunización sistemática, la atención puerperal y prenatal, y el tratamiento con antipalúdicos. Sin embargo, donde la densidad de población sea alta, estos servicios ordinarios pueden dispensarse en centros de salud; en las zonas más rurales, cabe recurrir a medios móviles. Un sistema de salud CAC incluirá también un conjunto de servicios extrainstitucionales que irradian a partir de instalaciones estáticas. Estas actividades pueden incluir, en el caso de la salud maternoinfantil, las consultas prenatales, las campañas de vacunación, los programas de micronutrientes, el tratamiento antihelmíntico de sospecha, y la formación para el tratamiento domiciliario de la fiebre y de las enfermedades diarreicas mediante la rehidratación oral. En el caso del paludismo, estos servicios extrainstitucionales pueden consistir en el rociamiento de espacios interiores y la planificación para hacer frente a las epidemias. Deben también dispensarse intervenciones fuera del sector de la salud. En el ámbito del VIH/SIDA, son necesarias para llegar

hasta grupos vulnerables mediante iniciativas de educación por compañeros, decisivas para controlar la pandemia en las zonas de baja prevalencia. Pueden emplearse métodos de mercadotecnia social para fomentar el uso de preservativos y MII. Los programas de salud en las escuelas pueden centrarse en enfermedades concretas, como las parasitosis, o proporcionar educación sexual para reducir el riesgo de transmisión del VIH/SIDA. La calidad de los tratamientos adquiridos en el sector minorista puede mejorarse con medidas tales como la formación de los comerciantes y la mercadotecnia social de los fármacos, que incluye el envasado previo y unas recomendaciones terapéuticas fáciles de entender.

Históricamente, una forma de evitar los problemas de las limitaciones de capacidad en los sistemas de salud ha consistido en adoptar una estrategia «vertical» o categorizada frente a una determinada enfermedad, como el paludismo, o una familia de intervenciones, como la vacunación infantil. Estos enfoques han suscitado gran interés en muchos donantes externos, que aprecian el control centralizado que los caracteriza en el aspecto técnico y financiero, así como su tendencia a resultar más fáciles de evaluar. Muchos de estos programas han logrado grandes éxitos, tanto a escala de países como, en algunos casos, de todo el mundo. Recomendamos firmemente que no se desmantelen las estrategias categorizadas; es muy valiosa la concentración de pericia técnica y compromiso que guía estas estrategias, por lo que respaldaríamos el mantenimiento o restablecimiento en los países de bajos ingresos de los programas nacionales para el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y, quizá, otras enfermedades, incluso aunque desarrollen los sistemas CAC.

Es manifiesta la necesidad de esta pericia técnica orientada a objetivos concretos para asesorar o complementar los sistemas CAC, incluso cuando éstos funcionan bien. También es importante, no obstante, darse cuenta de que estas estrategias categorizadas son auxiliares de un sistema de salud más amplio, no sus alternativas. Además, puesto que estamos defendiendo una cobertura muy acrecentada para un número significativo de intervenciones, es indiscutiblemente más sensato fortalecer el servicio de salud adecuado para afrontar estos desafíos que intentar construir una maraña de derivaciones para eludirlos. Los programas categorizados pueden aportar asistencia técnica en el nivel CAC, protocolos normalizados para enfermedades, fármacos con garantía de calidad, y procedimientos de vigilancia y evaluación centrados en resultados concretos, además de contribuir a forjar un amplio apoyo político para el programa en cuestión. En muchos casos, las infraestructuras establecidas por estas estrategias categorizadas se están utilizando para combatir otras enfermedades de alta prioridad. Muchas de

las iniciativas mundiales respaldadas por la industria que se han mencionado con anterioridad, y que dependen de la distribución de fármacos y otros productos a grandes poblaciones, han fortalecido las infraestructuras nacionales necesarias para la dispensación de intervenciones en el sistema CAC.

La mayor parte de los países de bajos ingresos deberán hacer importantes esfuerzos para ampliar la cobertura, sobre todo en la creación del sistema CAC y sus correspondientes mecanismos de gestión. Hemos analizado detenidamente las limitaciones que será preciso superar en el proceso,<sup>91</sup> y las hemos clasificado (cuadro 11) en cinco categorías según el ámbito en el que operan: el nivel comunitario y doméstico; el nivel de dispensación de servicios de salud; el nivel de políticas y gestión estratégica del sector de la salud; las cuestiones generales de política pública; y las características medioambientales. Uno de los objetivos consiste en identificar las áreas en las que las limitaciones son más fáciles de resolver aumentando los recursos financieros, y aquellas en las que el dinero no es la limitación más importante. Las áreas en las que es más fácil eliminar los obstáculos aumentando la financiación se encuentran en las dos primeras categorías, ya que son factores que operan a nivel de la comunidad y del sistema que dispensa los servicios de salud de ésta. En los otros tres niveles, las limitaciones conciernen más específicamente a la gestión pública y al desempeño institucional, y menos a los fondos en sí. Además, la falta de capacidad de gestión es un problema a todos los niveles, pero algunos aspectos pueden corregirse de manera más rápida y sencilla en el nivel local, por lo que son prioridades inmediatas, a diferencia de la reforma y el fortalecimiento de los sistemas estatales centrales, que exigen un esfuerzo prolongado y sostenido.

Para evaluar las limitaciones existentes en los distintos países, puntuamos cada país de bajos ingresos según diversos indicadores representativos de dichas limitaciones, a saber: alfabetización femenina, número de enfermeras por cada 100 000 ciudadanos, cobertura real de la inmunización DPT3, un indicador de UNICEF que mide el acceso a los servicios de salud, unos indicadores del Banco Mundial que miden el control de la corrupción y la eficacia del gobierno, y el indicador del Harvard Center for International Development que mide la proporción de la población que habita en regiones tropicales. El análisis reveló que estos indicadores variaban mucho de unos países a otros. En los países de bajos ingresos, por ejemplo, el número de enfermeras por 100 000 habitantes oscila entre 5 y 874, y la proporción de personas consideradas con acceso a los servicios de salud está comprendido entre el 18% y el 95%.

Es importante el hecho de que los dos países de ingresos bajos y medios-bajos donde residen la mayoría de los 1000 millones de personas

**Cuadro 11.** CATEGORIZACIÓN DE LAS LIMITACIONES

Niveles	Limitaciones
Nivel comunitario y domiciliario	Ausencia de demanda de intervenciones eficaces Barreras al uso de intervenciones eficaces: físicas, económicas, sociales
Nivel de dispensación de los servicios de salud	Escasez y mala distribución de personal convenientemente cualificado Deficiencias en la orientación técnica y en la gestión y supervisión de los programas Provisión insuficiente de fármacos y suministros médicos Carencia de equipos e infraestructuras (incluidos laboratorios y comunicaciones) y mala accesibilidad a los servicios de salud
Nivel de políticas y gestión estratégica del sector de la salud	Sistemas débiles y excesivamente centralizados para la planificación y la gestión Deficiencias de las políticas y los sistemas de suministro de los medicamentos Regulación insuficiente del sector farmacéutico y privado, y prácticas industriales incorrectas Ausencia de acciones intersectoriales y de asociaciones de los gobiernos y la sociedad civil en pro de la salud Escasos incentivos para utilizar de manera eficiente la información y responder a las necesidades y preferencias de los usuarios Dependencia de una financiación por donantes que reduce la flexibilidad y la propiedad; prácticas de los donantes que perjudican a las políticas de los países
Políticas públicas que conciernen a todos los sectores	Burocracia gubernamental Escasa disponibilidad de infraestructuras de comunicaciones y transportes
Características ambientales	<p data-bbox="357 1060 810 1088"><i>A. Gestión pública y marco general de política</i></p> <p data-bbox="410 1090 979 1263">Corrupción y debilidad del gobierno, de la aplicación de la legislación y de la fuerza ejecutiva de los contratos Inestabilidad política e inseguridad Baja prioridad de los sectores sociales Estructura débil para la rendición pública de cuentas Ausencia de prensa libre</p> <p data-bbox="357 1267 525 1295"><i>B. Entorno físico</i></p> <p data-bbox="410 1296 1007 1350">Predisposición climática y geográfica a las enfermedades Entorno físico desfavorable para la dispensación de servicios</p>

*Fuente: Hanson et al.*

más pobres, China y la India, ocupan una firme posición en el cuartil con menos limitaciones. En el otro extremo del espectro, los países con mayores limitaciones, que integran el cuartil inferior, son Angola, Burundi, Camboya, el Chad, Eritrea, Guinea-Bissau, Haití, Liberia, Mauritania, el Níger, Nigeria, la República Centroafricana, la República Democrática del

Congo, Somalia y el Yemen. La mayor parte de ellos se encuentran en el África subsahariana, y muchos sufren conflictos (internos o externos) o los han sufrido recientemente. También son muchos los que padecen graves deficiencias de gestión pública. Observamos una diferencia cualitativa entre estos países y los de los cuartiles superiores; en otros países, los indicadores específicos de las limitaciones guardan una correlación mucho menor entre sí que en estos países que sufren las mayores limitaciones.

Estos países lastrados por las máximas limitaciones representan los casos donde la intervención es más difícil. Tienen indicadores de salud significativamente peores que el conjunto de los países de bajos ingresos: el número de enfermeras por habitante es tres veces menor; la mortalidad de lactantes es casi el doble, y la mortalidad materna es más del doble. La proporción de la población que vive con menos de US\$ 1 al día duplica la de otros países de bajos ingresos. Sin embargo, es importante señalar que, en términos absolutos, representan una parte relativamente pequeña del problema. En su mayoría son países pequeños (más de la mitad tienen una población inferior a 10 millones) y, en conjunto, sus habitantes suman aproximadamente 250 millones. Pese a las altas tasas de pobreza, representan sólo el 13% de la población total que vive con menos de US\$ 1 al día en los países de bajos ingresos. Dicho de otro modo, el 87% de las personas que viven con menos de US\$ 1 al día en los países de bajos ingresos no residen en los países con mayores limitaciones.

El análisis es aproximativo, y deja fuera algunos países del cuartil próximo a la parte inferior, donde pesan mucho las limitaciones. Sin embargo, es frecuente en algunos círculos aseverar que no puede hacerse nada por los 1000 millones de personas más pobres, porque viven en países en los que la gestión pública es excesivamente deficiente, la sociedad civil es demasiado débil, los niveles de educación son demasiado bajos y las inversiones en infraestructura son demasiado escasas para que la asistencia exterior logre ningún bien sostenible. Esto no es así. Como se ha señalado, aunque existen ciertamente lugares con demasiadas limitaciones para albergar esperanzas en este sentido, la mayor parte de los pobres no viven en estos lugares, sino en países en los que la situación es notablemente mejor. Incluso en países situados muy por encima del cuartil inferior seguirá siendo necesario invertir mucho en el fortalecimiento de la capacidad para hacer frente a las limitaciones y lograr que el financiamiento adicional se utilice con eficacia.

Cabe argüir, de hecho, que unas condiciones desfavorables para el desarrollo en general (mala gestión pública, economía débil, corrupción rampante, etc.) obstaculizan menos los programas de salud orientados a objetivos específicos que algunas otras formas de asistencia al desarrollo. La



erradicación de la viruela exigió intervenciones eficaces en todos los países, independientemente de las limitaciones; en fecha más reciente, el Programa de Lucha contra la Oncocercosis (OCP) ha logrado importantes objetivos en países con graves limitaciones, como ha ocurrido también con la lepra, la dracunculosis, la enfermedad de Chagas y otras iniciativas respaldadas por intervenciones sólidas. La lección extraída de estas experiencias es importante: fueron necesarios programas internacionales, suministrados como bienes públicos mundiales, para superar las barreras internas. La dispensación de intervenciones de salud a escala internacional puede, en ocasiones, contrarrestar la debilidad de algunos sistemas políticos internos.

Otra consideración es que, en algunos casos, las grandes limitaciones son pasajeras. Si nuestro análisis se hubiera llevado a cabo unos años antes, países como Uganda y Mozambique probablemente se habrían encontrado en el grupo de países con mayores limitaciones. Sin embargo, hoy día han logrado éxitos importantes de los que pueden enorgullecerse. Los que estamos identificando como países con grandes limitaciones son, en muchas circunstancias, lo que otros denominarían emergencias complejas, en las que dichas limitaciones se deben a circunstancias excepcionales. Las emergencias complejas no son entornos propicios a las intervenciones de salud, pero las necesitan, sobre todo para luchar contra epidemias como el paludismo y otras enfermedades. En los casos en los que la situación fundamental de la gestión pública mejora, el dinero gastado en programas de salud categorizados puede generar una capacidad institucional útil para lograr mejoras más generales del sistema de salud.

Sin embargo, la gestión pública nacional que esté lastrada por la corrupción, la falta de planificación y el desinterés por el desarrollo a largo plazo arruinará tanto el sector de la salud como el resto de la economía. A los países envueltos en conflictos violentos, que reprimen a minorías étnicas o raciales, o que discriminan a las niñas y las mujeres, les resultará difícil o imposible lograr una mejora sostenida de la capacidad del sector de la salud. Los países que centralizan el poder en instituciones autoritarias y privan a las comunidades locales del poder y la participación en sus propios asuntos, incluida la salud, quedarán muy lejos de lograr los potenciales beneficios. No podemos cuantificar fácilmente la proporción de países que se encuentran en estas situaciones: existen y, por desgracia, no son pocos. No beneficiaría en nada al esfuerzo general de ampliación de las intervenciones de salud que los donantes aportaran grandes sumas a estos países sólo para ver cómo se dilapidan los esfuerzos y los contribuyentes de los países donantes pierden la confianza.

Las crisis macroeconómicas de corta duración pueden perjudicar gravemente el acceso a los servicios de salud y perturbar el proceso de ampliación de éstos, salvo que el sector esté bien aislado de los reveses a corto plazo. Los organismos donantes y las instituciones multilaterales, en conjunción con los funcionarios nacionales, deben prestar especial atención a proteger las intervenciones esenciales de salud de la austeridad presupuestaria que podría acompañar a una crisis macroeconómica de corta duración. La ayuda de los donantes puede ser un instrumento decisivo en esta tarea de sostenimiento de los servicios esenciales de salud durante las coyunturas económicas desfavorables. También los esfuerzos preventivos para elaborar planes de protección social son cruciales para proteger a los pobres en estas situaciones; si las familias se hunden en la pobreza, limitarse a mantener los servicios esenciales de salud en el nivel que tenían antes de la mala coyuntura económica no puede prevenir los efectos adversos sobre la salud.

#### UBICACIÓN DEL SECTOR SANITARIO EN UN CONTEXTO MÁS AMPLIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una política sanitaria eficaz exige un conocimiento detallado de las condiciones locales, tanto ecológicas como sociales, demográficas, económicas y políticas, todas las cuales afectan a la salud y deben ser abordadas en una estrategia de salud pública. Se necesitan importantes inversiones y cambios comportamentales en muchos aspectos clave que desbordan el ámbito del sector sanitario propiamente dicho (al menos en su definición tradicional). Las estimaciones econométricas de los resultados de salud preparadas para el presente Informe (en concreto la esperanza de vida femenina en un conjunto de países, entre 1975 y 1990) confirman las numerosas funciones que desempeñan los servicios de atención medicosanitaria (medidos por el número de médicos por habitante), los ingresos familiares (estimados de manera indirecta según el PNB por habitante) y las condiciones ecológicas (lugares tropicales con condiciones adversas para la salud, lugares costeros salubres).<sup>92</sup> Además de la reforma del sector de la salud, la política de salud debe cubrir al menos cuatro aspectos.

##### *1) La infraestructura y las tecnologías básicas para la salud*

Ya antes de que se aplicarán algunas de las intervenciones de salud más eficaces del siglo XX, como las inmunizaciones y los antibióticos, en Europa occidental y América del Norte la esperanza de vida empezó a aumentar y la morbilidad a descender. Ello se consiguió gracias a las mejoras en lo que Fogel ha denominado la «infraestructura de la salud», concepto que comprende un mejor acceso al agua salubre; servicios urbanos de aguas

residuales y evacuación de desechos; pasteurización de la leche y otras precauciones de seguridad en la preparación y conservación de los alimentos, unidas a una alimentación más abundante, sobre todo tras las mejoras de la tecnología y la productividad agrícola; y un menor costo del transporte de los alimentos a los centros urbanos. Insistimos en que una mejor infraestructura no consiste sólo en disponer de instalaciones físicas, sino que hay que tener también conocimientos prácticos. Se precisan inversiones esenciales en avances tecnológicos, no sólo en el terreno biomédico, sino también en la agricultura (p. ej., cosechas enriquecidas en nutrientes o de mayor rendimiento), la gestión ambiental y otras esferas.

### 2) *Condiciones ecológicas*

Muchas enfermedades están muy condicionadas por la ecología física de un país. Dependen de la temperatura, la pluviosidad, la disponibilidad de agua salubre, la presencia de vectores específicos tales como mosquitos (que a su vez se ven afectados por el clima, los accidentes de la historia y la biogeografía), la densidad de población (o el hacinamiento de los individuos), la exposición a riesgos medioambientales tales como la contaminación del aire interior o las aguas insalubres, etc. No son igual las islas que la tierra firme,<sup>93</sup> ni las zonas templadas que las tropicales, las regiones húmedas que los desiertos o las costas que el interior. No es de extrañar que el paludismo haya sido derrotado en la mayor parte de las regiones templadas, pero no así en amplias zonas de los trópicos; o que África padezca la transmisión más intensa del paludismo, en parte porque también alberga al mosquito vector más pernicioso (o «competente»): *Anopheles gambiae*. Las estaciones y entornos cálidos son mucho más propicios para las enfermedades diarreicas por bacterias que las regiones y estaciones más frescas. Los costos y las estrategias pueden variar mucho según las características ecológicas, por lo que las intervenciones deben adaptarse a las condiciones ecológicas locales.<sup>94</sup> En algunas regiones, los mosquiteros impregnados de insecticida podrían ser la mejor medida de lucha antivectorial frente al paludismo; en otros lugares quizá sea más eficaz la pulverización de los hogares o la aplicación de tratamientos larvicidas en los lugares de cría.

### 3) *Condiciones sociales, incluidas la educación y la igualdad entre los sexos*

Las condiciones sociales tienen una importancia enorme. La alfabetización, por ejemplo, y en particular la de la población femenina, contribuye en gran medida a la buena salud. Algunas sociedades aseguran una alfabetización generalizada de la población. Otras se la niegan a las niñas,

o a minorías étnicas o grupos sociales de bajo nivel. Por consiguiente, las divisiones étnicas, la estatificación social y la discriminación por razón de sexo pueden desempeñar un importante papel en el éxito o el fracaso de la lucha contra las enfermedades. La situación social de la mujer es un determinante fundamental de los resultados de salud. En muchas sociedades se ha comprobado que las mujeres invierten en mayor grado que los hombres sus escasos recursos económicos en la salud y educación de los hijos. La alfabetización de las madres es decisiva para casi todas las intervenciones de salud, ya se trate de comportamientos personales o del acceso al sistema formal de atención sanitaria. También en estos casos, las sociedades que limitan el acceso de las niñas a la educación pagan un precio en términos de menos salud y, por consiguiente, de menor crecimiento económico. Así pues, es importante asegurar que las mujeres y las niñas pobres tengan un acceso equitativo a la información, a los servicios y a los medicamentos. También deberían desempeñar un importante papel en la participación de la comunidad y la sociedad civil que propugnamos aquí. En resumen, el llamamiento de los ODM en pro de la igualdad entre los sexos y la capacitación de las mujeres, que incluye la igualdad en la educación, pero no se limita a ella, es importante para lograr los ODM en materia de salud, así como para la iniciativa que aquí defendemos.

Las prácticas sexuales pueden influir grandemente en la forma de propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Hemos observado que la alta prevalencia del SIDA en África es, en parte, consecuencia de la existencia de redes sexuales que incluyen a grupos significativos de individuos de alto riesgo, como trabajadores varones migrantes (p. ej., mineros), que frecuentan a profesionales del sexo. Además, la falta de poder de las mujeres en las relaciones sexuales, tanto en África como en regiones de Asia, puede amplificar la transmisión del VIH. Otro factor determinado por la cultura, la circuncisión masculina (especialmente prevalente en las sociedades musulmanas de África), puede que proteja frente a la transmisión del VIH, como lo demuestra la menor prevalencia de la infección en los países predominantemente musulmanes de África occidental.

#### *4) Globalización*

En conjunto, la globalización ofrece beneficios potenciales para todo el mundo en materia de salud (Feachem 2001). Es probable que un mercado mundial más integrado eleve la tasa de innovación y difusión de los avances tecnológicos (por ejemplo, mediante el intercambio comercial de los servicios de salud), y ello probablemente beneficiaría a toda la humanidad. Sin embargo, los países de bajos ingresos se enfrentan al menos a

cuatro desafíos en materia de políticas generados por la globalización. En primer lugar, es probable que ésta haya intensificado el problema de la fuga de cerebros de los países más pobres. Se estima que, en el caso de 20 países africanos (Argelia, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Malí, Marruecos, Mauritania, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo y Túnez), más del 35% de los habitantes con formación universitaria viven actualmente en el extranjero (Organización Internacional para las Migraciones 2001). Mientras África lucha contra la emigración de los médicos, los países de altos ingresos como Canadá y los Estados Unidos reclutan activamente a estos profesionales con incentivos especiales, visados preferentes y campañas publicitarias. En segundo lugar, como consecuencia de la competencia cada vez mayor por los capitales con movilidad internacional, muchos gobiernos constatan que han de reducir los impuestos si desean competir internacionalmente para captar inversiones. A la postre, estos recortes fiscales pueden ser beneficiosos para el crecimiento económico, pero los gobiernos ven dificultada la financiación de los desembolsos públicos para la salud. Algunos países, como China, tomaron decisiones que obligaron a los centros de salud locales a cubrir una parte cada vez mayor de sus presupuestos con ingresos del mercado, lo que excluye a los pobres del acceso a los servicios esenciales (y obliga a estos centros a un suministro excesivo de medicamentos y otros servicios para cubrir sus costos). En tercer lugar, es muy probable que la globalización esté acelerando la velocidad de transmisión internacional de las enfermedades. Los estudios teóricos indican que un aumento moderado de los vínculos internacionales entre las poblaciones (p. ej., debido al turismo, las migraciones o los viajes de negocios) podría elevar considerablemente la tasa de transmisión de las enfermedades infecciosas.<sup>95</sup> En cuarto lugar, la globalización está arrinconando muchos hábitos culturales locales, relacionados por ejemplo con la alimentación y las drogas. Estamos presenciando un rápido aumento de las prácticas insalubres, como las dietas ricas en grasas y el consumo de tabaco y drogas ilícitas (que pueden ser también cauces muy importantes de propagación del SIDA, la hepatitis C y otras enfermedades transmitidas por la sangre).

#### LA PROVISIÓN DE CONOCIMIENTO MUNDIAL EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES

En su sentido más amplio, los bienes públicos son tipos de actividades económicas y productos que el mercado dispensa en grado insuficiente y que, por lo tanto, han de ser provistos, financiados o ambas cosas con

medios públicos. Cuando los bienes públicos son locales (como la policía y los bomberos) o nacionales (como la defensa pública), los proveedores clave son los gobiernos locales o nacionales, respectivamente. Los bienes públicos mundiales (BPM) son bienes públicos que los gobiernos locales y nacionales dispensan en grado insuficiente, ya que sus beneficios trascienden las fronteras de los países. La lucha contra las enfermedades exige inversiones importantes en BPM, por encima de los medios o incentivos de un solo gobierno y de la suma total de los programas de nivel nacional.

Entre los distintos tipos de bienes públicos, tienen especial importancia los que suponen la producción de nuevo conocimiento, en particular por medio de inversiones en investigación y desarrollo (I+D). Dado que el conocimiento es un bien «sin rivalidad», es decir, su uso por una persona no merma su disponibilidad para otros, es razonable que la sociedad asegure su amplia difusión y su uso efectivo. Sin embargo, si se puede acceder libremente a los frutos de la I+D, las empresas orientadas a maximizar los beneficios carecerán de incentivos para invertir primero en I+D. La estrategia pragmática para equilibrar la necesidad de disponer de conocimiento con la necesidad de que existan incentivos privados para la inversión en I+D consiste en combinar dos instrumentos de políticas: la financiación pública de la I+D y la protección que brindan las patentes a los inversores privados en I+D. En los Estados Unidos, por ejemplo, la investigación biomédica apoyada por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) con fondos federales desempeña un papel fundamental en el desarrollo de nuevos fármacos, nutriendo las actividades de I+D de la industria farmacéutica privada que opera bajo la protección de patentes.

La división del trabajo de I+D entre los sectores público y privado guarda relación, al menos en principio, con la naturaleza del conocimiento que se promueve. En concreto, no es aconsejable que la sociedad otorgue derechos de patente al conocimiento científico fundamental, ya que la sociedad se beneficia de su difusión y aplicación generalizada.<sup>96</sup> Por consiguiente, es esencial financiar con fondos públicos la I+D orientada a la investigación básica. Incluso en los Estados Unidos del «libre mercado» existe un fuerte apoyo bipartito para este tipo de gasto público.<sup>97</sup> Por otra parte, en el ámbito de las aplicaciones específicas de conceptos científicos amplios, el sistema de patentes ofrece el incentivo para el desarrollo y ensayo de productos, labor arriesgada y costosa. Dado que las patentes se conceden más a aplicaciones que a conocimientos básicos, la competencia entre los titulares de patentes se ve preservada por las múltiples aplicaciones, competidoras entre sí, un mismo conocimiento de libre disposición. Considerando la innovación tecnológica como un proceso que discurre desde la investi-

gación fundamental al ensayo de productos finales, la financiación pública debería cubrir gran parte de las etapas iniciales, mientras que el sistema de patentes debería ofrecer incentivos para los últimos estadios del proceso. En el caso de la I+D orientada a las enfermedades propias de los países pobres, los mecanismos para incentivarla fallan por ambos extremos. Los gobiernos de los países pobres carecen de medios para subvencionar la I+D, y el sistema de patentes sirve de poco cuando no existe un mercado de envergadura al final del proceso. El resultado es que la I+D orientada a enfermedades específicas de los países pobres, como el paludismo u otras parasitosis tropicales, tiende a recibir una financiación muy escasa. ¡Los países pobres se benefician de la I+D sobre todo cuando los países ricos padecen las mismas enfermedades que ellos!<sup>98</sup>

Resulta útil distinguir tres tipos de enfermedades. Las *enfermedades de tipo I* afectan tanto a los países ricos como a los países pobres, con una amplia población vulnerable en unos y otros. Entre las enfermedades transmisibles podemos citar el sarampión, la hepatitis B y las infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), y abundan los ejemplos de enfermedades no transmisibles (p. ej., diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos relacionados con el tabaco). En el caso de las enfermedades de tipo I, existen incentivos para la I+D en los mercados de los países ricos (basados en la financiación pública de la investigación fundamental y el sistema de patentes para el desarrollo de productos). Se desarrollan productos, pero, en lo concerniente a los países pobres, el principal problema de política es el acceso a estas tecnologías, generalmente de alto precio y protegidas por patentes. Así, en los últimos 20 años se han desarrollado muchas vacunas para enfermedades de tipo I, pero no se han introducido ampliamente en los países pobres debido a su costo. Las *enfermedades de tipo II* afectan tanto a los países ricos como los países pobres, pero una proporción importante de los casos se localizan en estos últimos. Por consiguiente, existen incentivos para la I+D en los mercados de los países ricos, pero el nivel de gasto en I+D a escala mundial no se corresponde con la carga de morbilidad. Son ejemplos de ello la infección por el VIH/SIDA y la tuberculosis: ambas enfermedades están presentes tanto en los países ricos como en los países pobres, pero más del 90% de los casos se localizan en estos últimos. En el caso de las vacunas frente al VIH/SIDA, se está llevando a cabo una importante I+D debido a la demanda del mercado de los países ricos, pero no es proporcional a las necesidades mundiales, ni se orienta a las condiciones específicas de la enfermedad en los países pobres. En el caso de la tuberculosis, la situación es incluso peor, con muy poca I+D en curso para poner a punto tratamientos nuevos y mejores. Las

*enfermedades de tipo III* son las que afectan de manera muy predominante o exclusiva a los países en desarrollo, como la tripanosomiasis africana y la ceguera de los ríos africana (oncocercosis). Estas enfermedades son objeto de una escasísima I+D que, en su vertiente comercial, es casi nula en los países ricos. Cuando se desarrollan nuevas tecnologías, suele ser a raíz de descubrimientos fortuitos, como ocurrió cuando un medicamento veterinario desarrollado por Merck (ivermectina) resultó ser eficaz frente a la oncocercosis en los seres humanos.

Algunas enfermedades pertenecen a dos categorías, sobre todo si el tratamiento, la prevención o ambos son eficaces frente a cepas distintas en los países ricos y los países pobres. El SIDA se sitúa entre las enfermedades de tipo I y las de tipo II, y el paludismo se sitúa entre las de tipo II y las de tipo III.<sup>99</sup> Con todo, el principio básico de que la I+D tiende a disminuir con relación a la carga de morbilidad al pasar de las enfermedades de tipo I a las de tipo III es un sólido hallazgo empírico. Las enfermedades de tipo II se denominan a menudo *enfermedades desatendidas*, y las de tipo III son las *enfermedades muy desatendidas*.

Una medida del grado de desatención de la I+D es el porcentaje del desembolso total destinado a una enfermedad con relación a la carga mundial de morbilidad (medido, por ejemplo, como gasto en I+D por AVAD<sup>100</sup>). Consideremos el caso del paludismo. Esta enfermedad es responsable de aproximadamente el 3% de la carga total de morbilidad en el mundo, medida por los años de vida ajustados a la discapacidad (45 millones de AVAD en un total mundial de 1400 millones de AVAD), con más del 99% de la carga situado en los países en desarrollo. Se estima que la investigación biomédica total de los sectores público y privado gira en torno a los US\$ 60 000 millones anuales, o US\$ 42 por AVAD. Los desembolsos en investigación sobre el paludismo son quizá de US\$ 100 millones, o US\$ 2,2 por AVAD.<sup>101</sup> Por consiguiente, la I+D orientada al paludismo por AVAD está en torno a la vigésima parte de la media mundial. Es destacable y preocupante que la primera asociación publicoprivada para desarrollar nuevos antipalúdicos, la Operación Medicamentos Antipalúdicos (OMA), gaste actualmente menos de US\$ 10 millones anuales en financiación, y que ésta sea tan limitada, que tenga previsto desembolsar sólo US\$ 30 millones anuales para 2004. La OMS, en cooperación con la industria farmacéutica internacional, ha constatado en fecha reciente que, pese a las perspectivas científicas de grandes avances en nuevos fármacos, vacunas y medios de diagnóstico, la industria privada realiza actualmente un esfuerzo de I+D muy escaso para varias enfermedades importantes de los pobres. Estas esferas desatendidas comprenden el paludismo, la tuberculosis, la filariasis linfática,



la oncocercosis, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la tripanosomiasis africana y la enfermedad de Chagas.<sup>102</sup>

Hace más de una década que se reconoció y se viene documentando el desequilibrio entre los países pobres (enfermedades de tipo II y especialmente de tipo III) y los países ricos en materia de investigación científica. En 1990, un informe muy leído de la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo señaló lo que se denominó el *desequilibrio 90/10*, a saber, que los problemas de salud del 90% de la población del mundo sólo recibían el 10% del gasto en I+D. Es interesante el hecho de que el informe original cuantificara en realidad el desequilibrio en 95/5, una proporción probablemente más realista.<sup>103</sup> Este informe condujo a la creación en 1996 del Global Forum for Health Research, que sigue documentando la profunda insuficiencia del esfuerzo investigador orientado a las enfermedades de los pobres. Se han lanzado o proseguido muchas iniciativas para resolver el desequilibrio, pero siguen estando muy escasamente financiadas. Pese a sus muchos logros importantes en la lucha contra las enfermedades tropicales, el programa bandera de Investigaciones sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de la OMS, el PNUD y el Banco Mundial sólo dispone de un presupuesto de US\$ 30 millones anuales aproximadamente para costear un plan que cubre ocho enfermedades tropicales importantes.<sup>104</sup> La Iniciativa para la Investigación de Vacunas (IVR), un programa que reúne todos los recursos de la OMS y ONUSIDA para la I+D en materia de vacunas, sólo dispone anualmente de unos US\$ 8 millones para acelerar el desarrollo y la disponibilidad de vacunas frente a no menos de 13 enfermedades, y de tecnologías genéricas para mejorar las inmunizaciones.<sup>105</sup> Una iniciativa similar de varios organismos, denominada Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), dispone de un presupuesto de unos US\$ 20 millones anuales (o US\$ 40 millones por bienio). En fecha más reciente se han creado varias asociaciones publicoprivadas, en muchos casos bajo la iniciativa de las fundaciones Gates y Rockefeller, para subvencionar la I+D orientada al paludismo, el SIDA y la tuberculosis. El nivel de financiación de estas iniciativas sigue siendo muy modesto, aunque representa un gran avance con relación a años anteriores.

La Organización Mundial de la Salud y el Global Forum for Health Research deberían colaborar con las comunidades de donantes y de investigadores en la identificación continua de las esferas de alta prioridad de I+D en lo concerniente a las enfermedades de los países pobres olvidadas por el sector farmacéutico internacional. Entre los aspectos identificados recientemente como prioritarios se cuentan las vacunas contra el paludis-

mo, contra la tuberculosis y contra el SIDA; los microbicidas para el SIDA; los nuevos plaguicidas para combatir las enfermedades de transmisión vectorial, y los tratamientos antipalúdicos combinados, necesarios para retrasar la aparición de farmacorresistencias a estos medicamentos.<sup>106</sup> Las enfermedades muy desatendidas son la filariasis linfática, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la tripanosomiasis y la enfermedad de Chagas. En el cuadro 12 se resume una evaluación detallada de las prioridades de I+D y de la posibilidad de lograr nuevos fármacos, llevada a cabo por la Mesa Redonda OMS-Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA). Uno de los problemas constantes con estas y otras infecciones tropicales es que, aunque hayan existido tratamientos eficaces en el pasado, la propagación de las farmacorresistencias está haciendo ineficaces los tratamientos de referencia, y se dispone de pocos o ningún tratamiento de respaldo (o de bajo costo). Por consiguiente, la necesidad de desarrollar medicamentos mejorados y de sustitución es constante. En el caso de algunas enfermedades bacterianas, como la disentería, las farmacorresistencias se han convertido en un impedimento de primera importancia para el tratamiento. Obsérvese que en el cuadro 12 no se mencionan las enfermedades en las que son más necesarias las vacunas que los medicamentos, como ocurre con las shigelosis, la encefalitis japonesa y el dengue, todas ellas incluidas en la Iniciativa OMS/ONUSIDA para la Investigación de Vacunas.

Pensamos que deben destinarse como mínimo US\$ 3000 millones anuales a la I+D para las prioridades de salud de los pobres del mundo. De esta cantidad, US\$ 1500 millones anuales deberían corresponder a la I+D de nuevos fármacos, vacunas, métodos de diagnóstico y estrategias de intervención frente al VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, los problemas de salud reproductiva y otras dolencias prioritarias en las poblaciones pobres. En lo relativo al SIDA, por ejemplo, supondría estudiar el empleo de antirretrovíricos en poblaciones de bajos ingresos e investigar vacunas para los subtipos víricos específicamente prevalentes en ellos, así como microbicidas para bloquear la transmisión del virus. Será absolutamente esencial establecer un flujo sostenido de respaldo económico a la I+D, ya que los grandes avances en estas esferas exigirán años de muchas investigaciones y ensayos clínicos. Tanto la OMS como el Global Forum for Health Research tienen que desempeñar un importante papel como supervisores de la asignación eficaz de esta mayor aportación económica.

Además de la I+D orientada a objetivos específicos, es necesario aumentar notablemente la investigación básica en cuestiones sanitarias (p. ej., epidemiología, economía de la salud, políticas y sistemas sanitarios) y biomédicas (p. ej., virología) de los países pobres. La Comisión propone un

**Cuadro 12.** PRIORIDADES PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE NUEVOS MEDICAMENTOS PARA LOS PAÍSES POBRES

Enfermedad	Mortalidad anual	Limitaciones de los medicamentos existentes	Necesidad de nuevos medicamentos; factibilidad científica	Dedicación actual de la industria a I+D
Paludismo	1-2 millones	Farmacorresistencia adquirida a los tratamientos existentes y alto costo de los nuevos tratamientos	Sí, muy factible	Escasa, excepto en OMA (asociación publicoprivada)
TB	2 millones	Farmacorresistencia adquirida, observancia difícil (duración y complejidad)	Sí, muy factible, pero el desarrollo es largo	Escasa
Filariasis linfática y oncocercosis	Pocas defunciones, pero costos sociales de medios a altos	Los medicamentos no matan al parásito en todas las fases; reinfección rápida	Sí, muy factible	Escasa
Leishmaniasis	57 000	Farmacorresistencia adquirida, mala observancia	Sí, muy factible	Escasa (excepto en la asociación con el TDR)
Esquistosomiasis	14 000	Farmacorresistencia adquirida	Sí, la OMS es optimista respecto a la factibilidad; la industria lo es menos	Nula
Tripanosomiasis africana	66 000	Farmacorresistencia adquirida; el tratamiento no es activo en todas las etapas de la enfermedad	Sí, la OMS es optimista respecto a la factibilidad; la industria lo es menos	Nula
Enfermedad de Chagas	21 000	El tratamiento no es activo en todas las etapas de la enfermedad	Sí, muy factible para la infección crónica	Entre escasa y nula

*Nota: este cuadro refleja fundamentalmente el desarrollo de fármacos, no el de vacunas, y excluye enfermedades como las shigelosis, la encefalitis japonesa y el dengue, en los que es probable que las vacunas sean más eficaces que los medicamentos.*

*Fuente: Mesa redonda OMS-IFPMA (cuadro 11, «Prioridades: infecciones para las que se requiere aumentar la I+D»).*

desembolso anual de US\$ 1500 millones para un nuevo Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF), que intervendría en la investigación sanitaria y biomédica de manera similar a como lo hace el Grupo Consultivo para la Investigación Agrícola Internacional (CGIAI) en materia de agricultura. El GHRF apoyaría la investigación científica revisada por expertos mediante una versión internacional de nueva creación de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de los Estados Unidos o los Medical Research Councils (MRC) de otros países. Los NIH y los MRC de los países de la OCDE, y los MRC de países como el Brasil, Malasia y Sudáfrica, han acumulado una importante experiencia en la financiación de investigaciones provechosas, así como en el mantenimiento de la calidad, la transparencia y la responsabilidad. Este acopio de experiencia debe aprovecharse plenamente en la concepción y creación del nuevo NIH/MRC internacional. También deben tenerse presentes las enseñanzas del TDR, la IVR y el HRP; de hecho, puede que en última instancia sea aconsejable subsumir estas entidades en la nueva estructura. El actual Global Forum for Health Research podría desempeñar un papel útil en el establecimiento del Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF), y quizá también en su funcionamiento.

Un objetivo clave del GHRF consistiría en fortalecer la capacidad de investigación a largo plazo en los propios países en desarrollo. El fondo proporcionaría la financiación esencial para los grupos de investigación en los países de bajos ingresos. Aun así, todo fortalecimiento significativo de la capacidad investigadora debe comenzar por el reconocimiento por parte de los gobiernos de los países de bajos ingresos de la importancia de fortalecer las universidades y otras instituciones investigadoras. Además de la financiación procedente del GHRF, se necesitan nuevas ideas para superar los problemas ubicuos de cortedad de los sueldos, debilidad institucional, falta de revisión por expertos y la fuga de los cerebros más brillantes y mejores a Europa y América del Norte. Por último, la OMS debería trabajar junto con la industria farmacéutica mundial que desarrolla tareas de investigación para llevar a efecto la transferencia de tecnología a los países pobres. Se debería alentar a todos los principales laboratorios farmacéuticos a establecer asociaciones a largo plazo para la investigación y la formación en el mundo en desarrollo, como lo ha hecho recientemente Pfizer con el establecimiento de la Alianza Universitaria para el Tratamiento y la Prevención del SIDA en la Universidad Makerere de Uganda, que formará a los médicos africanos en el empleo de los medicamentos contra el SIDA.

Además de estos desembolsos, se necesitará financiación para las investigaciones operacionales a medida que se amplíen las iniciativas de tratamiento en los países de bajos ingresos. La investigación operacional supone

investigar las intervenciones de salud en la práctica, abordando aspectos relativos a la aceptabilidad y la observancia de las pautas terapéuticas por parte de los pacientes, la toxicidad, la posología, y las modalidades y costos de la dispensación. El objetivo es optimizar las pautas terapéuticas en función de las condiciones locales e identificar el mejor modo de integrarlas en los servicios existentes. La cuestión de la investigación operacional suele descuidarse en los programas de los países. La Comisión insta a los organismos bilaterales, el Banco Mundial y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo a que velen por que una proporción suficiente de su asistencia a proyectos específicos de países se dedique al desarrollo de la capacidad investigadora y a investigaciones operacionales sobre aspectos relacionados con aquéllos. Creemos que un mínimo del 5% de la asistencia a proyectos debería dedicarse a investigaciones de interés para éstos. Por ejemplo, el nuevo Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo debería apoyar enérgicamente en los países las investigaciones orientadas a evaluar y mejorar las intervenciones frente al SIDA, la tuberculosis y el paludismo que estará financiando. Un segundo ejemplo interesa al Banco Mundial. En la mayor parte de los créditos que concede en condiciones favorables se estipulan disposiciones sobre la ejecución de investigaciones operacionales relacionadas con el proyecto financiado o la preparación de un proyecto ulterior. Sin embargo, este dinero suele utilizarse de manera deficiente, y/o insuficiente. La Comisión solicita al Banco Mundial que vele por que se haga un uso eficaz de estos recursos de investigación, con objeto de que se lleven a cabo las investigaciones operacionales necesarias, y se apoye y fortalezca la capacidad investigadora local.

La Comisión apoya también los recientes debates en los Estados Unidos y Europa encaminados a reformar las actuales leyes sobre medicamentos huérfanos para estimular la actividad de I+D en aspectos prioritarios. Tradicionalmente, las leyes sobre medicamentos huérfanos ofrecen incentivos para estimular la actividad de I+D del sector privado en el ámbito de las enfermedades «raras»<sup>107</sup> que afectan a un pequeño número de personas, y para las cuales no es probable que las ventas arrojen beneficios sin incentivos adicionales. Estas leyes han sido muy útiles para atraer la participación del sector privado hacia esferas a las que no se había prestado atención, y hay sólidos indicios de que en el caso de las enfermedades de los pobres podrían funcionar mecanismos similares. La reforma de las actuales leyes sobre medicamentos debería prestar especial atención a las enfermedades que se concentran exclusivamente en los países tropicales pobres, y adaptar el conjunto de incentivos específicos para este fin por medio de créditos

fiscales, becas de investigación y una protección ampliada del sistema de patentes.

De la misma forma que los países ricos confían en la combinación de las subvenciones para I+D y las fuerzas del mercado (incluso basadas en patentes) para producir conocimientos nuevos en el trayecto entre la investigación básica y el desarrollo de productos, también debería combinarse una mayor subvención de la I+D con las fuerzas del mercado para asegurar que los avances científicos pasen del laboratorio a los centros médicos. La analogía más próxima a la protección del sistema de patentes sería un mecanismo para garantizar al fabricante de un nuevo producto que existe un mercado suficiente para obtener beneficios del desarrollo del producto (incluidos los ensayos clínicos). Aunque no es posible diseñar un mecanismo institucional sencillo para este fin, la Comisión ve con buenos ojos propuestas innovadoras según las cuales el donante asumiría compromisos previos en virtud de los cuales adquiriría nuevos tratamientos y vacunas eficaces a un precio que justificaría las inversiones en el desarrollo de productos. Por ejemplo, la nueva Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, que financia la compra de vacunas, podría comprometerse previamente a desembolsar US\$ 10 por dosis para una vacuna eficaz contra el paludismo, la tuberculosis o el SIDA.<sup>108</sup> Este compromiso previo, combinado con una financiación considerable de la I+D por parte de los donantes, podría persuadir a la industria farmacéutica para que invirtiera mucho más en el desarrollo de nuevos productos. Del mismo modo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo podría anunciar compromisos previos para adquirir nuevos fármacos contra el SIDA, el paludismo y la tuberculosis a precios suficientes para estimular el desarrollo de productos en el sector privado. Otro mecanismo sería el de las leyes sobre medicamentos huérfanos en los países ricos, que conceden incentivos económicos adicionales (p. ej., desgravaciones fiscales o disposiciones favorables en materia de derechos de propiedad intelectual) a la I+D orientada a enfermedades de baja incidencia, como trastornos genéticos poco frecuentes; esta legislación podría ampliarse para proporcionar incentivos similares en el caso de las enfermedades cuya incidencia es alta en los países pobres y baja en los países ricos.

También necesitamos incorporar las nuevas tecnologías de la información a esta causa. En la actualidad, Internet posibilita la distribución de artículos de revistas científicomédicas y otras informaciones a todos los lugares con rapidez, a bajo costo, y con conexiones y equipos básicos. El suministro de dichos equipos debería ser un importante elemento de todo plan apoyado por los donantes que pretenda mejorar la atención de salud basándose en la información moderna. Las posibilidades abiertas por

Internet pueden superar la deficiencia tradicional de la investigación médica, a saber, la dificultad de proporcionar información a los individuos de los países pobres y a los no ligados a instituciones adineradas. Muchas revistas se editan hoy día en formato electrónico, pero hasta fecha reciente no han empezado las primeras de ellas a permitir el uso libre y sin costos de sus artículos (generalmente entre 6 meses y 2 años después de su publicación) y a proporcionarlos gratuitamente a los países más pobres. Se acoge con agrado el reciente anuncio de estas acciones por seis importantes editoriales, coordinadas por la OMS y la ONU, pero está muy lejos de cubrir las enormes necesidades de muchos países un poco o bastante más prósperos, y muchas revistas importantes no están incluidas en esta iniciativa. A largo plazo, la Comisión recomienda algunos objetivos importantes y factibles: el desarrollo de grandes archivos electrónicos que permitan el almacenamiento de millones de artículos, que podrían consultarse sirviéndose de palabras clave; un cambio en el plan de negocios de la mayor parte de las revistas, de manera que sean los países avanzados los que soporten los costos y la distribución sea gratuita, instantánea y mundial a través de Internet; y un acuerdo entre todas las revistas para ofrecer libre acceso, distribución y archivado de su contenido, así como la búsqueda de textos, a los seis meses de su publicación, aunque prosigan con las prácticas tradicionales de publicación.

Una vez sumados los componentes de la I+D, la Comisión hace un llamamiento para que ésta aumente por seis cauces principales: 1) financiación de US\$ 1500 millones anuales, canalizada a través del Fondo Mundial para la Investigación en Salud (GHRF) y destinada a la investigación básica en biomedicina y salud; 2) financiación de US\$ 1500 millones anuales para instituciones ya existentes que trabajan en el desarrollo de nuevas vacunas y fármacos, como el TDR, la IVR y el HRP (todas ellas en la OMS), y las asociaciones publicoprivadas de lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades de los pobres; 3) aumento de los desembolsos para que la ampliación de las intervenciones esenciales se acompañe de investigaciones operacionales en los países, y equivalentes como mínimo al 5% de la financiación destinada a los programas en cada país; 4) ampliación del acceso gratuito a la información científica en Internet, con iniciativas, apoyadas por los donantes, para mejorar la conectividad física de las universidades y otros centros de investigación en los países de bajos ingresos; 5) reforma de la legislación sobre medicamentos huérfanos en los países de altos ingresos para incluir las enfermedades de los pobres; y 6) establecimiento de compromisos previos para adquirir tecnologías con objetivos concretos (como vacunas frente al VIH/SIDA, el paludismo y la

tuberculosis) como incentivo basado en el mercado, en particular para las últimas fases del desarrollo de productos.

Además de la I+D, otro tipo de actividades de bienes públicos en materia de salud requieren subvenciones públicas, en particular, el establecimiento de normas para la salud pública, la vigilancia de enfermedades y la promoción de las mejores prácticas en las intervenciones de salud. En los países ricos corren a cargo de instituciones públicas como la Administración de Alimentos y Medicamentos y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. En los países pobres, cuando se llevan siquiera a cabo, estas actividades suelen recibir una financiación desalentadoramente escasa. Por lo que se refiere a las cuestiones de salud que trascienden las fronteras nacionales, la Organización Mundial de la Salud desempeña un papel sin par en el establecimiento de normas internacionales,<sup>109</sup> recopilación y análisis de los datos, vigilancia de enfermedades y promoción de las mejores prácticas en salud pública, mediante la difusión de las recomendadas internacionalmente. Sin embargo, en estas esferas, como en la I+D orientada a las enfermedades de los pobres, el nivel de financiación internacional no está a la altura del desafío mundial.

No es fácil obtener una panorámica general del gasto actual en bienes públicos mundiales vehiculado por la OMS y otros organismos. El presupuesto medio de la OMS fue de US\$ 864 millones anuales entre 1997 y 1999, dividido casi por igual entre el presupuesto básico y los fondos extrapresupuestarios. Otros organismos internacionales (UNICEF, UNFPA, PNUD, Banco Mundial) proporcionan también bienes públicos mundiales para la salud, además de proyectos a nivel de países, aunque no es fácil trazar con precisión la frontera entre los BPM y los programas a nivel nacional. Dada la urgente necesidad de ampliar los bienes públicos mundiales en varios aspectos, como la vigilancia de la morbilidad, los datos epidemiológicos de referencia, el análisis y la difusión de las mejores prácticas, y la formación a nivel mundial, proponemos que se aumente escalonadamente el desembolso en estos bienes públicos mundiales, no relacionados con la I+D, del orden de US\$ 1000 millones anuales más para el año 2007 y de US\$ 2000 millones más para 2015, destinados a respaldar el papel de estos y otros organismos en la iniciativa propuesta en el presente Informe.

#### ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES

Los pobres carecen de acceso a los medicamentos esenciales por muchas razones, todas las cuales deben abordarse desde una perspectiva integral. La razón más importante es, con mucho, la propia pobreza, responsable de que ni los pobres ni sus gobiernos puedan adquirir los medicamentos



esenciales o asegurar su correcto uso en sistemas de salud bien gestionados. Además, es probable que las personas pobres ignoren las opciones que pueden salvarles la vida, porque los servicios periféricos de salud no llegan en grado suficiente a las comunidades. El acceso se ve obstaculizado por una grave escasez de médicos y otros profesionales sanitarios con preparación para seleccionar, prescribir y utilizar eficazmente los medicamentos disponibles. Algunos obstáculos son autoimpuestos, ya que muchos países de bajos ingresos gravan los medicamentos esenciales con derechos de aduana y tributos internos. Los gobiernos pueden también entorpecer el acceso al mantener sistemas de adquisición y procedimientos de reglamentación engorrosos, que retrasan en exceso el uso de los medicamentos necesarios.<sup>110</sup>

Todo esto es cierto, tanto para los fármacos protegidos por patentes como para los que no lo están. Por ejemplo, muchos antirretrovíricos contra el VIH/SIDA no están protegidos por patentes en el África subsahariana.<sup>111</sup> Gran número de ellos están disponibles hoy día a bajo precio, ya sea gracias a fabricantes de genéricos o a titulares de patentes farmacéuticas de los Estados Unidos y de Europa que ofrecen los medicamentos sin fines de lucro. En algunos casos se han ofrecido incluso gratuitamente, como hizo Boehringer Ingelheim con la nevirapina para frenar la transmisión maternofilial del VIH/SIDA. Sin embargo, al carecer de un apoyo a gran escala de los donantes, los países pobres del África subsahariana con una alta prevalencia de VIH/SIDA han sido incapaces de aprovechar en grado significativo estos precios más bajos. Los principales problemas radican en el acceso a los fármacos antituberculosos, incluso a los que ya no están protegidos por patentes, así como a muchas vacunas también libres de patente, pero todavía demasiado caras para utilizarlas en los países de bajos ingresos si los donantes no aportan recursos financieros suficientes.

Cuando se dispone de recursos, son los precios establecidos por las compañías farmacéuticas (sobre todo para los fármacos protegidos por patentes) los que pueden suponer un obstáculo importante.<sup>112</sup> Algunos medicamentos esenciales están protegidos por patentes, y otros que no lo están siguen siendo suministrados sólo por unos pocos fabricantes. En estas circunstancias, los fabricantes tienden a mantener altos márgenes de beneficios (precios muy por encima de los costos de producción), especialmente en sus mercados de los países ricos. Estos márgenes son el mecanismo básico por el que se recuperan los desembolsos en I+D y deberían reconocerse como parte del proceso normal de innovación. Sin embargo, para que en los países pobres, pueda accederse a los fármacos, los precios deben acercarse mucho a los costos de producción, ya que los pobres (y en su nombre los donantes)

no pueden sufragar los precios protegidos por patentes.<sup>113</sup> La probabilidad de que los medicamentos esenciales estén cubiertos por patentes aumentará después del año 2005, cuando se exija a todos los países miembros de la Organización Mundial del Comercio la puesta en vigor de un sistema armonizado de patentes que incluya a los productos farmacéuticos.<sup>114</sup> Además, si aumentan mucho los recursos financieros aportados por los donantes a los países de bajos ingresos, puede que algunas empresas que antes hubiesen optado por no patentar sus productos decidan proteger sus fármacos nuevos como táctica de negociación con los donantes. Al mismo tiempo, debemos reconocer que la ampliación de los derechos de propiedad intelectual probablemente fortalezca a los laboratorios farmacéuticos del Brasil, China, la India y Sudáfrica, hecho que puede ser netamente beneficioso si este mayor esfuerzo en I+D en el mundo en desarrollo se combina con una atención especial a las necesidades de los pobres.

En principio, los laboratorios titulares de patentes deberían estar dispuestos a establecer diferencias de precios entre los mercados de altos ingresos y los de bajos ingresos, para permitir que los consumidores de ambos estén servidos. Sin embargo, en la práctica, las empresas farmacéuticas se muestran a menudo reacias a recortar sus precios en los países de bajos ingresos por varias razones: 1) el temor a que la fijación diferencial de precios reduzca éstos en los países de altos ingresos (ya sea por la reexportación de fármacos baratos o por una reacción contraria de los consumidores y los políticos de dichos países); 2) el reconocimiento por parte de estas empresas de que proporcionar fármacos al costo a los países de bajos ingresos les reportaría pocos o ningún beneficio; y 3) el hecho de que, en realidad, los beneficios pueden ser más elevados en algunos mercados de bajos ingresos, como consecuencia de unas pocas ventas a precios altos a un segmento reducido de clientes ricos, por oposición a las ventas de base amplia y a un costo cercano al de producción.

Para la comunidad mundial, la mejor solución consistirá en establecer una fijación diferencial de precios en los mercados de bajos ingresos como norma operacional, no como excepción.<sup>115</sup> La industria farmacéutica parece cada vez más preparada para esta estrategia, siempre y cuando se den las suficientes garantías de que los precios bajos en los países de bajos ingresos no erosionarán los precios de mercado y la protección por patentes en los mercados de altos ingresos. Varias compañías farmacéuticas importantes, titulares de patentes de antirretrovíricos frente al VIH/SIDA, han acordado proporcionar sus productos sin ánimo de lucro. En fecha reciente, un laboratorio farmacéutico importante anunció su intención de conceder voluntariamente la licencia de fabricación de sus medicamentos antirretro-

víricos.<sup>116</sup> Varias empresas importantes respondieron institucionalmente a los llamamientos del ONUSIDA y de la OMS para mejorar el acceso a los antirretrovíricos en un programa lanzado en mayo de 2000 y denominado Iniciativa de Acceso Acelerado.<sup>117</sup> Las compañías se vieron también espoloadas por los activistas antisida, por la competencia muy notoria de los productores de genéricos, y por las amenazas del Brasil y otros países de ingresos medios de acogerse a la concesión obligatoria de licencias para la fabricación de antirretrovíricos protegidos por patentes.<sup>118</sup> Las iniciativas internacionales, encabezadas por la OMS y sus socios, han logrado recortes de precios que en algunos casos superan el 90% para la provisión de medicamentos destinados al tratamiento de la tuberculosis polifarmacorresistente. En una nueva oleada de asociaciones publicoprivadas, a estos ejemplos se suman muchos casos impresionantes de donaciones de medicamentos a países pobres por importantes compañías farmacéuticas, para la lucha contra enfermedades como la tripanosomiasis africana, la oncocercosis y el paludismo, así como para la eliminación mundial de la lepra, la filariasis linfática y el tracoma causante de ceguera.<sup>119</sup> En los últimos años, las campañas de eliminación con fecha límite han resultado especialmente eficaces para atraer donaciones.

La industria farmacéutica y la comunidad internacional deberían acordar ahora un marco de acción más general. Las empresas insisten, con razón, en que el precio de los fármacos no es el único obstáculo que limita el acceso. Por consiguiente, un marco internacional completo debería abordar una amplia gama de problemas, a saber: la financiación por donantes para la adquisición y correcta utilización de los fármacos, la fijación de precios por la industria farmacéutica, el compromiso de los países receptores de establecer una reglamentación adecuada para el uso de los fármacos, las salvaguardias frente a las falsificaciones y las reexportaciones a través del mercado negro de medicamentos rebajados o donados, y el acuerdo de los gobiernos de los países de altos ingresos para no exigir la rebaja de los precios de los medicamentos en sus mercados internos, amparándose en los descuentos ofrecidos a los países de bajos ingresos.

En nuestra opinión, la mejor medida que se podría adoptar seguidamente sería que la OMS, la industria farmacéutica (tanto los titulares de patentes como los fabricantes de genéricos) y los países de bajos ingresos acordaran conjuntamente unas directrices para fijar los precios y conceder licencias de producción en los países de bajos ingresos. Estas directrices proporcionarían unos mecanismos transparentes de fijación diferencial de precios dirigidos a los países de bajos ingresos. En ellas se identificarían un conjunto de medicamentos esenciales (p. ej., contra el SIDA, el paludismo, la

tuberculosis, las enfermedades respiratorias y diarreicas, y las enfermedades prevenibles mediante vacunación) para los países de bajos ingresos, a los «menores precios comerciales viables».<sup>120</sup> La industria acordaría conceder la licencia de su tecnología a fabricantes de genéricos de alta calidad, para que la utilizaran en países de bajos ingresos cuando decidiera no proveer ella misma a esos mercados, o cuando los productores de genéricos pudieran demostrar que son capaces de fabricar fármacos de buena calidad y a un costo notablemente inferior (lo bastante bajo, comparado con el de los laboratorios titulares de las patentes, para cubrir el pago de unas regalías modestas). Los países de bajos ingresos asumirían sus propias obligaciones recíprocas, a saber: 1) impedir la reexportación de los fármacos de bajo precio hacia los países de altos ingresos, ya sea por la vía legal o a través del mercado negro; 2) eliminar otros obstáculos para el acceso al mercado, como las cuotas y los aranceles a la importación de medicamentos esenciales; 3) promulgar reglamentos y cooperar con la comunidad de donantes, para asegurar un uso eficaz de los medicamentos y limitar con ello la aparición de farmacoresistencias u otras consecuencias adversas que pueden acompañar a una administración incorrecta de los fármacos. Por su parte, la comunidad de donantes garantizaría fondos suficientes para la adquisición, la vigilancia y el uso seguro de los medicamentos.

Un posible mecanismo consiste en que los donantes convoquen licitaciones internacionales, en nombre de los países de bajos ingresos y se declare ganador la oferta de precio más bajo. Este sistema fuerza la puja entre proveedores rivales, incluidos el titular de la patente y los fabricantes de genéricos que han recibido la autorización previa (basada en la capacidad probada de suministrar productos de alta calidad en la escala y los plazos exigidos). Si el titular de la patente no presentara la oferta ganadora, aceptaría conceder una licencia voluntaria al ganador, renunciaría al derecho de litigar por infracción de la patente en esa circunstancia concreta, o igualaría la oferta ganadora. En todos los casos, al proveedor de genéricos ganador se le exigiría que abonara al titular de la patente unas regalías razonables, por lo que su beneficio respecto del costo tendría que ser suficiente para poder pagarlas. Este procedimiento que da ganador a los mejores precios podría incorporarse a las directrices de fijación voluntaria de precios para el grupo de países de bajos ingresos, junto con las obligaciones de los donantes y los países receptores.

En cualquier caso, si resultara difícil aplicar los acuerdos voluntarios, sería preciso respaldarlos mediante salvaguardias. Éstas son todavía más importantes, claro está, en el caso improbable de que no pueda aprobarse ninguna directriz voluntaria. Suponiendo que el titular de una patente decida

no ofrecer el medicamento esencial sin ánimo de lucro ni conceder la licencia de fabricación a un productor de genéricos, el país de bajos ingresos seguirá necesitando de algún medio para garantizarse el acceso a bajo costo. Las normas que rigen los derechos de propiedad intelectual en el sistema de comercio mundial, conocidas como Acuerdo sobre los ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), contemplan la concesión obligatoria de licencias como una de estas salvaguardias. Al amparo de la licencia obligatoria, una autoridad nacional asigna a un fabricante local el derecho de fabricar el producto patentado, y el fabricante local debe pagar una compensación justa (en forma de regalía) al titular de la patente. La licencia obligatoria resulta útil para el pequeño grupo de países en desarrollo (como Brasil, India y Sudáfrica) que disponen de un sector de genéricos de alta calidad con la experiencia<sup>121</sup> y la capacidad para producir medicamentos para el mercado interno.

Sin embargo, para los países de bajos ingresos sin capacidad de producción local, la licencia obligatoria posee en sí escaso valor práctico.<sup>122</sup> Por consiguiente, la Comisión recomienda que, en el caso de estos países, se conceda a la licencia obligatoria una interpretación amplia que contemple las importaciones remitidas por fabricantes de bajo costo desde países terceros. Por ejemplo, en una situación de emergencia (y en ausencia de acuerdos voluntarios), los países de bajos ingresos del África subsahariana podrían acogerse a una licencia obligatoria que permitiera a países terceros suministrar a países de bajos ingresos medicamentos esenciales producidos por un fabricante ubicado en Sudáfrica o en la India, por ejemplo, aunque dicho fabricante no fuera titular de la patente y debiera someterse a las restricciones que ésta impone para el mercado interno de su propio país. Como siempre, se solicitaría al productor que pagara unas regalías razonables al titular de la patente, y la producción iría dirigida únicamente al país que se acogiera a la licencia obligatoria, el cual se comprometería a no permitir que la producción se desviara hacia los mercados internacionales.

Las propuestas concretas que hemos ofrecido aquí pueden combinarse con otras estrategias más convencionales para asegurar la presentación de ofertas competitivas. Comprenden acuerdos para compras a granel, transparencia en la fijación de precios (incluidas listas públicas de precios para los fármacos más importantes, como ha empezado a anunciarlo la industria en el caso de los antirretrovíricos), y negociaciones específicas en torno a las licencias para productos concretos. La Comisión cree que una estrategia de fijación de precios y concesión de licencias con carácter voluntario, respaldada por una sólida protección de los derechos de propiedad intelectual en los mercados de mayores ingresos a fin de preservar los incentivos para la

I+D, así como las salvaguardias y otros procedimientos convencionales de licitación, podrían constituir una solución factible y eficaz para los principales interesados. Abrigamos la esperanza de que, en caso de darse estas circunstancias, salvaguardias como las licencias obligatorias se utilicen poco en la práctica. Sin embargo, si estas directrices voluntarias no pudieran llevarse adelante, la Comisión cree que deberían aplicarse las reglas del mercado internacional relativas al acceso a los medicamentos esenciales, de manera que se concediera prioridad a las necesidades de salud de los pobres. Esto podría suponer un uso muy generalizado de la licencia obligatoria en los países en desarrollo, para fomentar la competencia activa por parte de los productores de genéricos de alta calidad, o incluso un retraso en la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC hasta después de 2005/2006 en los países de bajos ingresos, si no se dispone de mejores alternativas.

En definitiva, es evidente que la mejor solución radica en un acuerdo cooperativo y voluntario, que proteja al máximo los derechos de propiedad intelectual al tiempo que garantiza el acceso de los pobres a los medicamentos esenciales al menor precio posible por medio de diversos mecanismos de fijación diferencial de precios.

### *Magnitud de la asistencia de los donantes*

Para estimar las necesidades globales de asistencia por parte de los donantes, empezamos por establecer los objetivos de la ampliación de la cobertura de las intervenciones esenciales, y seguidamente calculamos el costo adicional que supondría pasar de los niveles actuales de cobertura a los fijados como objetivos dentro de cada país. En el apéndice 2 se resumen la metodología y los resultados, desarrollados en el Documento Básico sobre costos del Grupo de Trabajo 5. Sumando todas las intervenciones, e incluyendo los costos que entraña fortalecer el sistema (como un incremento importante de la formación, la gestión y la supervisión) y asegurar una mayor calidad (como remuneraciones más elevadas a los profesionales de la salud para que se sientan más motivados y mejore su desempeño), obtuvimos un costo total por país. Teniendo en cuenta que la ampliación lleva tiempo, estimamos el aumento de los costos anuales para 2007 y 2015. Calculamos luego en qué medida los países pueden movilizar más recursos internos, suponiendo que, de los ingresos presupuestarios, cada país movilizara un 1% adicional del PNB con destino a la salud en el año 2007, y un 2% para 2015. Tomamos luego la diferencia entre los costos y los mayores ingresos, y la consideramos el «déficit neto de financiación» que debe ser cubierto por la asistencia de los donantes en los países. Esta cantidad es el déficit correspondiente a los programas de nivel nacional. Existen también gastos

adicionales relativos a los bienes públicos mundiales, en particular la I+D y las operaciones de los organismos internacionales del ámbito de la salud, fundamentalmente la OMS.

Como se muestra en el cuadro A2.6, se estima que el déficit para todos los programas de ámbito nacional rondará los US\$ 22 000 millones anuales para el año 2007 (de los que US\$ 14 000 millones se dirigirían hacia los países menos desarrollados, US\$ 6000 se destinarían a otros países de bajos ingresos y US\$ 2000 millones irían a parar a los países de ingresos medios-bajos). Se necesitarían también otros US\$ 3000 millones aproximadamente para mayores desembolsos en I+D orientados a la investigación biomédica y de salud para los países de bajos ingresos, así como US\$ 2000 millones para el suministro de otros bienes públicos mundiales. Así pues, la asistencia de los donantes supondría US\$ 27 000 millones anuales para el año 2007, y aumentaría a US\$ 38 000 millones en 2015 a medida que la cobertura se ampliara y, sobre todo, al aumentar continuamente el número de personas en tratamiento contra el SIDA. La AOD para la salud estaría en torno al 0,1% del PNB de los donantes, es decir, un centavo de ayuda por cada US\$ 10 de dicho PNB. Estos cálculos dan por hecho, claro está, que los países receptores aplicarán medidas internas enérgicas para justificar el gran aumento de la ayuda de los donantes y utilizar ésta con eficacia. Sin estas medidas internas, los desembolsos reales para ayudas distarían de las cifras mostradas en el cuadro.

La consecuencia es que será preciso que los donantes aporten muchos más recursos financieros para lograr una amplia cobertura de las intervenciones esenciales de salud. Pero las cifras, aunque grandes en términos absolutos, son manejables. El PNB total de los países donantes ronda los US\$ 25 billones anuales (2001). La ayuda oficial al desarrollo (AOD) se elevará en conjunto a US\$ 53 000 millones, es decir, el 0,2% del PNB de las naciones donantes (cuadro 13). Cinco países donantes suscriben la referencia internacional del 0,7% del PNB, e Irlanda y el Reino Unido se han comprometido a elevar su AOD hasta este nivel. En fecha reciente, las autoridades del FMI, del Banco Mundial y de muchos otros organismos donantes han respaldado de nuevo esta referencia. Si todos los donantes elevaran su asistencia al desarrollo hasta el 0,7% de su PNB, la AOD total rondaría los US\$ 175 000 millones anuales, y los US\$ 200 000 millones en 2007.<sup>123</sup> Esta cantidad sería claramente suficiente para abarcar una asistencia de salud de unos US\$ 27 000 millones, además de incrementos significativos y garantizados en otros aspectos de la AOD, en particular la educación, el agua y el saneamiento, la gestión ambiental y otros sectores urgentes para lograr la reducción de la pobreza y el crecimiento económico.

Subrayamos este punto porque no creemos que la AOD destinada a la salud deba llegar a expensas de la AOD para otras esferas cruciales tales como la educación. Es justo reconocer, de hecho, que otras áreas prioritarias para las inversiones sociales (educación, gestión ambiental) deberían también reclamar un aumento de la AOD. Un incremento significativo de ésta para el sector de la salud no debería ni tendría por qué perjudicar a las demás peticiones justificadas de mayor asistencia. Estamos recalcando la urgente necesidad de AOD para la salud, no defendiendo ésta en detrimento de otros objetivos de la asistencia.

**Cuadro 13.** AYUDA A TODOS LOS PAÍSES RECEPTORES Y A LOS PAÍSES MENOS ADELANTADOS, 1999 (porcentaje del PNB del país donante)

País	Ayuda a todos los países receptores, porcentaje del PNB	Ayuda a los países menos adelantados, porcentaje del PNB
Australia	0,26	0,05
Austria	0,25	0,04
Bélgica	0,30	0,07
Canadá	0,28	0,05
Dinamarca	1,00	0,32
Finlandia	0,33	0,08
Francia	0,39	0,06
Alemania	0,26	0,05
Grecia	0,16	0,00
Irlanda	0,32	0,12
Italia	0,15	0,03
Japón	0,34	0,06
Luxemburgo	0,66	0,16
Países Bajos	0,79	0,16
Nueva Zelanda	0,27	0,06
Noruega	0,91	0,30
Portugal	0,26	0,12
España	0,23	0,03
Suecia	0,70	0,17
Suiza	0,35	0,10
Reino Unido	0,23	0,05
Estados Unidos	0,10	0,02
Todos los donantes	0,24	0,05

*Fuente: calculado a partir de los cuadros 31 y 39, 2000 Development Cooperation Report, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, París.*



Es importante darse cuenta de lo escasa que ha sido la financiación de los donantes a la salud, comparada con sus economías respectivas y las necesidades de los países receptores. El cuadro 14 muestra los flujos anuales medios de ayuda bilateral a la salud aportada por los donantes entre 1997 y 1999. Los flujos bilaterales totales representaron US\$ 2550 millones aproximadamente, lo que equivale apenas al 0,01% del PNB de los donantes, es decir, sólo un centavo por cada US\$ 100 de dicho PNB. En el cuadro 15 se muestra la asistencia al desarrollo orientada a enfermedades concretas. Los programas de lucha contra el SIDA recibieron una financiación de apenas

**Cuadro 14.** ASISTENCIA OFICIAL AL DESARROLLO PARA PROGRAMAS DE SALUD Y POBLACIÓN, FUENTES BILATERALES, POR ORGANISMO (MILLONES DE US\$) (Media del periodo 1997–1999)

País	Salud	Población	Total	% del PNB
Estados Unidos <sup>1</sup>	535,8	385,0	920,8	0,012
Japón	338,6	21,2	359,9	0,009
Reino Unido <sup>2</sup>	267,0	19,3	286,3	0,023
Francia	184,4	1,5	185,9	0,013
Alemania	118,6	65,7	184,3	0,009
Países Bajos	80,0	21,5	101,4	0,026
Australia	64,8	14,9	79,6	0,021
Suecia	58,7	20,4	79,1	0,035
España	72,9	1,9	74,8	0,014
Bélgica	58,8	1,7	60,5	0,024
Noruega	41,3	15,1	56,4	0,037
Dinamarca	48,1	0,9	49,0	0,028
Austria	48,9	0,1	49,0	0,023
Canadá	22,6	6,1	28,7	0,005
Italia	20,6	1,0	21,6	0,002
Suiza	17,2	0,7	17,9	0,006
Finlandia	16,0	1,2	17,2	0,014
Luxemburgo	16,2	0,5	16,7	0,089
Irlanda	10,4	—	10,4	0,015
Portugal	8,6	0,1	8,7	0,008
Grecia	5,8	—	5,8	0,005
Nueva Zelanda	3,1	0,2	3,3	0,006
<i>Total</i> <sup>3</sup>	1 982,4	577,5	2 559,8	0,011

Notas: (1) Fuente: base de datos de USAID, comprende todas las cuentas

(2) Fuente: base de datos de DFID

(3) Todos los demás organismos bilaterales: de la base de datos DAC en línea

**Cuadro 15.** ASISTENCIA AL DESARROLLO PARA LA SALUD, ORIENTADA A LA LUCHA CONTRA ENFERMEDADES CONCRETAS: ASIGNACIONES MEDIAS ANUALES, 1997-1999, ORGANISMOS BILATERALES Y MULTILATERALES SELECCIONADOS (US\$ millones)

	Total	Banco Mundial	BIAD	AfDB	OMS	UNICEF	DFID	USAID
Total	1,743	504	23	2	0	322	209	209
SIDA	287	145	NA	0	0	25	7	17
Enfermedades de la infancia prevenibles mediante vacunación	251	17	NA		0	104	110	0
Paludismo	87	62	NA		0	25	0	0
Tuberculosis	81	58	NA		0	17	1	5

*Fuente: datos proporcionados por AfDB, IADB, Banco Mundial, OMS, UNICEF, DFID y USAID.*

US\$ 287 millones anuales como promedio entre 1997 y 1999, y menos de la mitad de estos fondos se destinaron a África.<sup>124</sup> Los asignados a la lucha antipalúdica sumaron US\$ 87 millones, y sólo US\$ 81 millones los de la lucha antituberculosa. Estas cifras representan las cantidades destinadas específicamente a estas enfermedades, por lo que es probable que otros fondos sin objetivos concretos llegaran también a financiar la lucha contra estas enfermedades. Con todo, es inevitable concluir que el apoyo de los países donantes ha sido muy modesto en comparación con su capacidad y con la magnitud de las necesidades.

También las iniciativas filantrópicas de carácter privado emprendidas por individuos, fundaciones o corporaciones pueden desempeñar un papel cada vez más importante. La contribución individual más destacada de los últimos años a la salud mundial ha sido la donación por parte de Bill y Melinda Gates de más de US\$ 20 000 millones de su fortuna personal para crear la Fundación Gates que aporta hoy día casi US\$ 1000 millones anuales a las iniciativas mundiales en pro de la salud. En el siglo XX, la Fundación Rockefeller desempeñó una función similar e igualmente decisiva para la salud pública mundial. También se necesita la filantropía corporativa. Como hemos señalado con anterioridad, varias empresas farmacéuticas han donado medicamentos a países de bajos ingresos, y estas donaciones se han convertido en pieza clave de importantes asociaciones publicoprivadas mundiales para la lucha contra enfermedades como la filariasis linfática, la tripanosomiasis africana, la lepra, el paludismo, la oncocercosis, el tracoma,

la transmisión maternoinfantil del SIDA, la lucha contra las micosis en el VIH/SIDA, el tétanos y la dracunculosis.

Por último, insistimos en que la estimación de US\$ 27 000 millones anuales se basa en un objetivo normativo para la ampliación de las intervenciones de salud. Creemos que, con un programa internacional enérgico, la mayor parte de los países pueden sentirse alentados y apoyados para sumarse a este esfuerzo. Sin embargo, algunos países pueden perder la oportunidad de obtener mejores servicios de salud como consecuencia de un liderazgo nacional débil o de una escasa capacidad para aplicar las medidas; esta última puede suponer, además, que las propuestas no sean convincentes. Todo ello reduciría la capacidad para utilizar eficazmente la AOD. Por consiguiente, interpretamos la cifra de US\$ 27 000 millones anuales como el límite máximo de lo que es probable que pueda utilizarse en los próximos años. Estas sumas deben estar disponibles para que la mayor parte de los países de bajos ingresos organicen sus propias iniciativas destinadas a utilizar eficazmente la ayuda a gran escala; la falta de asistencia de los donantes no debería ser el factor que limitara la ampliación de los servicios de salud, como ha ocurrido con demasiada frecuencia en el pasado. Aun así, es improbable que se pueda llegar a cobrar efectivamente todos esos fondos.

Los países de ingresos medios suelen disponer de recursos internos para asegurar la cobertura universal de las intervenciones esenciales, salvo en el caso de unos pocos países con una alta prevalencia de VIH/SIDA. Sin embargo, al ampliar la cobertura de la atención de salud, a muchos países de ingresos medios les resultará interesante obtener tanto una financiación por medio de préstamos internacionales como asistencia técnica. Recomendamos al Banco Mundial y a los bancos de desarrollo regional que se preparen para ofrecer suficientes préstamos no concesionarios al sector de la salud de estos países. Estos préstamos, concedidos por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) al costo de los fondos, no se contabilizan como AOD.

Pese a las circunstancias aparentemente adversas, creemos que será posible movilizar los recursos necesarios. La Comisión ha constatado indicios de un aumento de la asistencia de los donantes a la salud en los últimos años, tanto en dólares absolutos como en proporción a la asistencia general al desarrollo. Los gobiernos y sus ciudadanos son cada vez más conscientes de la amenaza universal que plantean las enfermedades infecciosas, así como de la incapacidad de los países individuales para proteger sus fronteras frente a la importación de enfermedades (incluidas las formas farmacorresistentes) y vectores. El aumento de la movilidad y la interco-

nexión mundiales supone que un brote o una epidemia representa una amenaza mucho más amplia. Además, las crisis internacionales de la salud pública, en particular la pandemia del VIH/SIDA y el resurgimiento de la tuberculosis y el paludismo, son objeto de una atención creciente en todos los niveles de las instancias normativas, y el debate público en los medios de comunicación y la prensa popular se ocupa cada vez más de cuestiones de salud internacional. Crece el consenso en torno a la importancia de los objetivos de salud para el desarrollo local, nacional y mundial, y al sector de la sanidad están llegando nuevas ideas y recursos privados, procedentes tanto de iniciativas filantrópicas como del sector comercial. La atención prestada en todo el presente Informe a las cuestiones relativas a la aplicación eficaz de las medidas debería garantizar que no se utilicen los fondos allí donde no se necesiten (teniendo en cuenta, no obstante, que no deben abandonarse los países que se enfrentan a emergencias complejas u otras crisis). Los actuales debates sobre los costos y beneficios de la globalización contribuyen a acrecentar esta preocupación por la salud y hacen hincapié en el concepto de los BPM en el sector sanitario. También los avances en el alivio de la deuda han atraído una mayor atención nacional e internacional hacia los desafíos y las oportunidades de mejorar el desempeño en el sector de la salud.

### *Nuevas orientaciones en las relaciones donante-receptor*

Los ciudadanos de los países ricos estarán mucho más dispuestos a respaldar un gran aumento de la financiación aportada por los donantes para la salud si confían en que los programas funcionarán. La impresión de ineficacia es, sin duda, la principal razón de la aversión pública hacia los proyectos de ayuda. Por consiguiente, se debe prestar especial atención a elevar el nivel de rigor en el uso de los fondos aportados por los donantes y a demostrar el éxito o el fracaso de los programas financiados por éstos. Consideramos, pues, cruciales los puntos siguientes para que aumente la ayuda de los donantes:

- Objetivos claros y cuantificables para la cobertura de las intervenciones y de los resultados de salud.
- Selectividad en el apoyo de los donantes a los países que se están ayudando a sí mismos.
- Transparencia en la concepción, aplicación y evaluación de los programas.
- Aportaciones de expertos acreditados a los programas apoyados por donantes.

Revisión independiente y recorte de la financiación a los gobiernos cuyo desempeño no se ajuste a los compromisos.

Afortunadamente, ya se está erigiendo una nueva arquitectura donante-receptor, como parte del creciente interés por apoyar las estrategias de reducción de la pobreza emprendidas por los países. En el caso de los países de bajos ingresos, esta iniciativa se ha formalizado en el denominado Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP).

Para alcanzar estos objetivos se necesitarán no sólo la buena voluntad de los donantes y los países receptores, sino también nuevas modalidades de entrega material de los fondos. Creemos que en el ámbito de la salud mundial apoyada por donantes se han producido recientemente innovaciones prometedoras que deberían difundirse. Los denominados enfoques sectoriales (SWAp) para la ampliación de la cobertura sanitaria han provisto a los donantes y a los países receptores de una nueva herramienta para llevar a cabo acciones enérgicas y coordinadas. El programa multinacional de lucha contra el VIH/SIDA del Banco Mundial ha permitido elevar considerablemente la financiación concesionaria de la lucha contra el sida en África durante el año 2001, y no hay razón para que el Banco no pueda aumentar bastante más su financiación de la salud, sobre todo si su Junta está de acuerdo en que se lleve a cabo en forma de subvenciones, en lugar de préstamos, medida que recomendamos respetuosamente por ser realista, dadas las necesidades de los países receptores. La nueva Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), respaldada por una importante donación de la Fundación Bill y Melinda Gates, ha demostrado que la mancomunación de recursos internacionales puede estimular en los países el liderazgo orientado a la ampliación de las intervenciones de salud (en este caso, las inmunizaciones).

El enfoque sectorial se desarrolló a mediados de la década de 1990 como medio para llevar a efecto muchos de los planes de dispensación de servicios de los programas apoyados por donantes. Se sustenta sobre la idea de que los donantes trabajen junto con las autoridades nacionales, acuerden con ellas estrategias de apoyo y busquen formas de mancomunar su ayuda a una estrategia concebida y emprendida por el país. Dicha ayuda se negocia a nivel de los países (generalmente como parte del proceso del Grupo Consultivo de los donantes). En cada país, el éxito del enfoque sectorial depende del grado en que el gobierno nacional y los donantes sean capaces de suscribir, apoyar y luego mantener un mecanismo de colaboración para la asistencia al sector de la salud. Es una estrategia idónea para países comprometidos con programas en pro de la salud de los pobres, y con una capacidad siquiera moderada de llevarlos a la práctica. Frente a

algunos comentaristas que han llegado a la conclusión de que, en la mayor parte de los países, el enfoque sectorial no ha aportado novedades—como la mancomunación de recursos—, las personas que trabajan en ellos señalan numerosos ejemplos de mejora de la sinergia y la eficacia de la asistencia para el desarrollo en pro de la salud. La aplicación de la estrategia sectorial ha limitado la inevitable tendencia de los proveedores de financiación a pretender que se les permita saber cómo se utilizan sus fondos y se les reconozca la ayuda.

El nuevo Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (GFATM) puede también aportar recursos financieros internacionales sustanciales para combatir estas enfermedades. Respalamos las ideas fundamentales incorporadas a la concepción del GFATM: procesos emprendidos por los países, resultados mensurables, y financiación pública y privada.<sup>125</sup> A nivel de los países deberán crearse mancomunaciones adicionales y complementarias de fondos para otras esferas de la salud, así como para el fortalecimiento general del sistema de salud. Suponiendo, como creemos probable, que la GAVI y el GFATM cumplan su gran promesa, podrían mobilizarse fondos comunes adicionales de donantes para el fortalecimiento de sector de la salud, las enfermedades de la infancia y otras esferas prioritarias para la ampliación. Una posibilidad realista consistiría en ampliar el ámbito de intervención del GFATM, para que pudiera desembolsar fondos destinados a una gama de problemas más amplia que el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

En opinión de la Comisión, el trabajo del GFATM debería regirse por los siguientes principios generales:

Sólo debería proporcionar financiación en gran escala a los países que hubiesen preparado estrategias viables.

Debería ofrecer inicialmente pequeñas subvenciones que permitieran a las instituciones pertinentes de cada país preparar propuestas para presentarlas al GFATM.

Debería animar a que las propuestas de los países reflejaran un diálogo nacional sobre la dispensación de los servicios de salud en el que participaran las principales partes interesadas, quizá por medio de la Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud que propugnamos.

Debería orientar su asistencia económica hacia los países con un déficit de financiación. Por consiguiente, los flujos predominantes deberían ir dirigidos hacia los países de bajos ingresos, especialmente los menos adelantados, y en forma de subvenciones en lugar de préstamos.<sup>126</sup> Los países de ingresos medios (salvo algu-

nos con alta prevalencia del VIH/SIDA) deberían buscar financiación externa del Banco Mundial y de los bancos regionales de desarrollo, en lugar de recurrir al GFATM.

Debería animar a un esfuerzo tributario probado por parte de los países receptores, en línea con las recomendaciones del presente Informe.

Su funcionamiento debería guiarse por patrones de desempeño basados en resultados, por la transparencia, y por auditorías y evaluaciones retrospectivas. Los países que no cumplieran sus anteriores compromisos verían reducido su acceso a la asistencia de los donantes.

Debería adoptar una postura firme frente al uso corrupto de los fondos de los donantes, que pondría en peligro el acceso del país a futuras financiaciones.

Debería basar su actuación en evaluaciones de las propuestas de los países, encomendadas a expertos independientes. Los proyectos se evaluarían según criterios de necesidades epidemiológicas, factibilidad, eficacia en relación con el costo y posibilidad de mantener una vigilancia operacional. Será preciso incorporar a los proyectos apoyados por donantes unos presupuestos realistas que cubran estos objetivos.

Debería dedicar una parte importante de su financiación anual, tal vez el 5% de la financiación destinada a cada país, a la investigación operacional.

Estos principios y estrategias recomendados para el Fondo Mundial son similares a los que rigen la GAVI, la importantísima asociación publicoprivada en pro de la ampliación de la cobertura de inmunización en los países pobres, financiada fundamentalmente por la Fundación Gates.<sup>127</sup> La GAVI es un atractivo modelo operativo para el nuevo Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. Los aspectos fundamentales de su funcionamiento que merece la pena señalar son los siguientes: elegibilidad del país, basada en un plan multianual coherente presentado por éste; revisión externa de las propuestas por expertos independientes; criterios de desempeño específicos y supervisables (p. ej., número de inmunizaciones administradas), y mecanismos de incentivación económica (por ejemplo, la mitad del pago de la GAVI se realiza por adelantado, y la otra mitad se entrega cuando se ha demostrado que se ha llevado a cabo la inmunización).

Los organismos mundiales multilaterales, en particular la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, deberían asumir responsabilida-

des especiales y reforzadas en la nueva arquitectura mundial. Son 191 los Estados Miembros que gobiernan la OMS: la Secretaría, en respuesta a los mandatos de estos Estados Miembros, es la autoridad intergubernamental legítima en cuestiones de salud mundial. Un generoso financiamiento voluntario complementa las contribuciones señaladas al presupuesto de la OMS y ha permitido a la organización establecer una extensa red de más de 100 equipos de países, seis oficinas regionales, centros colaboradores y una sede central en Ginebra. Esta capacidad se ha desarrollado a lo largo de los años hasta constituir un foco respetado de información fidedigna sobre estrategias de lucha contra enfermedades, desarrollo de sistemas de salud para que respondan equitativamente a las prioridades de las personas, y promoción de la salud pública. La OMS es el organismo multilateral idóneo para movilizar la experiencia mundial mediante el recurso a instituciones de nivel nacional en los países donantes (como los NIH de los Estados Unidos) y los países receptores (como el Center for Health and Population Research de Bangladesh, antes ICDDR.B), así como a líderes de la esfera académica, al sector privado, y a los implicados en la dispensación de servicios de salud. La OMS debería proveer al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo de una secretaría técnica y fortalecer la capacidad de sus equipos a nivel de países, para que pueda respaldar mejor la aplicación de la estrategia sectorial a las acciones de ámbito nacional o local. Esta participación de la OMS aseguraría la profesionalidad y la experiencia necesarias para el éxito de los programas respaldados por donantes. Desempeñaría también un papel especial en el establecimiento de la base documental para un esfuerzo mucho mayor de lucha contra las enfermedades, incluidas las referencias epidemiológicas que serán necesarias para ampliar eficazmente las acciones de los sistemas de salud en cada país.

Esta ampliación de las funciones de la OMS requerirá reformas y mejoras. En concreto, los Estados Miembros deberían permitir a la Secretaría de la OMS que constituyera asociaciones más flexibles de colaboración con otras instituciones (algunas inquietudes manifestadas en el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud sobre posibles conflictos de intereses han limitado esta vía de trabajo más abierta). Deberían fortalecerse la gestión y la rendición de cuentas de las operaciones a nivel regional y de los países. Dadas las importantes limitaciones presupuestarias, hará falta priorizar y orientar con mayor rigor los fondos, pero también deberían relajarse dichas limitaciones, en consonancia con el aumento general de la provisión de bienes públicos mundiales.



El Banco Mundial está en una situación privilegiada para vincular al sector de la salud con la agenda ampliada del desarrollo. Como hemos subrayado, la salud es una parte esencial de la agenda general de desarrollo, pero representa sólo una parte de una iniciativa mucho más amplia. El Banco Mundial es la institución mundial más cualificada para ayudar a los países y a la comunidad internacional a vincular las intervenciones en materia de salud con otros aspectos de la agenda del desarrollo. En los últimos años, el Banco ha sido uno de los principales proveedores de asistencia para el desarrollo en pro de la salud, pero sus propias iniciativas en la esfera de la salud pública se encuentran ahora obstaculizadas por su limitada capacidad para conceder subvenciones en lugar de préstamos a los proyectos relacionados con la salud en los países de bajos ingresos.<sup>128</sup> Por consiguiente, estamos a favor de que la ayuda a los países de bajos ingresos se base cada vez más en subvenciones. Al mismo tiempo, los países desarrollados deberían aumentar sus compromisos y sus contribuciones a largo plazo a la Asistencia Internacional al Desarrollo (AID), para permitir que el Banco amplíe sus programas de subvenciones en la medida necesaria.<sup>129</sup> Además, el BIRF y los bancos de desarrollo regional deberían elevar el monto de la ayuda no concesionaria que el Banco ofrece a sus Estados Miembros de ingresos medios. El Banco Mundial debería también estudiar la posibilidad de ampliar su apoyo a los bienes públicos mundiales en el ámbito de la salud, como las subvenciones al TDR, la IVR y el HRP, mediante el aumento de sus alianzas en dicho ámbito al amparo de los Servicios de Subvenciones para el Desarrollo del Banco.

### *Absorción del aumento de los flujos procedentes de donantes*

Cabe preguntarse si un gran incremento de la ayuda de los donantes al sector de la salud podría ser desestabilizador, ya fuera en términos macroeconómicos o a nivel sectorial. En ocasiones se ha comparado con el fenómeno de la «enfermedad holandesa», en el que se produce el *boom* de un recurso (generalmente el descubrimiento de un producto básico o el aumento de los precios mundiales de uno ya existente) que da lugar a inflación interna, un tipo de cambio sobrevalorado y una contracción de las exportaciones tradicionales. ¿Podría ocurrir lo mismo si se inyectara en el sector de la salud una importante ayuda de los donantes?

A nuestro juicio, las magnitudes macroeconómicas no son, en términos generales, preocupantes, aunque en los casos en los que la ayuda representa una gran proporción del PNB es importante adaptar los aumentos al marco de la política macroeconómica. En conjunto, para los países menos avanzados, el aumento de la asistencia de los donantes se encontraría en

torno al 6% del PNB, aunque alcanzaría el 8% en los países de bajos ingresos del África subsahariana. En el caso de otros países de bajos ingresos, la proporción del PNB sería muy inferior (quizá el 1%). A diferencia de lo que ocurre con la multiplicación explosiva de un producto básico, la ayuda aumentaría gradualmente y se mantendría durante una década o más. Además, la mitad o más de dicha ayuda recaería en bienes comercializables, sobre todo medicamentos y productos de diagnóstico, por lo que no elevaría de forma excesiva o brusca la demanda de bienes internos. Por consiguiente, podríamos suponer que el aumento de la demanda de bienes no comercializables en el sector de la salud rondaría probablemente el 3% del PNB. Dado que todo ello recibiría financiación externa, no habría problemas de déficit presupuestario creciente o de creación de moneda. Es preciso señalar que, para muchos países en desarrollo pobres, la asistencia de los donantes en términos de proporción del PNB es mucho mayor que las sumas que estamos comentando. En 1999, la asistencia oficial neta para el desarrollo representó el 24,6% del PNB para Malawi, el 11,3% para la República Unida de Tanzania, el 11,2% para el Senegal y el 9,2% para Uganda. Todos estos países eran macroeconómicamente estables, y tenían al menos un modesto crecimiento económico y una inflación bastante baja.

El problema más importante radicará, con diferencia, en la capacidad del propio sector de la salud para absorber el incremento de los flujos. Como porcentaje del producto interno, el valor añadido originado en el sector de la salud se elevaría de apenas el 2% del producto interior bruto (PIB) a quizá un 6% o más.<sup>130</sup> Como ya se ha comentado en otro lugar del presente informe, en muchos países esto suscita problemas relacionados con la calidad de la administración y de la gestión pública. En todos los países se requerirá una capacidad de aplicación mucho más amplia, que comprenderá sistemas de gestión y una experiencia más sólida en gestión local, así como, en muchos casos, nuevos sistemas de rendición de cuentas tanto en sentido descendente, hasta el nivel de la comunidad, como ascendente, hasta el nivel central. Estamos suponiendo, además, un aumento considerable de los sueldos de los trabajadores del sector sanitario público, tanto para atraer y retener al personal como para asegurar una mayor motivación y un mejor desempeño. Sin embargo, esto podría resultar difícil de gestionar desde el punto de vista político, debido a las demandas salariales en otros ámbitos del sector público. El aumento de las remuneraciones es necesario no ya para invertir la fuga de cerebros que está afectando a los sectores sanitarios de los países de bajos ingresos, sino simplemente para frenarla, así como para asegurar que los trabajadores de menor nivel tengan sueldos que les permitan vivir, pero gestionar este aumento requerirá habilidad política.<sup>131</sup>

Debe establecerse un plazo razonable para introducir los cambios, y realizar grandes esfuerzos para formar a nuevos trabajadores del sector de la salud y transferir la mayor proporción posible de la dispensación de servicios básicos de salud a los trabajadores paramédicos, que pueden formarse más rápidamente y tienen menos movilidad internacional. Se pueden adoptar medidas para evitar la rigidez de las escalas salariales y las condiciones de trabajo propia de las normas y reglamentos de los gobiernos centrales. Consisten en descentralizar la gestión pública en unidades con mayor autonomía, mejorar los subsidios y otras condiciones de trabajo en lugar de los sueldos, y hacer mayor uso de los dispensadores del sector privado y las ONG. Dicho de otro modo, habrá problemas, pero se mitigarán con un programa de ampliación a medio plazo que se anticipe a muchos de los desafíos que nos aguardan.

#### LOS BENEFICIOS MACROECONÓMICOS DE LA AMPLIACIÓN

Una ampliación masiva de las intervenciones esenciales de salud debería conducir a un descenso significativo de la carga de morbilidad en los países de bajos ingresos. La mejor estimación del efecto combinado de las intervenciones que aquí recomendamos se cifraría en aproximadamente ocho millones menos de defunciones anuales por enfermedades infecciosas y trastornos maternos en el mundo en desarrollo para el año 2015, lo que supondría alrededor de 330 millones menos de AVAD. El descenso del número de defunciones se constata comparando los cuadros 16a (situación de partida) y 16b (tras la ampliación de las intervenciones), y el correspondiente descenso del número de AVAD se observa comparando los cuadros 17a (situación de partida) y 17b (tras la ampliación de las intervenciones).

La mayor parte de las defunciones, aunque no todas, se evitarían en los países de bajos ingresos; algunas lo serían en países de ingresos medios. Hoy por hoy no podemos realizar estimaciones epidemiológicas independientes para cada uno de estos dos grupos, porque no disponemos de las pertinentes referencias epidemiológicas de cada país. De hecho, en el futuro tendremos que refinar considerablemente nuestras estimaciones en función de modelizaciones y datos epidemiológicos más detallados.

Si partimos del supuesto más prudente, que atribuye a un AVAD el valor de los ingresos anuales medios por habitante, y dado que éstos probablemente rondan los US\$ 563 en el año 2015 para los países de bajos ingresos (suponiendo un crecimiento del 2% anual durante el periodo 2000–2015), una estimación sumamente prudente del ahorro económico directo sería de 330 millones de AVAD US\$ 563 / AVAD, es decir, US\$ 186 000 millones

**Cuadro 16a.** DEFUNCIONES ANUALES DE MENORES DE 60 AÑOS POR CAUSAS DE LOS GRUPOS I, II Y III, SIN INTERVENCIONES. REGIONES DE LA OMS EN DESARROLLO DEMOGRÁFICO, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
<b>Grupo I*</b>	13 956 966	13 547 795	13 255 530	12 963 265	12 671 000
Enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales	9 073 058	8 974 403	8 903 935	8 833 468	8 763 000
Enfermedades maternas	491 185	415 081	360 720	306 360	252 000
Infecciones respiratorias	2 290 921	2 223 810	2 175 873	2 127 937	2 080 000
Trastornos perinatales	2 101 802	1 934 502	1 815 001	1 695 501	1 576 000
<b>Grupo II*</b>	7 809 835	9 347 660	10 446 107	11 544 553	12 643 000
Neoplasias malignas	2 242 159	2 814 836	3 223 890	3 632 945	4 042 000
Enfermedades cardiovasculares	2 975 450	3 547 716	3 956 477	4 365 239	4 774 000
Otras	2 592 226	2 985 109	3 265 739	3 546 370	3 827 000
<b>Grupo III*</b>	4 578 256	5 044 311	5 377 207	5 710 104	6 043 000

\* Los grupos I, II y III se definen detalladamente en el Informe sobre la salud en el mundo 2000, cuadro 4 del anexo, pp. 194-199.

**Cuadro 16b.** DEFUNCIONES ANUALES DE MENORES DE 60 AÑOS POR CAUSAS DE LOS GRUPOS I, II Y III, CON INTERVENCIONES. REGIONES DE LA OMS EN DESARROLLO DEMOGRÁFICO, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
<b>Grupo I*</b>	13 956 966	9 868 714	5 155 625	4 727 703	4 593 479
Enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales	9 073 058	6 489 866	2 849 259	2 826 710	2 804 160
Enfermedades maternas	491 185	234 334	203 645	106 253	87 400
Infecciones respiratorias	2 290 921	1 664 462	718 038	702 219	686 400
Trastornos perinatales	2 101 802	1 475 851	1 384 682	1 092 521	1 015 519
<b>Grupo II*</b>	7 809 835	8 132 367	9 088 004	9 293 184	10 177 417
Neoplasias malignas	2 242 159	2 198 138	2 517 573	2 439 041	2 713 667
Enfermedades cardiovasculares	2 975 450	2 984 297	3 328 143	3 325 363	3 636 750
Otras	2 592 226	2 949 932	3 242 288	3 528 780	3 827 000
<b>Grupo III*</b>	4 578 256	5 044 311	5 377 207	5 710 104	6 043 000

\* Los grupos I, II y III se definen detalladamente en el Informe sobre la salud en el mundo 2000, cuadro 4 del anexo, pp. 194-199.

**Cuadro 17a.** AVAD ANUALES EN MENORES DE 60 AÑOS POR CAUSAS DE LOS GRUPOS I, II Y III, SIN INTERVENCIONES. REGIONES DE LA OMS EN DESARROLLO DEMOGRÁFICO, 1998-2020

	1998	2005	2010	2015	2020
<b>Grupo I*</b>	458 011 800	460 221 000	461 799 000	463 377 000	464 955 000
Enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales	296 833 900	303 295 250	307 910 500	312 525 750	317 141 000
Enfermedades maternas	15 111 100	15 142 250	15 164 500	15 186 750	15 209 000
Infecciones respiratorias	78 881 900	76 813 750	75 336 500	73 859 250	72 382 000
Trastornos perinatales	67 184 900	64 969 750	63 387 500	61 805 250	60 223 000
<b>Grupo II*</b>	376 217 100	432 577 250	472 834 500	513 091 750	553 349 000
Neoplasias malignas	43 768 600	54 984 000	62 995 000	71 006 000	79 017 000
Enfermedades cardiovasculares	64 775 300	77 738 250	86 997 500	96 256 750	105 516 000
Otras	267 673 200	299 855 000	322 842 000	345 829 000	368 816 000
<b>Grupo III*</b>	197 612 600	216 174 500	229 433 000	242 691 500	255 950 000

\* Los grupos I, II y III se definen detalladamente en el Informe sobre la salud en el mundo 2000, cuadro 4 del anexo, pp. 194-199.

**Cuadro 17b. AVAD ANUALES EN MENORES DE 60 AÑOS POR CAUSAS DE LOS GRUPOS I, II Y III, CON INTERVENCIONES. REGIONES DE LA OMS EN DESARROLLO DEMOGRÁFICO, 1998-2020**

	1998	2005	2010	2015	2020
<b>Grupo I*</b>	458 011 800	335 241 967	124 980 732	125 580 567	126 474 099
Enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales	296 833 900	219 328 853	98 531 360	100 008 240	101 485 120
Enfermedades maternas	15 111 100	8 548 561	203 645	106 253	87 400
Infecciones respiratorias	78 881 900	57 493 044	24 861 045	24 373 553	23 886 060
Trastornos perinatales	67 184 900	49 566 073	1 384 682	1 092 521	1 015 519
<b>Grupo II*</b>	376 217 100	376 337 684	411 361 070	413 030 810	445 437 265
Neoplasias malignas	43 768 600	42 937 640	49 193 522	47 671 107	53 049.431
Enfermedades cardiovasculares	64 775 300	65 392 513	73 181 286	73 326 715	80 380 250
Otras	267 673 200	268 007 531	288 986 261	292 032 988	312 007 584
<b>Grupo III*</b>	197 612 600	216 174 500	229 433 000	242 691 500	255 950 000

\* Los grupos I, II y III se definen detalladamente en el Informe sobre la salud en el mundo 2000, cuadro 4 del anexo, pp. 194-199.

anuales para 2015. Un criterio más convencional atribuye a un AVAD el valor de un múltiplo de los ingresos anuales, quizá tres veces los ingresos actuales, en cuyo caso los beneficios directos superarían los US\$ 500 000 millones anuales. Incluso en el supuesto muy prudente, los beneficios directos casi triplican los costos de la ampliación en los países de bajos ingresos, que estimamos en torno a US\$ 66 000 millones.

Los beneficios reales podrían ser mucho mayores todavía si, como esperamos, los derivados de la mejora de la salud contribuyen a impulsar el crecimiento económico. Los progresos en la esperanza de vida y la reducción de la carga de morbilidad tenderían a estimular el crecimiento por los cauces que ya hemos comentado: una transición demográfica más rápida (hacia tasas de fecundidad más bajas), mayores inversiones en capital humano, mayor ahorro familiar, aumento de las inversiones extranjeras y una mayor estabilidad social y macroeconómica. No disponemos de referencias epidemiológicas suficientes, por lo que no podemos transformar con exactitud las vidas salvadas en años de esperanza de vida ganados, pero sí podemos ofrecer un ejemplo: si la mejora de los resultados de salud elevara la esperanza de vida en los países de bajos ingresos en la mitad de los 19 años de desfase que ahora les separan de los países de altos ingresos, es decir, si dicha esperanza pasara de 59 a 68 años, el efecto sobre el crecimiento económico sería del 0,5% anual aproximadamente. La reducción de la carga de morbilidad debida al paludismo y el VIH/SIDA, obstáculos directos a la inversión extranjera, reportaría dividendos adicionales en términos de crecimiento. Incluso tomando únicamente la estimación del 0,5% anual, al cabo de 20 años, los ingresos por habitante de los países de bajos ingresos serían un 10% más altos que si no se llevara a cabo la ampliación. Dado que el PNB de los países de bajos ingresos rondará los US\$ 1,8 billones en 2020, esta ganancia del 10% ascendería a US\$ 180 000 anuales para el año 2020.<sup>132</sup> En términos muy generales, es probable que las ganancias anuales derivadas del mayor crecimiento por habitante sean del mismo orden de magnitud que las derivadas de la mayor longevidad (descenso de los AVAD). La valoración conjunta de las vidas salvadas y de la aceleración del crecimiento económico lleva a estimar unos beneficios económicos de al menos US\$ 360 000 millones anuales durante el periodo 2015–2020, y posiblemente mucho mayores.

#### PRÓXIMAS MEDIDAS

Hacemos un llamamiento al mundo para que se comprometa durante el próximo año a emprender una enérgica ampliación de la cobertura de los servicios esenciales de salud. Se está empezando a aplicar el nuevo proceso



DELP y urge aprovecharlo para transformar nuestros compromisos mundiales de reducción de la pobreza en acciones. Necesitamos que tanto los países de bajos ingresos como los países donantes y los organismos multilaterales avancen de manera coordinada.

### *Los países de bajos ingresos*

La Comisión recomienda que cada país en desarrollo comience a trazar un plan para el acceso universal a los servicios esenciales de salud. Como punto de partida, el gobierno y la sociedad civil deberán identificar conjuntamente los servicios esenciales cuyo acceso ha de universalizarse, basándose para ello en el análisis epidemiológico y económico de lo que se consideran las prioridades de las comunidades. Dentro del proceso DELP, recomendamos que cada país establezca en 2002 una Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud (CNMS), presidida por los Ministros de Finanzas y de Salud, que incluya a representantes destacados de la sociedad civil y se encargue de desarrollar esta tarea.<sup>133</sup> Durante nuestro propio trabajo constatamos que es esencial combinar la energía, la experiencia y los mandatos de los líderes en la esfera de las finanzas y la salud. La CNMS tendría un mandato limitado, orientado a concluir su tarea a finales de 2003.

Se le asignarían las tareas siguientes: 1) identificar las esferas prioritarias para las intervenciones de salud y las estrategias para financiarlas; 2) señalar un conjunto de intervenciones esenciales que se harán accesibles a toda la población por conducto de la financiación pública (con el necesario apoyo de los donantes); 3) emprender un programa multianual de fortalecimiento del sistema de salud, orientado a la dispensación de servicios a nivel local y que comprendería la formación, la construcción y el refuerzo de las infraestructuras, así como el desarrollo de la gestión, para que el sector sanitario consiga la cobertura universal de las intervenciones esenciales; 4) establecer objetivos cuantificados para las reducciones en la carga de morbilidad, basadas en modelizaciones epidemiológicas bien fundadas; 5) identificar las sinergias fundamentales de la salud con otros sectores (p. ej., la educación y otros), y 6) asegurar la coherencia de la estrategia con el marco macroeconómico general. La CNMS desempeñaría estas tareas en estrecha colaboración con la OMS y el Banco Mundial. La OMS ayudaría a cada país a establecer las referencias epidemiológicas, identificar las intervenciones esenciales y establecer los objetivos cuantificados. Por su parte, el Banco Mundial ofrecería su asistencia sobre todo en la planificación de la estrategia multianual para ampliar la cobertura, incluido el trazado de un plan de financiación a medio plazo, basado en los recursos internos y de los donantes.

### *Los países donantes*

Los países donantes empezarían a movilizar unos fondos anuales para la financiación de la salud que rondarían el 0,1% del PNB combinado (aproximadamente US\$ 27 000 millones anuales para 2007), que se ampliarían junto con los programas a nivel de los países y una mayor provisión de bienes públicos mundiales en la esfera de la salud. Los desembolsos reales dependerían, claro está, de que los países de bajos ingresos delinearán estrategias bien fundadas, creíbles y supervisables para ampliar la cobertura de las intervenciones esenciales de salud. La OMS y el Banco Mundial, respaldados por un grupo directivo de países donantes y receptores, podrían encargarse de coordinar la masiva ampliación multianual de la asistencia de los donantes a la salud, y supervisar los compromisos y los desembolsos de los donantes. Los foros internacionales de mayor importancia (como las reuniones del FMI y el Banco Mundial, la Asamblea Mundial de la Salud, la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo y las reuniones del Grupo Consultivo patrocinado por el Banco Mundial) deberían proporcionar tribunas para establecer compromisos concretos de ampliación de la asistencia de los donantes a la salud.

### *Los organismos internacionales*

La estrategia mundial exigirá que se refuercen las actuaciones de los organismos internacionales ya existentes, como la OMS, y que se creen nuevas instituciones como el GFATM para el SIDA, el paludismo y la tuberculosis, y el GHRF para la investigación en salud. La OMS habrá de desempeñar un papel clave en varias esferas, y muy especialmente en el asesoramiento a los gobiernos de los Estados Miembros sobre las estrategias de salud adecuadas. Para ello será preciso fortalecer su capacidad de actuación sobre el terreno en los países miembros. Además, la OMS será clave en el establecimiento de las referencias epidemiológicas en cada país y a nivel mundial, que constituirán una información esencial para las iniciativas mundiales de lucha contra las enfermedades en el mundo. La OMS y el Banco Mundial comparten la responsabilidad de analizar y difundir las mejores prácticas en las reformas de los sistemas de salud, y de respaldar las reformas de políticas orientadas a resolver los actuales desequilibrios de recursos en el sector de la salud. Por último, al FMI le corresponderá la importante tarea de ayudar a los países donantes y receptores a considerar el proceso de ampliación dentro del marco de la política macroeconómica de los países de bajos ingresos, sobre todo en lo relativo a la absorción de la financiación internacional suplementaria. Además de la OMS y el

Banco Mundial, también debe entrar en funcionamiento el GFATM en el año 2002, con una financiación suficiente para iniciar un enérgico proceso de ampliación de las intervenciones frente al VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. La financiación deberá comenzar por varios miles de millones de dólares anuales, con un objetivo de US\$ 8000 millones anuales para 2007.

Será la lucha contra las enfermedades la que ponga verdaderamente a prueba nuestra capacidad común para forjar una verdadera comunidad mundial. En el mundo de hoy, nada justifica que millones de personas sufran y mueran cada año porque no se disponga de los US\$ 34 por persona necesarios para cubrir los servicios esenciales de salud. Un mundo justo y con visión de futuro no permitirá que persista esta tragedia. Los líderes cumplirán sus promesas de los últimos años y emprenderán las acciones necesarias para ofrecer dignidad, esperanza y vida a las personas más pobres y vulnerables del mundo. Sabemos que esto puede lograrse y confiamos en que, el año próximo, el mundo vuelque su esfuerzo en esta tarea esencial y encomiable.

## NOTAS

1. Esta clasificación es la utilizada por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE. Establece cinco categorías: países menos adelantados o PMA, es decir, los 48 países con menor grado de desarrollo según la clasificación de las Naciones Unidas; otros países de bajos ingresos o OPBI (países con un PNB inferior a US\$ 755 por habitante en 1999 que no son PMA); países de ingresos medios-bajos; países de ingresos medios-altos y países de ingresos altos. En la estimación de costos nos referimos a los países del cuadro A2.B.
2. En gran parte de los países de bajos ingresos, la tasa de mortalidad por edades de muchas ENT está descendiendo, mientras que la carga absoluta de morbilidad está aumentando como consecuencia del envejecimiento de la población. Sin embargo, las enfermedades y las defunciones relacionadas con el tabaco están aumentando, incluso consideradas por edades.
3. Sólo a título de ejemplo, se están empezando a aplicar nuevos mecanismos, destinados originalmente a mejorar el acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades transmisibles, para cubrir algunas ENT importantes como la diabetes, algunos tipos de cáncer, los trastornos mentales, la hipertensión, etc., pero todavía queda mucho por hacer tanto en el terreno de las enfermedades transmisibles como en el de las no transmisibles.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, cuadro 8, p. 169.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2001, Feature 1.3, p. 23.

6. En muchos países de ingresos medios, nuestra recomendación de que efectúen un desembolso adicional en salud del 1% del PNB para el 2007 y del 2% para el 2015 sería más que suficiente para ofrecer a toda la población el acceso a las intervenciones esenciales. Por consiguiente, estos países podrían optar por recaudar menos de esta cantidad en ingresos adicionales para la salud, o bien aplicar un criterio más realista y decidirse a ampliar la cobertura más allá de las intervenciones esenciales indicadas en el presente Informe, para incluir varias enfermedades no transmisibles que representan una carga de morbilidad creciente como consecuencia del envejecimiento de las poblaciones.
7. La investigación operacional supone evaluar las intervenciones de salud en la práctica, en particular los aspectos relativos a la observancia del tratamiento, la toxicidad, la administración, las modalidades de dispensación y sus costos. Su finalidad es optimizar las pautas terapéuticas en función de las condiciones locales y determinar la mejor manera de integrarlas en los servicios ya existentes. Es habitual que los programas de los países pasen por alto esta cuestión. Cabe distinguir dos tipos de investigación operacional: la de índole clínica se interesa por lo concerniente a las pautas terapéuticas, como la administración y la toxicidad; la de índole no clínica aborda cuestiones de logística, gestión financiera, aspectos culturales de los tratamientos y otras dimensiones de la dispensación de servicios de salud ajenas a la clínica.
8. Más adelante, en el presente Informe distinguimos tres tipos de enfermedades: de tipo I, que afectan a gran número de personas (al menos potencialmente) tanto en los países ricos como en los países pobres; de tipo II, que inciden fundamentalmente en los países pobres, pero de las que se da un número considerable de casos en los países ricos; y de tipo III, que afectan de forma muy mayoritaria o exclusiva a los países pobres. Son las enfermedades de tipo II y III las más necesitadas de estímulos especiales para la I+D.
9. Una parte de la vigilancia consiste en el seguimiento en tiempo real de las epidemias, llevado a cabo actualmente por la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos de la OMS, que enlaza 72 redes ya existentes. Sin embargo, muchos países de bajos ingresos carecen de los necesarios medios epidemiológicos y de laboratorio, punto débil que debe ser subsanado rápidamente.
10. Los donantes han invitado a los países de bajos ingresos a que preparen sendos Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP) en los que sienten las bases de una lucha sostenida e integral contra la pobreza con ayuda de la financiación por donantes y la cancelación de la deuda.
11. Estos resultados se resumen en el documento del FMI titulado «Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What Has Been Achieved,» agosto de 2001, <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>.

12. También es importante fomentar las estrategias y tecnologías adecuadas en estas esferas conexas. Por ejemplo, conceder atención a la educación de las niñas tiene repercusiones especialmente importantes en la salud de los pobres. Del mismo modo, las estufas de consumo eficiente son una tecnología adecuada que puede prevenir las defunciones por contaminación del aire interior y ahorrar energía.
13. Si ya existe un grupo de base amplia más o menos equivalente, puede que no haga falta crear otro, sino sólo modificar su estructura para abarcar las tareas necesarias. No obstante, insistimos en que una dirección integrada conjuntamente por los ministerios de finanzas y de salud es clave para lograr la ampliación de los servicios de salud.
14. También se evitarían millones de defunciones anuales si se redujera drásticamente el consumo de cigarrillos.
15. En el presente Informe, todas las cifras en dólares se refieren a dólares de los Estados Unidos de América. Todas las proyecciones de costos son en US\$ a precios constantes de 2002.
16. Se incluyen los países de ingresos medios del África subsahariana, sobre todo por la alta prevalencia del VIH/SIDA, que eleva los costos de la dispensación de las intervenciones esenciales de salud.
17. Supone un 1% adicional del PNB en el 2007 y un 2% en el 2015, aunque para algunos países bastaría una cantidad menor para cubrir los costos de la ampliación.
18. Se supone que los donantes cubrirían todo el déficit que quedara tras movilizar al menos el 1% del PNB en el año 2007 y el 2% en el 2015. Si estas sumas son suficientes (o más que suficientes) para cubrir los costos totales de la ampliación, suponemos que los donantes no aportarán fondos.
19. Estimamos que, en la actualidad, la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) destinada a la salud ronda en total los US\$ 6000 millones anuales, distribuidos en US\$ 5000 millones para programas nacionales de países de ingresos bajos y medios, y aproximadamente US\$ 1000 millones para bienes públicos mundiales para la salud. En estos US\$ 6000 millones incluimos el apoyo a los sistemas de salud y a los programas de lucha contra enfermedades concretas, pero no así la planificación familiar, que sumaría unos US\$ 600 millones al total. Pese al intenso esfuerzo realizado por la Comisión y el Grupo de Trabajo 6, no es posible obtener una cifra precisa de la asistencia que los donantes prestan actualmente a la salud, ya que los fondos se gastan de muy diversos modos y los informes adolecen inevitablemente de lagunas, de diferencias entre los donantes en cuanto a la cobertura y las definiciones, y de importantes discrepancias entre las sumas comprometidas y las desembolsadas. Además de la AOD, integrada por subvenciones y préstamos concesionarios, existen también los préstamos no concesionarios (a las tasas de interés del mercado) para la salud, que ascienden a unos US\$ 500 millones anuales y son concedidos fundamentalmente por el Banco Mundial a los países

en desarrollo de ingresos medios, así como los gastos de I+D en enfermedades de los pobres que se financian al margen de los presupuestos de la AOD (las sumas probablemente sean muy inferiores a US\$ 500 millones).

20. Aunque confiamos en los intervalos generales de nuestras estimaciones de costos, instamos a que no se atribuya excesiva significación a los resultados detallados por región o enfermedad. Para calcular con exactitud los costos de la ampliación por países y por grupos de enfermedades habrá que esperar a que se realicen estimaciones de cada país mucho más detenidas que las que pudo emprender la Comisión.
21. La defunción de una persona en la juventud o la madurez se asocia a muchos años de vida perdidos. También la enfermedad puede causar discapacidad durante años antes de que sobrevenga la muerte. Por ambas razones, los AVAD perdidos cada año son un múltiplo de las defunciones anuales.
22. El ingreso por habitante en los países de bajos ingresos rondaba los US\$ 410 anuales en 1999. Con un crecimiento del ingreso por habitante del 2% anual, esto representaría US\$ 563 anuales en el año 2015. Por consiguiente, 330 millones de AVAD supondrían una ganancia de US\$ 186 000 millones. Sin embargo, hay buenas razones para valorar cada AVAD como un múltiplo de la renta por habitante, por lo que los beneficios directos podrían ser dos o más veces superiores a US\$ 186 000 millones. Además, estos cálculos no tienen en cuenta los efectos de una mejora de la salud en la aceleración del crecimiento económico.
23. Nuestro análisis indica que la mayor parte de los países de ingresos medios pueden permitirse financiar los servicios esenciales con sus propios recursos internos, si demuestran voluntad política. Es a los países de bajos ingresos a los que debe destinarse casi la totalidad de la ayuda de los donantes, con la excepción de algunos fondos para los países de ingresos medios con una prevalencia muy elevada de VIH/SIDA y que, de otro modo, no podrían costear una iniciativa integral de lucha contra esta epidemia.
24. Han sido muchos los que han preguntado a la Comisión qué se puede hacer si no se dispone de la ayuda de los donantes, es decir, cómo establecer criterios de selección con menos dinero. Se nos pide que establezcamos prioridades en millones de defunciones anuales fácilmente prevenibles, puesto que ya hemos restringido nuestra atención a un pequeño número de enfermedades que representan una carga social enorme y para las que existen intervenciones de bajo costo que son al menos parcialmente eficaces. Este tipo de selección no sólo desborda nuestra capacidad tanto desde el punto de vista ético como político, sino que es sumamente difícil de emprender con sensatez. Quienes confían en una respuesta sencilla, por ejemplo en centrarse en las intervenciones baratas (inmunizaciones) y postergar las costosas (los programas de prevención de mayor costo y el tratamiento antirretrovírico necesario para combatir el SIDA), juzgan erróneamente las decisiones prácticas que hemos de afrontar. Si no se logra controlar la pandemia de SIDA, destruirá el desarrollo económico africano; combatir el sarampión, pero no el SIDA, signifi-

cará no empezar a cubrir las necesidades humanas y económicas de África. Sería igualmente erróneo irse al extremo opuesto y dejar que la necesidad legítima de combatir el SIDA condene a la inanición a las intervenciones más baratas, por lo que propugnamos *ambas posturas*. Además, la infraestructura desarrollada para combatir el SIDA respaldará la necesaria para combatir el sarampión, sobre todo si se incluye explícitamente el fortalecimiento de estas complementariedades en la lucha contra el SIDA. Es mucho más fructífero concebir y financiar un programa integral que aborde muchas de las necesidades fundamentales de salud que optar por resolver las cuestiones aparentemente baratas.

25. Presentado por el ONUSIDA y la OMS en la International Consultative Meeting on Anti-Retroviral Therapy, Ginebra, mayo del 2001.
26. Por *fijación diferencial de precios* se entiende la atribución de precios distintos según los mercados, estando éstos separados por barreras físicas y jurídicas. En este caso, la fijación diferencial de precios supondría fijar el menor precio comercialmente viable en los mercados de bajos ingresos y, al mismo tiempo, establecer precios más elevados (a menudo protegidos por patentes) en los mercados de altos ingresos.
27. Los integrantes de los grupos de trabajo y el cometido de éstos figuran en el apéndice 1.
28. Sen recalca que algunas libertades sustantivas («la libertad de participación política o la oportunidad de recibir educación básica o atención de salud») son «componentes constitutivos del desarrollo» (fundamentalmente objetivos finales), así como contribuyentes al progreso económico. Véase Sen (1999), *Development as Freedom*, en particular la introducción y el capítulo 1.
29. Véase Amir Attaran, «Health as a Human Right», CMH Policy Memorandum No. 3, <http://www.cid.harvard.edu>.
30. *La salud del cuerpo es prosperidad* (proverbio hausa); *la salud es gran riqueza* (proverbio inglés); *sin salud no hay riqueza* (proverbio serbio); *es antes la salud que ganarse el sustento* (proverbio ídish). Wolfgang Meider, *Prentice-Hall Encyclopedia of World Proverbs*, Nueva York: Prentice Hall, Inc.
31. Empleamos la expresión *salud poblacional* para designar el estado de salud a nivel de poblaciones completas, como se resume en medidas poblacionales tales como la esperanza de vida, la mortalidad de lactantes e infantil, y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Por crecimiento económico se entiende un aumento sostenido de los ingresos por habitante del país (medidos generalmente como el producto nacional bruto (PNB) por habitante ajustado en función de la paridad del poder adquisitivo). El desarrollo económico supone un aumento sostenido y de base amplia de las condiciones materiales de una sociedad, patentizado no sólo en el PNB por habitante, sino en diversos aspectos de la vida material (vivienda, consumo, diversidad de bienes y servicios, etc.).

32. Manifestamos nuestro reconocimiento a los muchos analistas que nos precedieron en subrayar la importancia de los vínculos entre salud y desarrollo. Un ejemplo notable lo constituye un estudio de la OMS titulado *Pobreza, desarrollo y política de salud* (1978, especialmente las páginas 31–41), cuyos autores, Abel-Smith y Leiserson, establecen entre la salud y el desarrollo vínculos similares a los que nosotros describimos: los efectos de enfermedades como el paludismo, la oncocercosis, la esquistosomiasis y la tripanosomiasis al limitar la explotación de tierras tropicales cultivables; la influencia adversa sobre la cría de ganado; la reducción de la migración y el comercio; el retraso en la transición hacia una menor fecundidad; la menor apertura de la sociedad a nuevos métodos de cultivo y el descenso en la producción de alimentos durante las epidemias. No podemos sino estar de acuerdo con la declaración del resumen según la cual lo que se necesita es una estrategia de desarrollo unificada para ayudar a millones de pobres a romper el círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la mala salud que los aprisiona y ha tendido a perpetuarse de generación en generación a lo largo de los siglos.
33. R. W. Fogel, «New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory» en M. R. Rosenzweig y O. Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, Vol. 1a, Amsterdam, Elsevier Science, 1997: 433–481.
34. D. R. Gwatkin, «Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?» *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (1); y Gwatkin et al., «Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population» (serie de informes sobre 44 países en desarrollo), Banco Mundial, 2001. Véase también en S. Gupta, M. Verhoeven y E. Tiongson, «Public Spending on Health Care and the Poor,» IMF Working Paper, 2001, cuadro 1, una compilación de los datos de los estudios sobre los 44 países en el proyecto del Banco Mundial.
35. También es cierto, en términos generales, que para una TML cualquiera, los países más pobres tenían tasas de crecimiento más altas que los más ricos, fenómeno conocido en el desarrollo económico como *convergencia condicional*. Ésta refleja el hecho de que, de dos países en situación similar, el más pobre tiene más capacidad para absorber capital y tecnología de los líderes mundiales y, por consiguiente, para crecer más rápidamente que el más rico. Por otra parte, los países más pobres pueden tener peores atributos (p. ej., una TML más elevada) o peores políticas, por lo que la tendencia hacia la convergencia no es absoluta, sino que está «condicionada» por estos otros factores.
36. En estos modelos, la tasa anual de crecimiento se describe formalmente como una función lineal de varias variables, entre ellas el logaritmo natural de la EVN. El coeficiente estimado para el ln (EVN) suele estar en torno a 3,5. Dado que  $\ln(77) = 4,34$  y  $\ln(49) = 3,89$ , la diferencia en el crecimiento viene dada por  $3,5 \times (4,34 - 3,89)$ , que equivale aproximadamente al 1,6% anual.



37. Aunque en todos los estudios mencionados en este párrafo se intenta distinguir los efectos directos de la salud de los más generales debidos a deficiencias en el ámbito de las instituciones, las políticas y la gestión pública, admitimos que toda nueva investigación que aporte datos más precisos, a menudo a nivel de las familias, las aldeas o las regiones (subnacional), arrojará luz sobre los efectos concretos de la salud frente a otras condiciones sociales que pueden correlacionarse con ésta.
38. Los dólares ajustados a la paridad del poder adquisitivo son US\$ ajustados al hecho de que, en los países pobres, el precio medio de los bienes en dólares es diferente (generalmente inferior) al de los Estados Unidos de América.
39. FMI, OCDE, ONU, Banco Mundial, 2000. *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A Better World for All*, Washington, DC.
40. El objetivo fundamental con respecto a la pobreza consiste en «reducir a la mitad la proporción de personas que viven en la pobreza extrema» entre 1990 y 2015. La pobreza extrema se define como vivir con menos de US\$ 1 diario (en \$US PPA de 1993). Un objetivo conexo en la lucha contra la pobreza consiste en «reducir a la mitad el número de personas víctimas de la hambruna» entre 1990 y 2015.
41. «Hacer retroceder el paludismo», una iniciativa conjunta de la OMS, el PNUD, UNICEF y el Banco Mundial, aspira a reducir a la mitad el número de defunciones debidas al paludismo para el año 2010. La iniciativa «Alto a la tuberculosis», una alianza mundial integrada por la OMS, el Banco Mundial y UNICEF, tiene como objetivo reducir la carga de morbilidad (prevalencia y defunciones) del año 2000 a la mitad para el año 2010.
42. El estudio fue llevado a cabo por la «State Failure Task Force», creada por la Central Intelligence Agency de los Estados Unidos en 1994. Este grupo especial definió formalmente el fracaso del Estado (como casos de guerra revolucionaria, guerra étnica, genocidios o politocidios, y cambios de régimen adversos o perturbadores), y contabilizó todos los casos ocurridos entre 1957 y 1994 en países con más de 500 000 habitantes. Se identificaron 113 casos de fracaso del Estado. De todas las variables explicativas examinadas, tres resultaron especialmente significativas: la tasa de mortalidad de lactantes; la apertura de la economía, porque unos mayores vínculos económicos con el resto del mundo reducen las posibilidades de fracaso del Estado; y la Democracia, porque los países democráticos muestran una menor propensión al fracaso del estado que los regímenes autoritarios. Véase State Failure Task Force, «State Failure Task Force Report: Phase II Findings», en *Environmental Change and Security Project Report* del Woodrow Wilson Center, N.º 5, verano 1999, 49–72.
43. «[P]rácticamente todas las intervenciones militares de los Estados Unidos en otros países desde 1960 se han producido en un país en desarrollo que había experimentado previamente un fracaso del Estado» (J. Sachs, «The Strategic Significance of Global Inequality», *The Washington Quarterly*, verano 2001, p. 191).

44. Véase National Intelligence Council, «The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States», (Washington, DC, enero 2000), disponible en <http://www.cia.gov/>. Este informe señala que, «Por su condición de centro fundamental de viajes, inmigración y comercio a escala mundial, con intereses muy diversos y una importante presencia civil y militar en el extranjero, los Estados Unidos de América y sus activos en el exterior seguirán expuestos al riesgo de enfermedades infecciosas,» incluido el hecho de que «es probable que las enfermedades infecciosas frenen el desarrollo socioeconómico en los países y regiones en desarrollo y excomunistas más afectados. Esta situación planteará dificultades para el desarrollo y las transiciones democráticas, y posiblemente contribuya a que surjan emergencias de carácter humanitario y conflictos civiles.» Véase también National Intelligence Council Report, «Global Trends 2015: A Dialogue with Non-Governmental Experts», diciembre 2000, disponible en <http://www.cia.gov/>.
45. B. Korber et al., *Science* 288, 1789 (2000).
46. Como han escrito recientemente Laver y Garman, «Puede producirse en cualquier momento una epidemia mundial (pandemia) de gripe de tipo A. El causante sería un virus ‘nuevo’ frente al cual la población humana no tiene inmunidad, y experiencias pasadas indican que probablemente surgiría en China. Dadas las actuales condiciones de superpoblación y rapidez de los transportes, se prevé que la epidemia se difundiría por todo el planeta. Millones de personas enfermarían y muchas morirían.» Graeme Laver y Elspeth Garman, «The Origin and Control of Pandemic Influenza», *Science*, vol. 293, 7 de septiembre de 2001, 1776–1777.
47. Por citar sólo uno de los muchos ejemplos posibles, de los 416 refugiados tibetanos que llegaron a Canadá en 1999, 5 padecían tuberculosis polifarmacorresistente. Bonnie Henry et al., «M. Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada», presentado en la Quinta Reunión Anual de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias, Región de Norteamérica, Vancouver, febrero de 2000. (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>).
48. Véase Chris F. Curtis, «The mass effect of widespread use of insecticide-treated bed-nets in a community», CMH Policy Memorandum, <http://www.cid.harvard.edu/>.
49. Human Development Report 2001, p. 23. También el 48% de la población del mundo en desarrollo reside en países retrasados, muy retrasados o en camino de estarlo en lo relativo a los objetivos fijados para la mortalidad materna.
50. En el análisis de la Comisión, el concepto de enfermedad evitable alude a unas tasas de morbilidad y mortalidad superiores en una sociedad a las de otra sociedad de referencia. En concreto, calculamos en cuánto supera la carga de morbilidad de los países de bajos ingresos a la morbilidad y la mortalidad de los no fumadores en los países de altos ingresos.
51. En el lenguaje técnico de la economía se dice que la mala salud reduce la «utilidad» del individuo, aunque no se modifique su nivel de consumo de bienes y servicios ni la duración de su vida.

52. Este tipo de evaluaciones amplias se han utilizado en la bibliografía económica reciente. Véase, por ejemplo, Cutler y Richardson (1997); Topel y Murphy (1999); Philipson y Soares (2001); y Becker, Philipson y Soares (2001).
53. El producto de 34,6 AVAD por 2,1 millones de defunciones equivale a 72 millones de AVAD.
54. Técnicamente, el modelo econométrico de Gallup y Sachs (2001) supone que la tasa de crecimiento de la economía  $d(\ln y)/dt$  es igual a  $-aM - b\ln y + cZ$ , en donde  $\ln y$  es el logaritmo natural del PNB por habitante,  $M$  mide la proporción de la población vulnerable al paludismo (que oscila entre 0 y 1,0) y  $Z$  son los demás determinantes del crecimiento. Las estimaciones empíricas sitúan el coeficiente  $a$  en torno a 1,3 y el coeficiente  $b$  en torno a 2,0. Estas cifras indican que el efecto a corto plazo del paludismo sobre el crecimiento es de  $-1,3\%$  anual, y el efecto a largo plazo consiste en reducir el nivel de ingresos por habitante en  $\exp(-a/b) = \exp(-0,65) = 0,52$ . Es decir, los ingresos por habitante de las economías afectadas por el paludismo representan sólo el 52% de los ingresos por habitante de una economía sin paludismo.
55. Gertler y Gruber (2001) estimaron que el 35% de los costos de las enfermedades graves no están asegurados por otras fuentes accesibles para las familias (en un estudio basado en datos indonesios). Comprobaron asimismo que, cuanto más grave es la enfermedad, menos familias pueden asegurarla. Las familias pueden asegurar la totalidad de los costos económicos de enfermedades que no afectan a las funciones físicas, y el 71% de los correspondientes a enfermedades que las limitan en grado moderado, pero sólo el 38% de los acarreados por enfermedades que las limitan en gran medida. De estos datos se deduce que el aseguramiento incompleto incluso de estas situaciones de enfermedad tan extremas entraña costos no desdeñables para la economía indonesia.
56. La hipótesis de Barker sostiene que el retraso del crecimiento intrauterino guarda relación con enfermedades del adulto, como los trastornos cardiovasculares.
57. Informe sobre la salud en el mundo 1999.
58. La tasa de fecundidad total (TFT) es, en términos aproximados, el número medio de hijos por mujer durante toda su vida reproductiva, calculado a partir de las tasas de fecundidad por edad en el país en un momento cualquiera. La tasa de mortalidad de lactantes es el número de defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos.
59. Las tasas de fecundidad tienden a ser inferiores en las zonas urbanas por diversas razones: los niños no son activos económicos en las ciudades como lo son en las granjas; los costos de vivienda son más elevados; el costo de oportunidad del tiempo de la madre puede ser más alto; y es más probable que los niños estén escolarizados, con los consiguientes gastos en material escolar, matrículas, uniformes, etc.
60. Dado que existe un número cada vez mayor de trabajadores por habitante, el PNB por habitante tiende a aumentar, aunque el PNB por trabajador no varíe.

61. Aunque los nuevos contratados sean tan productivos como los antiguos, la empresa debe pagar unos costos considerables por el cribado y la distribución de estos nuevos trabajadores.
62. Gallup y Sachs, 2001 (*American Journal of Tropical Medicine y Hygiene*. fSuplemento especial). El despegue del crecimiento en la Europa meridional se produjo poco después de que, en la posguerra, se controlara el paludismo. En las décadas precedentes, la región estaba retrasada con relación al crecimiento de la Europa septentrional.
63. *Economist* (2001): The worst way to lose talent. 8 de febrero.
64. La lista de países menos adelantados se muestra en el cuadro A2.B.
65. Son los siguientes (entre paréntesis figura la cifra estimada de defunciones anuales): poliomielitis (720), difteria (5000), tos ferina (346 000), sarampión (888 000), tétanos incluido el tétanos neonatal (410 000), *Haemophilus influenzae* b o Hib (400 000), hepatitis B (900 000) y fiebre amarilla (30 000). Véase <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html>.
66. Al comparar la mortalidad entre los fumadores y los no fumadores en los países en desarrollo únicamente con la de los no fumadores en los países ricos, podría parecer que el análisis exagera la mortalidad evitable. Sin embargo, existen intervenciones que pueden reducir considerablemente el consumo de tabaco, por lo que parece válido tomar a los no fumadores como referencia para determinar la máxima mejora concebible. Esta elección influye poco en las estimaciones aquí presentadas, ya que sólo calculamos la reducción de la mortalidad para el año 2015, cuando los grandes descensos en las enfermedades relacionadas con el tabaco habrán de llegar mucho más tarde.
67. Por erradicación se entiende eliminar por completo una enfermedad en el mundo. La eliminación es el cese de la transmisión de un microorganismo infeccioso a partir de una zona determinada; en este caso persiste el riesgo de reintroducción de la enfermedad desde otra zona. (Véase Basch 1999, p. 456).
68. Puede consultarse una crónica reciente de estos acontecimientos en Jonathan Tucker, *Scourge*, Nueva York: Atlantic Monthly Press, 2001.
69. Ya no se vacuna contra la viruela. Lo mismo podría suceder con la poliomielitis, pero esta cuestión sigue siendo objeto de debate.
70. DOTS es una pauta posológica para la tuberculosis que consiste en observar directamente al paciente cuando toma los medicamentos antituberculosos durante al menos los 2 primeros meses, y cuya finalidad es promover el cumplimiento del tratamiento. Por ciclo corto se entiende una pauta de 6 a 8 meses de duración con una combinación de antituberculosos.
71. OMS, UNICEF, ONUSIDA, Banco Mundial, UNESCO y FNUAP, *Health A Key to Prosperity: Success Stories in Developing Countries*, 2000, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

72. La experiencia demuestra, además, que los servicios de planificación familiar son especialmente eficaces cuando forman parte de programas integrales de salud reproductiva que comprenden la planificación familiar, el embarazo y el parto sin riesgos, y la profilaxis y el tratamiento de las infecciones del aparato genital y las enfermedades de transmisión sexual.
73. El rápido crecimiento de la población tiene múltiples y complejos efectos sobre el desarrollo económico. En las familias, las inversiones por hijo en educación y salud se reducen cuando los hogares tienen muchos hijos, es decir, cuando las tasas de fecundidad son elevadas. A nivel de la sociedad se observa sobre todo un rápido crecimiento de la población rural, que aplica enormes presiones sobre el medio (p. ej., la deforestación, consecuencia de las talas forestales para obtener madera como combustible y nuevas tierras de labranza) y la productividad alimentaria a medida que desciende la relación tierra-mano de obra agrícola. En estas circunstancias, los campesinos desesperadamente pobres tienden a hacinarse en las ciudades, dando lugar a tasas muy elevadas de urbanización y a otras consecuencias adversas de la congestión y el descenso del capital urbano por habitante (p. ej., servicios de orden público, agua y saneamiento, etc).
74. El informe *Contraceptive Practices and the Donor Gap* del Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security, estima que el déficit de la aportación de los donantes destinada a anticonceptivos y logística será de US\$ 210 millones para el año 2015 y de US\$ 100 millones aproximadamente para el 2007 (véase la figura 9, p. 9 del citado informe). El IWG es una iniciativa conjunta de John Snow, Inc., Population Action International, Program for Appropriate Technology in Health y The Wallace Global Fund.
75. En Bangladesh, mientras la tasa de mortalidad de lactantes descendía de 140 por 1000 nacidos vivos en 1970 a aproximadamente 70 por 1000 nacidos vivos en 1995, la tasa de fecundidad total caía de 7,0 en 1970 a apenas 3,4 en 1990 y 3,1 en 1995. Como consecuencia de ello, el crecimiento de la población se ralentizó notablemente, del 2,5% anual aproximadamente en 1970 al 1,5% anual en 1995. El gobierno invirtió mucho en servicios de planificación familiar, e importantes organizaciones no gubernamentales, como Grameen Bank y BRAC, contribuyeron a mejorar las condiciones sociales de las mujeres pobres, hecho que propició a su vez el descenso de la fecundidad. Los cambios económicos, en particular el actual proceso de urbanización, y muy especialmente el enorme aumento del empleo entre las mujeres jóvenes en el sector de la confección textil para la exportación, son también responsables de que éstas se casen más tarde y las tasas de fecundidad dentro del matrimonio hayan descendido.
76. Aunque el SIDA es causado por un solo tipo de virus, el VIH, éste muestra un importante grado de variabilidad genética en el seno de una misma población, y sobre todo entre distintas regiones. Es posible que estos subtipos o clados no tengan todos la misma transmisibilidad, aunque no existen datos concluyentes a este respecto. Algunos virólogos han apuntado la posibilidad de que el clado C del

- VIH-1, prevalente sobre todo en el sur y el este de África y en la región del Cuerno de África, sea más transmisible y, por consiguiente, determine una prevalencia más elevada de la infección entre la población adulta.
77. Es indudable que los beneficios sociales del tratamiento no se limitan, ni mucho menos, a los niveles de ingresos de los pacientes, si consideramos los niños que, en su ausencia, hubiesen quedado huérfanos, así como las muchas otras consecuencias sociales adversas de la enfermedad.
  78. Sanjeev Gupta, Marijn Verhoeven y Erwin Tiongson, «Public Spending on Health Care and the Poor», IMF Working Paper, 2001.
  79. En los países de bajos ingresos, los precios y las remuneraciones por los bienes y servicios «no comercializables», incluidos los sueldos en el sector de la atención de salud, son más bajos, por lo que las cifras de US\$ 30 a US\$ 45 por persona probablemente equivalgan como mínimo a cantidades anuales comprendidas entre US\$ 60 y US\$ 90 en países de altos ingresos. Por consiguiente, si, al igual que algunos análisis, nos basamos en precios ajustados a la paridad del poder adquisitivo, el costo mínimo del paquete de intervenciones esenciales se situaría probablemente por encima de US\$ 80 por persona y año, como señalamos en el texto.
  80. La gráfica presenta escalas logarítmicas, con el logaritmo natural de los ingresos por habitante en dólares estadounidenses en el eje de abscisas y el logaritmo natural del gasto total en salud en dólares estadounidenses en el eje de ordenadas.
  81. La estimación de la gráfica es que cada incremento del 1% de los ingresos determina un incremento del gasto en salud del 1,15%. Esto significa que los gastos en salud como proporción de los ingresos son algo mayores en los países ricos que en los más pobres. Para los 44 países más pobres, con unos ingresos anuales por habitante de US\$ 500 o menos, el gasto medio en salud representa el 4,0% de los ingresos. Para los 21 países más ricos, con unos ingresos anuales por habitante de US\$ 20 000 o más, el gasto medio en salud representa el 6,5% del PNB.
  82. Véase Fang Jing y Xiong Qiongfeng, «Financial Reform and Its Impact on Health Service in Poor Rural China», presentado a la Conferencia sobre la Reforma del Sector Financiero en China, Universidad de Harvard, septiembre de 2001. Los autores escriben: «Debido a las importantes limitaciones financieras, en los países pobres, las instalaciones de atención de salud han de basarse en servicios clínicos para obtener sus sueldos; la asistencia preventiva está muy desatendida... Otra consecuencia de la importancia concedida a los servicios curativos es el rápido incremento de los gastos médicos y el consumo abusivo de medicamentos» (pp. 13–14). Misra, Chatterjee, y Rao (2001) describen la proliferación de médicos tradicionales no cualificados en el ámbito rural. «Se estima en un millón las personas que ejercen ilegalmente la medicina, que atienden entre el 50% y el 70% de las consultas primarias...» Estos autores señalan que «a menudo, la calidad técnica de la atención prestada en el sector privado es mala, tanto por las deficiencias infraestructurales como por las prácticas incorrectas o contrarias a la ética, la dispensación excesiva de servicios y los costos exorbitantes.»

83. Véase Yuanli Liu y William Hsiao, «China's Poor and Poor Policy: The Case for Rural Health Insurance», presentado a la Conferencia sobre la Reforma del Sector Financiero en China, Universidad de Harvard, 13 de septiembre de 2001. Basándose en los datos de la Encuesta Nacional de los Servicios de Salud chinos del año 1998, Liu y Hsiao constataron que el 44,3% de los hogares rurales que vivían en la pobreza en ese año se habían empobrecido debido a los gastos médicos.
84. Sin la pretensión de ofrecer una precisión que resultaría falsa en una cuestión tan compleja, se podría proponer que un gobierno bien gestionado de un país de bajos ingresos destinara sus ingresos totales de la manera siguiente: ingresos totales, 16% del PNB, de los cuales se asignarían a salud el 4%, a educación el 5%, a la administración pública el 2%, a orden público y defensa el 2%, a inversiones públicas (infraestructuras) el 2% y al servicio de la deuda el 1%. Es obvio que la distribución real de los gastos no se parece a esta: los pagos destinados al servicio de la deuda son mucho más elevados, al igual que los desembolsos en defensa en algunos países, mientras que los asignados a educación y salud son considerablemente inferiores.
85. En el documento titulado *Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Revisited*, CMH Paper n.º WG3: 6, 2000, Dyna Ahrin-Tenkorang resume la abundante bibliografía existente sobre las tasas por uso de servicios y documenta ampliamente la tendencia a elevar los precios de los servicios esenciales hasta el punto de que los pobres no pueden costearlos. Un documento reciente, titulado «The Bitterest Pill of All: The Collapse of Africa's Health Care System», Save the Children UK, mayo de 2001, aporta datos y referencias que respaldan esta conclusión.
86. Para los primeros 22 países incorporados a la iniciativa PPME, el ahorro en el servicio de la deuda obtenido gracias al alivio de ésta por el proceso tradicional y el PPME rondará anualmente el 1,9% del PNB (p. 8, FMI 2001). En estos países, aproximadamente el 40% de dicho ahorro se destina a la educación y otro 25% se asigna directamente al sector de la salud (p. 10, FMI 2001). Se prevé que los gastos sociales aumenten hasta casi duplicar el ahorro de efectivo logrado con el alivio de la deuda por la iniciativa PPME, lo que indica que los países están inyectando también nuevos recursos internos a los sectores sociales (p. 10, FMI 2001). La deuda se reducirá en unas dos terceras partes del saldo original (p. 6, FMI 2001). Véase FMI, «Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation», 25 de mayo de 2001, disponible en <http://www.imf.org/>.
87. Thompson y Huber (2001), «Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970–1998», HCFA Review.
88. En los países de ingresos medios-bajos, el gasto medio en salud por persona y año es de US\$ 90, y de US\$ 240 en los países de ingresos medios-altos. Estas sumas son suficientes para asegurar el acceso de toda la población a un conjunto de intervenciones esenciales.

89. Existen además otras razones. Una proporción excesiva de los recursos se destina a servicios terciarios de alta tecnología para las elites urbanas, en lugar de asignarse a las intervenciones esenciales que necesitan los pobres. También abundan pura y simplemente el despilfarro y la mala administración.
90. Los préstamos de la ventanilla no concesionaria del Grupo del Banco Mundial (el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento) y de los bancos regionales de desarrollo se conceden al costo de los fondos prestados, más una pequeña tasa administrativa. Aun así, las tasas de interés son mucho más bajas y los vencimientos mucho más largos que los que obtendrían los países de ingresos medios en los mercados financieros privados.
91. Véase Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira, A. Mills, «Constraints to Scaling-Up Health Interventions: A Conceptual Framework and Empirical Analysis», CMH Working Paper Series N.º WG5: 14, 2001, disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.
92. Véase D. Jamison y J. Wang, «Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975–90», nota sobre políticas para la CMS (<http://www.cid.harvard.edu>). Los autores constataron un llamativo efecto del número de médicos por habitante en la prolongación de la esperanza de vida, así como importantes influencias geográficas de los trópicos (adversas) y de la proximidad a la costa (favorables).
93. Una diferencia importante es que una economía isleña puede llegar a eliminar un vector de enfermedad, mientras que una economía de tierra firme puede sufrir su entrada reiterada a través de la frontera con otro país en el que dicho vector no esté controlado.
94. El estado de Kerala, situado en el trópico húmedo, goza de tan abundantes reservas de agua que los habitantes siempre han podido lavarse y limpiar los alimentos a fondo, así como hervir agua en grandes cantidades. Es probable que ello haya contribuido a los excelentes resultados de salud de esta región. En las zonas muy áridas, estas conductas higiénicas suelen ser mucho más caras, y las poblaciones sólo disponen de unos pocos pozos de agua que pueden estar muy contaminados por patógenos como consecuencia del intenso uso humano.
95. Por otra parte, es probable que la globalización reduzca el fenómeno de las epidemias en «terreno virgen», en las que una población se ve expuesta por vez primera a un microorganismo patógeno al ser invadida por otra población con una larga exposición a dicho microorganismo. Este proceso suele tener consecuencias devastadoras para la población «virgen», como ocurrió con la viruela, el sarampión y otras enfermedades, que fueron introducidas en el Nuevo Mundo y las islas del Pacífico por los europeos después de 1500 y en muchos casos diezmaron las poblaciones indígenas.
96. La frontera entre los descubrimientos patentables y los no patentables suscita actualmente un encendido debate de gran importancia para futuras investigaciones científicas. En conjunto, estamos a favor de que toda la comunidad mundial tenga un mayor acceso al conocimiento científico básico y no patentado.



97. Existe un consenso bipartito en lo relativo a duplicar la financiación anual de los NIH entre 1998 y 2003, de US\$ 13 000 millones en el año fiscal de 1998 a US\$ 27 000 millones en el año fiscal de 2003. El presupuesto para el año fiscal de 2001 es de US\$ 20 300 millones.
98. Muchos analistas han establecido recientemente una importante distinción entre las enfermedades comunes a los países ricos y pobres, en las que la I+D de los países ricos beneficia a los pobres, y las enfermedades que son casi exclusivas de los países pobres, como las parasitosis tropicales, en las que el nivel de I+D suele ser mínimo. Lanjouw (2001) ha realizado un análisis interesante en esta línea.
99. La situación ambigua del paludismo, a caballo entre el tipo II y el tipo III, no se debe a su incidencia, sino al hecho de que en los países ricos existe mercado para la profilaxis y el tratamiento de los viajeros y el personal militar, lo que determina que dichos países tengan un interés moderado por la I+D relacionada con el paludismo.
100. Los AVAD, o años de vida ajustados en función de la discapacidad, asociados a una enfermedad son el número de años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura más el número de equivalentes de años de vida perdidos debido a una discapacidad crónica. Los años vividos con una discapacidad crónica se convierten en equivalentes de años de vida perdidos mediante un factor de conversión que refleja la gravedad de la discapacidad. Por ejemplo, la muerte de un varón a los 30 años se puntúa como 29,6 AVAD en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad (Global Burden of Disease, 1996, p. 17).
101. Véase Anderson, M. Maclean y C. Davies, 1996. *Malaria Research: An Audit of International Activity*. Londres: Wellcome Trust.
102. Véase el cuadro 10 del presente Informe. En este caso resulta útil distinguir entre las enfermedades que afectan tanto a los países de altos ingresos como a los de bajos ingresos y las que afectan muy mayoritariamente a estos últimos. Por lo general, las enfermedades de la primera categoría son objeto de una I+D a gran escala en los propios países ricos. A menudo, los países de bajos ingresos pueden «subirse al carro» de los avances tecnológicos desarrollados por el mercado de altos ingresos, siempre que estén en situación de costear el despliegue de las nuevas tecnologías cuando surgen. Son ejemplos de enfermedades que afectan a los países ricos y pobres el sarampión, las infecciones neumocócicas y la hepatitis B. Entre las que afectan a los pobres podemos citar el paludismo y otras parasitosis tropicales. La segunda categoría de enfermedades es la más desatendida, ya que no ofrece ni a los gobiernos de los países ricos ni a los laboratorios farmacéuticos, orientados a obtener beneficios, incentivos para invertir en la necesaria I+D.
103. Una proporción 90/10 indicaría que se destinan hasta US\$ 6000 millones anuales a las enfermedades de los pobres, pero sumando las cantidades que sabemos se asignan al paludismo, la tuberculosis, otras enfermedades tropicales y otras dolencias que matan en los países pobres, parece improbable que el total mundial se acerque a esta suma. La estimación de la Commission on Health Research for

Development era que, en 1986, US\$ 1600 millones de los US\$ 30 000 millones gastados en I+D en el mundo se destinaban a problemas del mundo en desarrollo. Según los resultados de un estudio similar llevado a cabo el año 1995 en la Universidad de Harvard, en 1992, de los US\$ 56 000 millones dedicados en todo el mundo a la investigación en materia de salud se destinaron US\$ 2000 millones a los problemas del mundo en desarrollo. Véase *Global Forum for Health Research 1999*, pp. 46 y 69, para información general y detalles.

104. El TDR es el Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. Las ocho enfermedades seleccionadas como objetivos son (entre paréntesis se indica la proporción correspondiente de los gastos presupuestados para 1994–1997): paludismo (50%), oncocercosis (5%), enfermedad de Chagas (6%), esquistosomiasis (10%), lepra (4%), tripanosomiasis africana (6%), filariasis (8%), y leishmaniasis (11%). Las actividades están regidas por comités directivos internacionales integrados por destacados expertos científicos independientes. Entre los logros recientes cabe citar la eficacia demostrada del fármaco artemetero frente a las esquistosomiasis, así como las pruebas científicas de que el tratamiento antipalúdico combinado puede mejorar significativamente las tasas generales de curación. Para más detalles véase <http://www.who.int/tdr>.
105. La Iniciativa para la Investigación de Vacunas (IIV) de OMS/ONUSIDA facilita el desarrollo y la introducción de vacunas frente al VIH, el paludismo, la tuberculosis, los neumococos, los rotavirus, *Shigella* y otros microorganismos causantes de diarrea, los meningococos A y B, el virus del papiloma humano, el dengue, la encefalitis japonesa, la esquistosomiasis y la leishmaniasis; promueve asimismo el desarrollo de tecnologías que simplifiquen las inmunizaciones y reduzcan sus riesgos.
106. Un estudio reciente de la Mesa Redonda OMS-IFPMA (Federación Internacional de la Industria del Medicamento) analizó la cuestión de las prioridades en materia de I+D para enfermedades prevalentes en los países pobres. Según este estudio, las esferas prioritarias para el aumento de la I+D son el paludismo, la tuberculosis, la filariasis linfática, la oncocercosis, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la tripanosomiasis africana, la enfermedad de Chagas, las diarreas inespecíficas y las infestaciones por nematodos GI. El paludismo y la tuberculosis tienen objetivos susceptibles de tratamiento científico para los cuales está justificado aumentar considerablemente la I+D. En el caso de la tripanosomiasis africana, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis, los tratamientos actuales son difíciles de administrar, tienen importantes efectos secundarios y están perdiendo eficacia debido a las resistencias adquiridas.
107. La ley de medicamentos huérfanos de los Estados Unidos (1983) define las enfermedades «infrecuentes» como aquellas que afectan a menos de 200 000 personas en los Estados Unidos.

108. Un debate pormenorizado figura en el documento de síntesis del Grupo de Trabajo 2, y en Kremer, M. *Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases*, CMS, julio de 2001.
109. La salud en el mundo está cada vez más necesitada de normas y referencias de ámbito internacional, como el Reglamento Sanitario Internacional, el Codex Alimentarius (Comisión conjunta OMS/FAO sobre la seguridad alimentaria), el Convenio marco para la lucha antitabáquica, el Código de OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y muchos otros ejemplar.
110. Véase la excelente revisión breve de estas cuestiones realizada por Roy Widdus, «Public-Private Partnerships for Health», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, n.º 8, 2001, 713–720.
111. Véase Amir Attaran y Lee Gillespie-White (2001, p. 286). Attaran y Gillespie-White han constatado que Sudáfrica es el único país con un gran número de antirretrovíricos (ARV) patentados (10 de los 15 ARV), fundamentalmente por Glaxo Wellcome, que ha patentado sus productos hasta en 37 de los 53 países. En la mayoría de éstos predominan los ARV no protegidos por patentes. Del máximo teórico de 795 patentes (15 ARV por 53 países), sólo se han registrado 172, es decir, el 21,6% del potencial. En casi todos los países podría obtenerse al menos una combinación triple estándar cuyos tres componentes no estuvieran cubiertos por patentes, y en la mayor parte de la región se dispondría de varias combinaciones estándar no protegidas. Sin embargo, algunas combinaciones eficaces sí están patentadas, lo cual plantearía sin duda complicaciones para la ampliación del tratamiento.
112. Los activistas han argüido con justicia que la fijación de precios de los fármacos es un obstáculo sean cuales sean las condiciones de la financiación por donantes, ya que siempre hay algunas personas en los países de bajos ingresos que no pueden acceder a los medicamentos esenciales cuando los precios se mantienen por encima del «mínimo precio comercialmente viable». Nosotros sostenemos que para lograr el acceso a gran escala a los medicamentos por parte de quienes los necesitan será preciso que los donantes aporten recursos financieros a gran escala.
113. Esto es cierto incluso cuando son donantes con disponibilidad limitada de efectivo, y no los propios países de bajos ingresos, quienes compran los medicamentos en nombre de los pobres.
114. Cabe argumentar que, hoy día, muchos productos nuevos no están patentados en la mayor parte de los países de bajos ingresos, por lo que la situación no cambiará gran cosa con la entrada en vigor del ADPIC. Esta conclusión nos ofrece dudas. Dado el crecimiento del mercado que se producirá en los países de bajos ingresos al aumentar la ayuda de los donantes, los laboratorios farmacéuticos tenderán más, claro está, a solicitar la protección de las patentes, salvo que se llegue a acuerdos voluntarios internacionales en sentido contrario.

115. Esta conclusión recibió un amplio apoyo en el Workshop on Differential Pricing y Financing of Essential Drugs, organizado por la OMS y la OMC entre el 8 y el 11 de abril de 2001 en Høsbjør, Noruega. Como explica la Sinopsis del Informe de la Conferencia, «parece existir una gran coincidencia de opiniones entre los participantes sobre dos cuestiones fundamentales: en primer lugar, que la fijación diferenciada de precios puede y debe desempeñar un papel importante en el aseguramiento del acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles, sobre todo en los países pobres, al tiempo que permite al sistema de patentes seguir proporcionando incentivos para la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos; en segundo lugar, que si bien los precios asequibles son importantes, el hecho de hacer llegar los medicamentos, ya sean patentados o genéricos, hasta las personas que los necesitan exigirá un importante esfuerzo económico, tanto para comprar los fármacos como para reforzar los sistemas de provisión de asistencia sanitaria, y para estos países la mayor parte de la financiación adicional deberá proceder de la comunidad internacional». Véase [http://www.who.int/medicines/library/edm\\_general/who-wto-hosbjor/who-wto-hosbjor.html](http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor/who-wto-hosbjor.html)
116. GlaxoSmithKline Plc concedió una licencia voluntaria a Aspen Pharmacare, el mayor fabricante de genéricos de Sudáfrica, para producir sus antirretrovíricos AZT y 3TC, así como Combivir, que combina ambos medicamentos en un solo comprimido. «RPT-Glaxo cede sus derechos sobre fármacos antisida en Sudáfrica», Ben Hirschler, Reuters, 8 de octubre de 2001.
117. Véase [http://www.unaids.org/acc\\_access/index.html](http://www.unaids.org/acc_access/index.html). Los cinco primeros laboratorios que se incorporaron a la Iniciativa fueron Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co. y Hoffmann-La Roche.
118. La sociedad civil internacional, incluidos grupos como CPTech y Health Gap (Estados Unidos), Médecins sans frontières y Oxfam (Europa), Treatment Access Campaign (Sudáfrica) y Drug Study Group (Tailandia), llamó la atención sobre la urgencia del problema de la fijación de precios y contribuyó en gran medida a los recientes logros en materia de reducción del precio de los medicamentos esenciales en los países de bajos ingresos.
119. Se han organizado varias alianzas internacionales de lucha contra enfermedades en torno a los programas de donación de medicamentos de los laboratorios farmacéuticos. Comprenden la filarisis linfática (albendazol, GlaxoSmithKline), la tripanosomiasis africana (eflornitina, Aventis), la lepra (multiterapia antilepromatosa, Novartis), el paludismo (atovacuna y proguanil, GlaxoSmithKline), la oncocercosis (ivermectina, Merck), el tracoma (azitromicina, Pfizer), la transmisión maternoinfantil del VIH (nevirapina, Boehringer Ingelheim) y las micosis en pacientes con VIH/SIDA (fluconazol, Pfizer). También han sido objeto de donaciones la vacuna antipoliomielítica oral (Aventis Pasteur), la vacuna frente a Hib (Wyeth Lederle Vaccines) y la vacuna antihepatítica B (Merck), así como otros productos sanitarios como jeringas autodestructibles para el tétanos (Becton Dickinson) y filtros de nailon para prevenir la dracunculosis (Du Pont). Otras

donaciones se han destinado a la formación y a la provisión de infraestructuras para la lucha contra el VIH/SIDA (Merck y Bristol-Myers Squibb). Véase Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH), [info@ippph.org](mailto:info@ippph.org).

120. El mínimo precio comercialmente viable es el precio más bajo que permita seguir suministrando el bien a un mercado creciente de manera sostenida. Suele equivaler al costo marginal de producción más los gastos administrativos. Es de prever que los países de ingresos medios paguen en general más que los países de bajos ingresos, pero menos que los países ricos. Se supone que en estos mercados los precios se negociarían entre suministradores y compradores (p. ej., organismos gubernamentales), manteniendo a disposición de los países de ingresos medios la salvaguarda de la concesión obligatoria de licencias. Estos acuerdos han conducido recientemente a la negociación de importantes descuentos en los precios de los antirretrovíricos en Brasil y algunos otros países de ingresos medios, comparados con los precios de los países de altos ingresos.
121. La concesión obligatoria de licencia no exige que el propietario de la patente muestre al productor local cómo se fabrica el producto; en consecuencia, sólo resulta útil si se ha desentrañado correctamente el proceso de producción.
122. La Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) ha calculado que aproximadamente una tercera parte de los países en desarrollo importan el 100% de los medicamentos que consumen, y que otra tercera parte más tienen una capacidad de producción muy limitada.
123. Suponiendo un crecimiento económico en torno al 2,3% anual (2% por habitante, 0,3% de la población) en los países de altos ingresos, el PNB combinado de los donantes debería ascender a unos US\$ 29 billones en 2007 y a US\$ 35 billones en 2015.
124. El país beneficiario de una mayor financiación del Banco Mundial para la lucha contra el SIDA durante 1997–1999 fue la India, que recibió un préstamo concesionario de US\$ 191 millones para el periodo 1999–2004.
125. Informe «Transitional Arrangements», reunión del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (FMSTP), Bruselas, 12–13 de julio de 2001.
126. Se deberían dirigir pequeñas cantidades hacia países de ingresos medios que, por una razón u otra (p. ej., por la incidencia extraordinariamente elevada de una enfermedad o la existencia de grandes bolsas de pobreza pertinaz), no pueden cubrir sus necesidades de salud con los recursos nacionales. Por ejemplo, debido a la pandemia de SIDA, Sudáfrica debería ser receptor de fondos para la lucha contra esta enfermedad.
127. <http://www.vaccinealliance.org>. La financiación de la GAVI asciende a aproximadamente US\$ 1000 millones, de los cuales US\$ 750 millones son aportados por la Fundación Gates y US\$ 250 millones proceden de países donantes.

128. El Banco Mundial aporta en la actualidad aproximadamente US\$ 1300 millones anuales en nuevos compromisos, tanto en forma de préstamos de la AIF (concesionarios) como de préstamos del BIRF (no concesionarios), y tiene comprometidos casi US\$ 10 000 millones en proyectos del sector de la salud. Es irónico que, con frecuencia, los fondos de la AIF no se gasten en su totalidad, lo que refleja tanto la renuencia de muchos países empobrecidos a contraer nuevas deudas (por contraposición a las subvenciones) para financiar la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, como la necesidad de un marco multianual más claro para dicha ampliación, en el cual la financiación de la AIF desempeñaría un papel clave, duradero y previsible.
129. Señalamos que la mera conversión de los préstamos de la AIF a subvenciones no aumentaría la transferencia neta de recursos del Banco a los países de bajos ingresos como grupo (aunque podría facilitarla para determinados miembros del grupo de países destinatarios potenciales de la ayuda de la AIF). En la actualidad, el Banco recicla en forma de préstamos concesionarios las cantidades que recauda en concepto de reembolsos de la deuda por préstamos de la AIF. Es fácil comprobar que el valor neto actual de las transferencias de recursos que el Banco encauza a través de la AIF es el mismo, ya se trate de subvenciones en una sola entrega o de una sucesión de préstamos concesionarios en la que cada nuevo préstamo se basa en el reembolso de los antiguos. En ambos casos, las transferencias netas de recursos de la AIF equivalen exactamente a las aportaciones que recibe de los donantes, y ella respalda las subvenciones o los préstamos. *La única forma de lograr que la AIF pueda hacer mayores transferencias netas de recursos es que sus donantes contribuyan con más fondos, política que nosotros apoyamos.*
130. Obsérvese que en este caso estamos hablando de la producción nacional de servicios de salud, no de su importación. Por tanto, aunque los desembolsos totales en salud asciendan al 12% del PNB, si la mitad de ellos se destinan a bienes importados, el valor añadido originado en el sector de la salud será del 6% del PNB.
131. El problema de la fuga de cerebros es importante. En la sanidad pública de Ghana, por ejemplo, entre 1998 y 2000, el número de médicos se redujo de 1400 a 1115, y el de enfermeras de 17 000 a 12 600, descenso al que contribuyeron en gran medida la fuga de cerebros y la transferencia al sector privado del país. En el sector público de la mayor parte de los países de bajos ingresos, la remuneración de los médicos y las enfermeras es a menudo inferior a la tercera parte de la que ofrece el sector privado nacional, y a veces equivale a la décima parte o menos de los sueldos del mercado internacional si el médico o la enfermera abandonan el país para trabajar en una economía de altos ingresos.
132. En la actualidad, el PNB de los países de bajos ingresos ronda US\$ 1 billón. Si suponemos un crecimiento de la población del 1% anual y un crecimiento del PNB por habitante del 2% anual, el PNB total crecerá en torno al 3% anual. Veinte años de crecimiento a razón del 3% anual producirían un PNB agregado de US\$ 1,8 billones.

133. Nuestra experiencia de 2 años de trabajo en la CMS nos ha demostrado repetidamente la importancia de que las cuestiones de salud se sitúen tanto en el contexto del presupuesto de cada país como en el de sus objetivos sociales. En consecuencia, la ampliación de la atención de salud exige una estrecha colaboración entre los ministerios de salud y de finanzas, así como de éstos con los grupos líderes de la sociedad civil. En las reuniones consultivas con ésta deben participar organizaciones que representen a las poblaciones con los problemas de salud más graves, como las mujeres y los grupos marginados, ya sean étnicos o de otra naturaleza. Una Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud puede ofrecer una plataforma importante para este trabajo coordinado. Es probable que algunos países posean ya comités nacionales de salud que forman parte del proceso DELP y que pueden asumir las funciones recomendadas para la CNMS, aunque insistimos en la importancia de que los ministerios de salud y finanzas participen conjuntamente en el proceso.





# *Apéndice 1: PARTICIPANTES, INFORMES Y DOCUMENTOS DE TRABAJO PARA LA COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD*

## PARTICIPANTES

### *Miembros de la Comisión*

#### *Profesor Jeffrey D. Sachs (Presidente)*

Galen L. Stone Professor of International Trade, Universidad de Harvard, y Director, Center for International Development de Universidad de Harvard, Cambridge, EE.UU.

#### *Dr. Isher Judge Ahluwalia*

Director, Indian Council for Research on International Economic Relations  
Indian Council for Research on International Economic Relations, Nueva Delhi, India

#### *Dr. K. Y. Amoako*

Secretario Ejecutivo, Comisión Económica para África de las Naciones Unidas  
Comisión Económica para África de las Naciones Unidas, Addis Abeba, Etiopía

#### *Dr. Eduardo Aninat*

(ex Ministro de Finanzas, Chile)  
Subdirector Gerente, Fondo Monetario Internacional  
Fondo Monetario Internacional, Washington, DC, EE.UU.

#### *Profesor Daniel Cohen*

Profesor de Economía  
École normale supérieure, París, Francia.

*Sr. Zephirin Diabre*

(ex Ministro de Finanzas, Economía y Planificación, Burkina Faso)  
Administrador Asociado, Programa de las Naciones Unidas para el  
Desarrollo, Nueva York, EE.UU.

*Dr. Eduardo Doryan*

(ex Ministro de Educación, Costa Rica)  
Representante Especial del Banco Mundial ante las Naciones Unidas  
Nueva York, EE.UU.

*Profesor Richard Feachem*

(ex Decano de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres)  
Director, Institute of Global Health  
Universidad de California en San Francisco/Universidad de California en  
Berkeley, San Francisco, EE.UU.

*Profesor Robert W. Fogel*

Professor of Economics, Center for Population Economics  
Universidad de Chicago, Chicago, EE.UU.

*Profesor Dean Jamison*

Director, Center for Pacific Rim Studies  
Universidad de California, Los Ángeles, EE.UU.

*Sr. Takatoshi Kato*

Asesor Principal, Banco de Tokyo-Mitsubishi Ltd.,  
Tokio, Japón

*Dra. Nora Lustig*

Rectora, Universidad de las Américas-Puebla  
Cholula, México

*Profesora Anne Mills*

Jefa del Programa de Economía y Financiación de la Salud  
Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido

*Dr. Thorvald Moe*

(ex Asesor Económico Principal y Subsecretario Permanente, Ministerio de Finanzas de Noruega)

Subsecretario General de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, París, Francia

*Dr. Manmohan Singh*

(ex Ministro de Finanzas, India)

Miembro de Rajya Sabha

Gobierno de la India, Nueva Delhi, India

*Dr. Supachai Panitchpakdi*

(ex Viceprimer Ministro y Ministro de Comercio, Tailandia)

Director General designado

Organización Mundial del Comercio

*Profesora Laura Tyson*

Decana, The Walter A. Haas School of Business

Universidad de California en Berkeley, Berkeley, CA, EE.UU.

*Dr. Harold Varmus*

Presidente, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, EE.UU.

*Equipo del Presidente*

*Dra. Dyna Arhin-Tenkorang*

Economista Principal de la CMS y Ayudante del Presidente de la CMS

Center for International Development, Universidad de Harvard, Boston,

EE.UU./Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino

Unido

*Secretaría*

*Dr. Sergio Spinaci*

Secretario Ejecutivo de la CMS

Organización Mundial de la Salud

Ginebra, Suiza

**GTI SALUD, CRECIMIENTO ECONÓMICO Y REDUCCIÓN DE LA POBREZA**  
Este grupo de trabajo evaluó la repercusión de las inversiones en materia de salud en la reducción de la pobreza y el crecimiento económico.

*Copresidentes*

**Sir George A. O. Alleyne**, *Director, Organización Panamericana de la Salud, EE.UU.*

**Profesor Daniel Cohen**, *Profesor de Economía, École normale supérieure, Francia*

*Miembros*

**Dra. Dyna Arhin-Tenkorang**, Economista Principal y Ayudante del Presidente de la CMS, Center for International Development de la Universidad de Harvard, EE.UU./ Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido

**Dr. Alok Bhargava**, Departamento de Economía, Universidad de Houston, EE.UU.

**Dr. David E. Bloom**, Professor of Economics and Demography, Department of Population and International Health, Universidad de Harvard, EE.UU.

**Dr. David Canning**, Professor of Economics, Queens University, Belfast, Irlanda del Norte

**Dr. Juan A. Casas**, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, EE.UU.

**Dr. Angus Deaton**, Professor of Economics and Public Affairs, Universidad de Princeton, EE.UU.

**Profesor Dean T. Jamison**, Director, Program on International Health and Education, Universidad de California, EE.UU.

**Dr. Gerald Keusch**, Director Asociado de Investigación Internacional, Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos; Director del Fogarty International Center; Professor of Medicine, Tufts University School of Medicine, EE.UU.

**Dra. Felicia Knaul**, Directora, Centro de Análisis Social y Económico de la Fundación Mexicana para la Salud, México

**Dr. Juan Luis Londoño**, Economista, Revista Dinero, Colombia

**Dra. Nora Lustig**, Rectora, Universidad de las Américas-Puebla; antigua Asesora Principal y Jefa de la Unidad sobre Pobreza y Desigualdad del Banco Interamericano de Desarrollo (BIAD) y Directora del Informe sobre el Desarrollo Mundial, Banco Mundial, EE.UU.

**Dr. Mead Over**, Economista Principal, Development Research Group,  
Banco Mundial, EE.UU.

**Profesor Jeffrey D. Sachs**, Professor of Economics y Director del Center  
for International Development de la Universidad de Harvard, EE.UU.

**Dr. William Savedoff**, Economista Principal, Financial Development  
Division, Stop W0502, Banco Interamericano de Desarrollo, EE.UU.

**Profesor Paul Schultz**, Departamento de Economía, Universidad de Yale,  
EE.UU.

**Profesor Duncan Thomas**, Departamento de Economía, Universidad de  
California (UCLA), EE.UU.

**Sra. Eva Wallstam**, Directora, Iniciativa de Colaboración con la Sociedad  
Civil, Organización Mundial de la Salud, Suiza

## GT2 BIENES PÚBLICOS MUNDIALES PARA LA SALUD

Este grupo de trabajo analizó los «bienes públicos mundiales para la salud», es decir, las políticas, los programas y las iniciativas multinacionales cuya repercusión favorable en la salud traspasa las fronteras de un país (p. ej., las colaboraciones internacionales para la investigación en materia de salud, la erradicación de la viruela, etc.). Estaba integrado por 16 miembros procedentes de la universidad, la industria, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, y encargó más de veinte trabajos de investigación en tres categorías principales: investigación, I+D para productos desatendidos y fortalecimiento de la capacidad investigadora en los países en desarrollo; aspectos mundiales del control y la prevención de las enfermedades transmisibles; e información y difusión de las prácticas correctas.

### *Copresidentes*

**Profesor Richard Feachem**, *Director, Institute for Global Health,*  
*Universidad de California, EE.UU.*

**Profesor Jeffrey D. Sachs**, *Professor of Economics y Director del Center*  
*for International Development de la Universidad de Harvard, EE.UU.*

### *Directora del Programa /Investigadora Principal*

**Dra. Carol Medlin**, *Institute for Global Health, Universidad de*  
*California, EE.UU.*

*Miembros*

- Dr. Cristian Baeza**, Director Regional, Programa STEP para Latinoamérica y el Caribe, Organización Internacional del Trabajo, EE.UU.
- Dr. John Barton**, George E. Osbourne Professor of Law, Stanford Law School, EE.UU.
- Dr. Seth Berkley**, Presidente y Director Ejecutivo, International Aids Vaccine Initiative, EE.UU.
- Dr. Win Gutteridge**, Coordinador de Área: Investigación y Desarrollo de Productos, Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, Organización Mundial de la Salud, Suiza
- Profesor Dean T. Jamison**, Director, Program on International Health and Education, Universidad de California, EE.UU.
- Dra. Inge Kaul**, Directora de la Oficina de Estudios para el Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, EE.UU.
- Dr. Gerald Keusch**, Director Adjunto de Investigación Internacional, Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos; Director del Fogarty International Center; Professor of Medicine, Tufts University School of Medicine, EE.UU.
- Dr. Ariel Pablo-Mendez**, Director Asociado, Health Equity, The Rockefeller Foundation, EE.UU.
- Dr. Geoffrey Lamb**, Director, Finance and Resource Mobilization, Department for International Development, Banco Mundial, Reino Unido
- Dr. Adetokunbo O. Lucas**, Profesor Adjunto, Universidad de Harvard, EE.UU.
- Dr. Bernard Pécoul**, Director, Acceso a los Medicamentos Esenciales, Médecins sans Frontières
- Dra. Sally Stansfield**, Global Health Program Officer, Gates Foundation, EE.UU.
- Dr. David Webber**, Director de Política Económica y Fellow, Federación Internacional de la Industria del Medicamento, Suiza
- Dr. Roy Widdus**, Administrador, Initiative on Public-Private Partnerships for Health, Global Forum for Health Research, Suiza

## GT3 MOVILIZACIÓN DE RECURSOS NACIONALES PARA LA SALUD

Este Grupo de Trabajo evaluó las consecuencias económicas de la aplicación de estrategias alternativas para movilizar recursos nacionales destinados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud. Este trabajo se llevó a cabo en colaboración con el Fondo Monetario Internacional y

otras instituciones. Se centró en determinar la mejor forma de financiar los sistemas de salud a nivel de países, en particular la reasignación de los presupuestos del sector público y la ampliación de las funciones del sector no gubernamental. Los trabajos en curso del grupo orgánico de Pruebas Científicas e Información para las Políticas (EIP) de la OMS hicieron importantes aportaciones a este Grupo de Trabajo.

#### *Copresidentes*

**Profesor Kwesi Botchwey**, *Director de Africa Research and Programs en el Harvard Institute for International Development y el Center for International Development, EE.UU.*

**Profesor Alan Tait**, *Honorary Professor de la Universidad de Kent en Canterbury y Fellow honorario del Trinity College, Dublín; ex Director Adjunto, Fondo Monetario Internacional, Washington; y ex Director de la oficina del FMI, Suiza*

#### *Miembros*

**Dra. Dyna Arhin-Tenkorang**, Economista Principal y Ayudante del Presidente de la CMS, Center for International Development de la Universidad de Harvard, EE.UU.

**Profesor Mukul Govindji Asher**, Public Policy Program, Universidad Nacional de Singapur

**Dr. Guido Carrin**, Economista Superior de Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Sr. Sanjeev Gupta**, Jefe de la División de Políticas de Gasto, Departamento de Finanzas Públicas, Fondo Monetario Internacional, EE.UU.

**Sr. Peter S. Heller**, Subdirector del Departamento de Finanzas Públicas, Fondo Monetario Internacional, EE.UU.

**Profesor William Hsiao**, K.T. Li Professor of Economics, Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, EE.UU.

**Sra. Rima Khalef Hunaidi**, Subsecretaria General / Directora de la Oficina Regional para los Estados Árabes, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, EE.UU.

**Profesor Dean T. Jamison**, Director, Program on International Health and Education, Universidad de California, EE.UU.

**Dr. Juan Luis Londoño**, Economista, Revista Dinero, Colombia

**Sr. Rajiv Misra**, ex Secretario, Ministerio de Salud, Gurgaon, India

**Dr. Alexander S. Preker**, Economista jefe, Salud, Nutrición y Población, Banco Mundial, EE.UU.

**Sr. George Schieber**, Gestor Sectorial, Salud y Protección Social, Banco Mundial, EE.UU.

#### GT4 LA SALUD Y LA ECONOMÍA INTERNACIONAL

Este grupo analizó el comercio de los servicios, los bienes y los seguros en el ámbito de la salud; las patentes de los medicamentos y los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC); los movimientos internacionales de los factores de riesgo; las migraciones internacionales del personal sanitario; las enfermedades y las políticas de financiación de la salud como justificaciones para la protección; y otros cauces por los que el comercio puede repercutir en el sector de la salud. La labor que se está desarrollando actualmente en la OMS y la OMC aportó información importante a este Grupo de Trabajo.

#### *Presidente*

**Dr. Isher Judge Ahluwalia**, *Director y Director Ejecutivo, Indian Council for Research on International Economic Relations, India*

#### *Miembros*

**Dr. Harvey Bale**, Director General, Federación Internacional de la Industria del Medicamento, Suiza

**Dr. John Barton**, Professor of Law, Stanford Law School, EE.UU.

**Dr. Tony Culyer**, Professor of Economics, Universidad de York, Universidad de Toronto, Canadá

**Sra. Ellen 't Hoen**, LL.M., Campaña de Acceso a los Medicamentos Esenciales, Médecins sans Frontières

**Dr. Calestous Juma**, Director, Science and Technology and Innovation Program, Center for International Development, Universidad de Harvard; Research Fellow, Belfast Center for Science and International Affairs, Universidad de Harvard, EE.UU.

**Dr. Keith E. Maskus**, Economista Principal, DECRG, Banco Mundial, Washington DC, EE.UU.

**Dr. Supachai Panitchpakdi**, Director General designado de la Organización Mundial del Comercio, ex Viceprimer Ministro y Ministro de Comercio, Tailandia

**Dr. Arvind Panagariya**, Profesor y Codirector, Center for International Economics, Departamento de Economía, Universidad de Maryland, EE.UU.



**Dr. John Sbarbaro**, Professor of Medicine and Preventive Medicine,  
Universidad de Colorado, EE.UU.

**Dr. Jacques van der Gaag**, Profesor de Economía del Desarrollo,  
Decano de la Facultad de Economía y Econometría, Universidad de  
Amsterdam, Países Bajos

**Dr. Richard Wilder**, Director, Powell, Goldstein, Frazer and Murphy,  
Washington, EE.UU.

**Sr. B. K. Zutshi**, antiguo Embajador y RP de la India ante el GATT, y  
Asesor del Indian Council for Research on International Economic  
Relations, India

#### GT5 MEJORA DE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS POBRES

Este grupo analizó las posibilidades técnicas, las limitaciones y los costos de la puesta en marcha de una iniciativa mundial a gran escala para mejorar radicalmente la salud de los pobres para el año 2015. Analizó la mortalidad evitable, identificó las intervenciones disponibles para hacer frente a las causas más importantes, revisó las pruebas documentales relativas al modo de reducir las limitaciones, y estimó los costos de ampliar la cobertura de las intervenciones esenciales, así como los del necesario fortalecimiento del sistema. Se nutrió de mucha información procedente de los trabajos actualmente en curso en la OMS, el Banco Mundial y las escuelas internacionales de salud pública.

#### *Copresidentes*

**Profesora Anne Mills**, *Jefa del Programa de Economía y Financiación de la Salud de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido, y miembro de la CMS*

**Dr. Prabat Jha**, *Investigador Principal, Organización Mundial de la Salud, Suiza*

#### *Miembros*

**Dr. Mushtaque Chowdhury**, Subdirector Ejecutivo y Director de Investigación, BRAC, Bangladesh

**Dr. Jorge Jiménez de la Jara**, Profesor del Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

**Dr. Peter Kilima**, Coordinador Regional para el África Anglófona, International Trachoma Initiative, Tanzania

**Dr. Jeffrey Koplan**, Director, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU.

- Dr. Ayanda Ntsaluba**, Director General de los Servicios de Salud, National Department of Health, Sudáfrica
- Sr. Ram Ramasundaram**, Secretario Conjunto, Departamento de Comercio, India
- Dr. Sally Stansfield**, Global Health Program Officer, Gates Foundation, EE.UU.
- Dr. Jaime Galvez Tan**, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Filipinas, y Presidente de Health Futures Foundation Inc., Filipinas
- Profesor Marcel Tanner**, Director del Instituto Tropical Suizo, Suiza

#### GT6 ASISTENCIA AL DESARROLLO Y SALUD

Este grupo revisó las consecuencias de las políticas de asistencia al desarrollo para la salud, incluidas las modalidades de alivio de la deuda, centrándose en las políticas y las estrategias de los organismos internacionales para el desarrollo. Prestó especial atención al correcto equilibrio entre el trabajo específico de cada país y el apoyo a las actividades relacionadas con la provisión internacional de bienes públicos mundiales. El Grupo de Trabajo se nutrió ampliamente de los estudios en curso en la OMS, el Banco Mundial, las escuelas internacionales de salud pública y las unidades de investigación de los organismos de ayuda.

#### *Copresidentes*

- Sr. Zephirin Diabre**, *Administrador Asociado, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, EE.UU.*
- Sr. Christopher Lovelace**, *Director, Salud, Nutrición y Población, Banco Mundial, EE.UU.*
- Sra. Carin Norberg**, *Directora, Democracia y Desarrollo Social, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, Estocolmo, Suecia*

#### *Miembros*

- Dra. Dyna Arhin-Tenkorang**, Economista Principal y Ayudante del Presidente de la CMS, Center for International Development de la Universidad de Harvard, EE.UU./Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido
- Dr. Ingar Bruggerman**, Director, International Planned Parenthood Federation, Reino Unido
- Dr. Andrew Cassels**, Director, Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, Organización Mundial de la Salud, Suiza

- Dr. Nick Drager**, Departamento de Salud y Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Suiza
- Sr. Björn Ekman**, Economista, Departamento para la Democracia y el Desarrollo Social, Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, Suecia
- Dr. Tim Evans**, Director, Ciencias de la Salud, Rockefeller Foundation, EE.UU.
- Sr. Paul Isenman**, Jefe, Strategic Management of Development Co-operation Division, Development Cooperation Directorate, OCDE, Francia
- Dra. Inge Kaul**, Directora de la Oficina de Estudios para el Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, EE.UU.
- Dr. Julian Lob-Levyt**, Chief Health and Population Advisor, Department for International Development, Reino Unido
- Dr. Anders Nordstrom**, Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, Suecia
- Sr. Ingvar Theo Olsen**, Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo, Noruega
- Dra. Susan Stout**, Lead Implementation Specialist, Banco Mundial, EE.UU.
- Dr. H. Sudarshan**, Director, VGKK (fideicomiso de salud para la población indígena de Karnataka), India
- Dr. A. Issaka-Tinorgah**, ex. Director Ag de Servicios Médicos, Ministerio de Salud, Ghana
- Sra. Eva Wallstam**, Directora, Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil, Organización Mundial de la Salud, Suiza



## ESBOZOS BIOGRÁFICOS

### *Isher Judge Ahluwalia*

Isher Judge Ahluwalia es Directora y Presidenta Ejecutiva del Indian Council for Research on International Economic Relations (ICRIER), Nueva Delhi. Se graduó en la Facultad de Economía Delhi y el Instituto de Tecnología de Massachusetts, y en los últimos quince años ha publicado libros y artículos en revistas profesionales sobre la economía de la India. Su libro titulado *Industrial Growth in India: Stagnation since the Mid-Sixties* (Oxford University Press, 1985) recibió en 1987 el premio Batheja Memorial al mejor libro sobre la economía de la India. La Dra. Ahluwalia coeditó recientemente con el Profesor. I. M. D. Little, de la Universidad de Oxford, el volumen *India's Economic Reforms and Development: Essays for Manmohan Singh* (OUP, 1998).

La Dra. Ahluwalia ha ocupado varios cargos importantes no ejecutivos en los consejos de administración de empresas del sector público, centros de investigación e instituciones financieras. En la actualidad, de los puestos que ocupa destacan en particular el de Directora no ejecutiva de Board of Steel Authority of India Ltd. (SAIL), Miembro del Órgano de Gobierno del Instituto Nacional de Finanzas y Política Públicas (NIPFP) y Miembro del Órgano de Gobierno del Instituto de Crecimiento Económico. La Dra. Ahluwalia también forma parte de la Junta de Planificación del Punjab y de los Comités Consultivos de los Ministros Principales de Andhra Pradesh, Rajastán y Chattisgarh.

### *K. Y. Amoako*

Desde 1995, K. Y. Amoako es Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para África, la rama regional de las Naciones Unidas para África, con rango de Subsecretario General de las Naciones Unidas, desde 1995. Antes de ocupar su cargo en la CEA, trabajó en el Banco Mundial durante varios años, últimamente en puestos de alto rango como el de Director del Departamento de Educación y Política Social, con la responsabilidad de proporcionar liderazgo estratégico para los programas del Banco sobre reducción de la pobreza y desarrollo de los recursos humanos (1993-1995); Jefe de la División de Operaciones del Sector de Recursos Humanos para el Brasil, Venezuela y Perú (1990-1992); y Jefe de la

División de Operaciones de Países para seis países de África oriental (1985-1990). K. Y. Amoako obtuvo el grado de B.A. (Hons) con especialización en Economía por la Universidad de Ghana, en Legon, y los grados de M.A. y de doctor en Economía por la Universidad de California en Berkeley.

### *Eduardo Aninat*

El Sr. Eduardo Aninat es Subdirector Gerente del Fondo Monetario Internacional (FMI). Ha sido Ministro de Hacienda de Chile, así como Presidente de la Junta de Gobernadores del FMI y el Banco Mundial en 1995-1996; durante tres años formó parte del Comité de Desarrollo del Banco Mundial y el FMI en representación de Chile, la Argentina, Bolivia, el Perú, el Uruguay y el Paraguay. El Sr. Aninat desempeñó con anterioridad varios cargos económicos en el gobierno chileno, entre ellos el de negociador principal para el acuerdo de comercio bilateral entre Canadá y Chile, negociador principal de la deuda y asesor superior del Banco Central de Chile y el Ministerio de Hacienda. Ha sido también consultor de instituciones internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y ha asesorado a varios gobiernos en aspectos que van desde la política tributaria a la reestructuración de la deuda. También ha formado parte de la Junta de Directores del Instituto de las Américas y es uno de los editores colaboradores de su revista oficial. En la actualidad, el Sr. Aninat es Presidente del Social Equity Forum (SEF). Ha impartido las materias de Finanzas Públicas y Desarrollo Económico en la Pontificia Universidad Católica de Chile y ha sido profesor adjunto de Economía en la Universidad de Boston. Es doctor en Economía por la Universidad de Harvard.

### *Daniel Cohen*

Daniel Cohen es Profesor de Economía en la Universidad de París (Panthéon-Sorbonne) y la École normale supérieure de París. Es también miembro del Conseil d'Analyse Économique del Primer Ministro francés y columnista de opinión en el periódico *Le Monde*. El profesor Cohen es miembro distinguido de la Association Française de Sciences Économiques desde 1987 y fue nombrado «Economista del Año» en 1997 por *Le Nouvel Économiste*. Entre 1991 y 1998 codirigió el Programa internacional de macroeconomía del Centro de Investigaciones en Política Económica (CEPR). Entre 1984 y 1997 el profesor Cohen fue asimismo consultor del Banco Mundial. Ha sido asesor del gobierno boliviano (junto con Jeffrey D. Sachs) y profesor invitado de la Universidad de Harvard desde 1981 hasta 1982. Ha publicado varios libros, como *Private Lending*

*to Sovereign States, Our Modern Times y The Wealth of the World and the Poverty of Nations*, traducido a 15 idiomas.

### *Zephirin Diabre*

Oriundo de Burkina Faso, Zephirin Diabre es Administrador Asociado del PNUD desde 1999. Antes de ingresar en las Naciones Unidas, desempeñó varios altos cargos públicos en su país: fue Asesor del Presidente de Burkina Faso (1998), Presidente del Consejo Económico y Social nacional (1996-1997), Ministro de Economía, Finanzas y Planificación (1994-1996) y Ministro de Comercio, Industria y Minería (1992-1994). Fundador de la Asociación de Gestión de Burkina y de la Asociación Empresarial Burkina/Francia. El Sr. Diabre tiene también experiencia en el sector privado como Director de Recursos Humanos de Burkina Brewery Corporation. Fue profesor invitado del Instituto Harvard de Desarrollo Internacional y Miembro del Centro Weatherhead de Asuntos Internacionales en 1997.

### *Eduardo A. Doryan*

Representante Especial del Banco Mundial ante las Naciones Unidas en Nueva York, Eduardo A. Doryan fue Vicepresidente del Banco Mundial y anteriormente presidió la Red de Desarrollo Humano (salud, nutrición, población, educación y protección social). Con anterioridad fue Viceministro de Ciencia y Tecnología y, años después, Ministro de Educación de Costa Rica. Ha sido profesor en la Universidad de Costa Rica y en el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE). Es doctor en Economía Política y Gobierno por la Universidad de Harvard.

### *Richard G. A. Feachem*

Richard G. A. Feachem es fundador y Director del Institute for Global Health, una iniciativa conjunta de la Universidad de California en San Francisco y la Universidad de California en Berkeley. Es también profesor de Salud Internacional en UCSF y UC Berkeley. Con anterioridad, el Dr. Feachem fue Director de Salud, Nutrición y Población en el Banco Mundial (1995-1999) y Decano de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (1989-1995). El Dr. Feachem ha trabajado también en las Universidades de Nueva Gales del Sur y Birmingham y en la Organización Mundial de la Salud. Ha formado parte de numerosos comités y juntas. En la actualidad es miembro del Council of Voluntary Service Overseas, Health Advisory Committee del British Council, de la Junta de la Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA y del

Board on Global Health del Institute of Medicine de los Estados Unidos. Es también Presidente del Consejo Asesor de Initiative on Public Private Partnerships for Health y Presidente del Foundation Council del Global Forum for Health Research. Desde 1999, el Profesor Feachem es editor jefe del Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Su interés profesional se centra en el campo de la salud y el desarrollo internacional. Ha publicado numerosos trabajos sobre estas y otras materias. Ha obtenido los grados académicos de CBE, FREng, BSc, PhD, DSc (Med), FICE, FIWEM y Hon FFPHM.

### *Robert William Fogel*

Robert William Fogel obtuvo el grado de B.A. por la Universidad Cornell, el de M.A. por la Universidad de Columbia y el de doctor en Economía por la Universidad Johns Hopkins. Ha ocupado cargos docentes en las universidades de Rochester, Cambridge y Harvard. En la actualidad es Charles R. Walgreen Distinguished Service Professor of American Institutions en la Graduate School of Business, director del Center for Population Economics y miembro del Departamento de Economía y del Committee on Social Thought de la Universidad de Chicago. Es también codirector del Program on Cohort Studies del National Bureau of Economic Research de los Estados Unidos. Recibió el premio Nobel de Economía en 1993 (junto con Douglass C. North). Durante su trabajo como posgraduado bajo la dirección de Simon Kuznets se interesó por combinar el estudio de la economía y de la historia para comprender los cambios tecnológicos e institucionales a largo plazo. Desde finales del decenio de 1980 sus investigaciones se han centrado fundamentalmente en explicar el descenso secular de la mortalidad y los cambios en el proceso de envejecimiento de la población a lo largo del ciclo vital en los Estados Unidos. Está previsto que los resultados más recientes de este proyecto se publiquen en 2002 en un libro titulado *The Escape from Hunger and Premature Death 1700-2100: Europe, America, and the Third World*. En la actualidad también prepara un estudio sobre las economías asiáticas de alto rendimiento, investiga en nutrición y longevidad y desarrolla un trabajo histórico sobre el desarrollo de la economía como disciplina en el siglo XX.

### *Dean T. Jamison*

Dean T. Jamison es Profesor de la Universidad de California en Los Ángeles desde 1988. Dirige el Program on Global Health and Education de UCLA e imparte clases sobre economía internacional de la salud y economía de la educación. Al comienzo de su actividad profesional pasó varios años



en el Banco Mundial como economista principal en el Departamento de Investigación, funcionario del proyecto de salud para China y Gambia, Jefe de la División de Política Educativa y Jefe de la División de Población, Salud y Nutrición. En 1992-1993 regresó temporalmente al Banco Mundial como autor principal de su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*. Entre 1998 y 2000, el Profesor Jamison solicitó una excedencia parcial en UCLA para desempeñar el cargo de Director del Servicio de Asesoramiento en Economía de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. En la actualidad, además de su cargo en UCLA es Fellow de la Bill and Melinda Gates Foundation y Senior Fellow del Fogarty International Center de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos. Estudió en Stanford (A.B., Filosofía; M.S., Ingeniería) y en Harvard (doctor en Economía, con el premio Nobel K. J. Arrow). En 1994 fue elegido miembro del Institute of Medicine de la National Academy of Sciences de los Estados Unidos.

#### *Takatoshi Kato*

Takatoshi Kato es en la actualidad Asesor del Presidente del Banco de Tokio-Mitsubishi. Es también Profesor Invitado de Estudios sobre Asia-Pacífico en la Universidad Waseda. Fue también Profesor Invitado Weinberg en la Facultad Woodrow Wilson de la Universidad de Princeton durante el año académico 1998/1999.

El Sr. Kato fue Delegado de Japón en el G7 entre 1995 y 1997, en su calidad de Viceministro de Finanzas para Asuntos Internacionales. En sus 34 años de servicio al Estado japonés ha desempeñado numerosos cargos, como los de Director General del International Finance Bureau (1993-1995) y Director Ejecutivo en el Asian Development Bank (1985-1987). El Sr. Kato obtuvo el grado de L.L.B por la Universidad de Tokio y el grado de M.P.A. por la Facultad Woodrow Wilson de la Universidad de Princeton.

#### *Nora Lustig*

Nora Lustig es Rectora de la Universidad de las Américas-Puebla, México. Anteriormente la Dra. Lustig fue Asesora Principal y Jefa de la Unidad sobre Pobreza y Desigualdad del Banco Interamericano de Desarrollo. Fue Senior Fellow del Foreign Policy Studies Program de la Brookings Institution y profesora de economía del Centro de Estudios Económicos del Colegio de México, México D.F. Fue asimismo profesora invitada de investigación del Instituto de Tecnología de Massachusetts en 1982 y, en 1984, profesora invitada de la Universidad de California en Berkeley.

Nora Lustig codirigió el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Atacar la pobreza*, del Banco Mundial. Asimismo, fue cofundadora y Presidente de la Asociación de Economía de América Latina y el Caribe (LACEA) en 1998 y 1999; en la actualidad codirige la Red sobre Desigualdad y Pobreza de América Latina y el Caribe. Es Senior Fellow no residente del programa de estudios de políticas externas de la Brookings Institution y Senior Associate Fellow de Inter-American Dialogue. La Dra. Lustig es miembro de la junta del World Institute on Development Economics Research (WIDER), de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, y del Grupo de Expertos de la Organización Internacional del Trabajo. Nora Lustig ha publicado numerosos trabajos sobre economía del desarrollo, centrándose en particular en América Latina. Su obra *Mexico: The Remaking of an Economy* recibió en 1994 el premio a la obra más destacada que otorga *Choice Magazine's*. Oriunda de Buenos Aires, ha vivido también en México y los Estados Unidos de América. Es doctora en Economía por la Universidad de California en Berkeley.

### *Anne Mills*

Anne Mills es Profesora de Economía y Política de la Salud en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Jefa del Programa de Economía y Financiación de la Salud, que, junto a sus numerosos socios en tareas investigadoras, desarrolla un amplio programa de estudios sobre la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud en los países de ingresos bajos y medios. La Profesora Mills investiga desde hace casi 30 años la economía de la salud en los países de ingresos bajos y medios, y ha publicado extensamente en el campo de la economía y la política de la salud. En la actualidad, sus investigaciones se centran en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, así como en el análisis económico de las actividades de lucha contra las enfermedades, en particular el paludismo. Ha participado activamente en el apoyo al desarrollo de capacidad en economía de la salud de países de ingresos bajos y medios, y ha intervenido como asesora en muchos organismos multilaterales y bilaterales.

### *Thorvald Moe*

Thorvald Moe es uno de los cuatro Subsecretarios Generales de la Organización de Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con sede en París. Dentro de la OCDE es, entre otras cosas, responsable de supervisar los trabajos en materia de educación, empleo y medio ambiente, así como de un importante programa de trabajo sobre desarrollo sostenible

en el que colaboran estrechamente la mayor parte de las Direcciones de la OCDE. Antes de ocupar su cargo actual en 1998, el Sr. Moe fue, a partir de 1989, Asesor Económico Principal y Subsecretario Permanente en el Ministerio de Finanzas de Noruega. Entre 1986 y 1989 fue embajador de Noruega ante la OCDE. Desde 1973 hasta 1986, el Sr. Moe trabajó en el Ministerio de Finanzas como Diputado y fue luego Director General del Departamento de Política Económica, tras un periodo en el Departamento de Presupuesto. El Sr. Moe ha escrito, en solitario o en colaboración, numerosos libros, documentos y artículos sobre cuestiones tales como política macroeconómica, política de empleo, los efectos de la demografía en el crecimiento económico para la planificación y la presupuestación públicas, la economía del cambio climático y la relación entre las políticas medioambientales y el empleo. Ha formado parte de numerosos comités, juntas y comisiones, tanto noruegos como internacionales, incluido el Comité de Política Económica de la OCDE. El Sr. Moe obtuvo el grado de B.A. en Economía por la Universidad de California en Los Angeles y es doctor en Economía por la Universidad de Stanford.

### *Jeffrey Sachs*

Jeffrey Sachs es Director del Center for International Development de la Universidad de Harvard, Galen L. Stone Professor of International Trade en la Universidad de Harvard, ex Director del Harvard Institute for International Development, y Research Associate del National Bureau of Economic Research. Es asesor económico de varios gobiernos de América Latina, Europa oriental, la antigua Unión Soviética, África y Asia. Fue citado por *The New York Times Magazine* como «probablemente el economista más importante del mundo» y, en un número de *Time Magazine* sobre 50 jóvenes líderes prometedores, como «el economista más conocido del mundo». Jeffrey Sachs ha recibido numerosos premios y distinciones, en particular el nombramiento de miembro de la Harvard Society of Fellows, la American Academy of Arts and Sciences y la Fellows of the World Econometric Society. Es doctor *honoris causa* por la Universidad de St. Gallen en Suiza, el Lingnan College de Hong Kong, el Iona College de Nueva York y la Universidad Económica de Varna (Bulgaria). En septiembre de 1991 recibió el premio Frank E. Seidman de Economía Política. Ha impartido las prestigiosas Lionel Robbins Memorial Lectures en la London School of Economics, las John Hicks Lectures en la Universidad de Oxford, las David Horowitz Lectures en Tel Aviv, las Frank D. Graham Lectures en la Universidad de Princeton y las Tanner Lectures en la Universidad de Utah. El Profesor Sachs obtuvo el grado de B.A., *summa cum laude*, por el

Harvard College en 1976 y los grados de M.A. y Ph.D. por la Universidad de Harvard en 1978 y 1980, respectivamente. Entró a formar parte del claustro docente de la Universidad de Harvard como profesor asistente en 1980, ascendió a profesor asociado en 1982, y a profesor titular en 1983. Durante 2000 y 2001 ha presidido la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, y desde septiembre de 1999 hasta marzo de 2000 ha sido miembro de la International Financial Institutions Advisory Commission que establece el Congreso de los Estados Unidos de América.

### *Manmohan Singh*

Manmohan Singh es Jefe de la Oposición en el Rajya Sabha (Consejo de Estados) del Parlamento de la India. Ha desempeñado otros muchos cargos en la administración hindú, en particular los de Ministro de Finanzas, Asesor del Primer Ministro de la India en Asuntos Económicos, Secretario del Ministerio de Finanzas y Gobernador del Banco de la India, Presidente Adjunto de la Comisión de Planificación de la India y Asesor Económico Jefe del Ministerio de Finanzas de la India. Asimismo, el Dr. Singh ha recibido numerosos galardones, en particular el Justice K. S. Hedge Foundation Award, el Nikkei Asia Prize for Regional Growth y el Jawaharlal Nehru Birth Centenary Award de la Indian Science Congress Association. En 1993 recibió el premio Finance Minister of the Year que otorga Euromoney, y en dos ocasiones (1993 y 1994) el Finance Minister of the Year que otorga Asiamoney. El Dr. Singh posee numerosos títulos honoríficos de instituciones del mundo entero. Obtuvo un B.A. y un M.A. en Economía por las Universidades de Punjab y de Cambridge y es doctor por la Universidad de Oxford.

### *Supachai Panitchpakdi*

Supachai Panitchpakdi es en la actualidad Director General designado de la Organización Mundial del Comercio. Antiguo Primer Ministro Adjunto y Ministro de Comercio de Tailandia, ha desempeñado asimismo diversos cargos en el sector privado, en particular los de Presidente del Thai Military Bank, Presidente de Nava Finance and Securities y Presidente de Commercial Union. El Dr. Supachai obtuvo sus grados académicos y doctorado en la Universidad Erasmus de Rotterdam (Países Bajos). En 1973 fue Visiting Fellow del Departamento de Econometría de la Universidad de Cambridge.

### *Laura Tyson*

La Dra. Laura Tyson ha sido Decana del Walter A. Haas School of Business de la Universidad de California en Berkeley y, desde diciembre de 2001, es la Decana de la London School of Business. Laura Tyson se incorporó al claustro de UC Berkeley en 1977, donde ha ocupado la Class of 1939 Chair de Economía y Administración de Empresas. Solicitó la excedencia de UC Berkeley en 1993, cuando el Presidente Clinton la nombró presidenta del consejo de asesores en economía de la Casa Blanca. Fue la primera mujer que ocupó ese cargo. En 1995, Tyson sucedió a Robert Rubin como asesor nacional en economía. Cuando desempeñó esa función se convirtió en la mujer de mayor rango de la Casa Blanca durante el mandato del Presidente Clinton. Tyson es autora de *Who's Bashing Whom? Trade Conflicts in High-Technology Industries* (Institute for International Economics, 1992) y de otras muchas obras sobre competitividad económica. Es una de las cuatro personas que la Casa Blanca ha designado recientemente para integrar la National Bipartisan Commission on the Future of Medicare. Ocupa un alto cargo en el Law & Economics Consulting Group y es miembro de la junta directiva de la Ameritech Corporation, del Council on Foreign Relations, de Eastman Kodak Company, del Institute for International Economics, de la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation y de Morgan Stanley, Dean Witter, Discover & Co. Antes de integrarse en la administración pública en Washington, la Dra. Tyson trabajó en UC Berkeley como directora de investigación de la Berkeley Roundtable on the International Economy (BRIE) y como directora del Instituto de Estudios Internacionales. Laura Tyson obtuvo el grado de BA en Economía, *summa cum laude*, en 1969 por el Smith College de Massachusetts y es doctora en Economía (1974) por el Instituto de Tecnología de Massachusetts.

### *Harold Varmus*

Harold Varmus es Presidente y Director General Ejecutivo del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de la Ciudad de Nueva York desde enero de 2000. Antiguo Director de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos (NIH), en 1989 el Dr. Varmus recibió el Premio Nobel de Fisiología–Medicina, galardón que compartió con el Dr. J. Michael Bishop por sus trabajos sobre las bases genéticas del cáncer. En 1993 Varmus fue nombrado por el Presidente Clinton Director de los NIH, puesto que ocupó hasta finales de 1999. Además de ser el autor de más de 300 artículos científicos y de cuatro libros, incluida una introducción a las bases genéticas del cáncer destinada al público general, Varmus ha sido asesor del Gobierno Federal de los Estados Unidos de América, de empresas

farmacéuticas y de biotecnología y de muchas instituciones académicas. Es miembro de la US National Academy of Sciences desde 1984 y del Institute of Medicine desde 1991. El Dr. Varmus obtuvo un B.A en inglés por el Amherst College y un M.A en inglés por la Universidad de Harvard. Graduado de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Columbia, ha pertenecido al cuadro médico del Columbian-Presbyterian Hospital. Inició su formación científica como funcionario de los NIH, donde estudió la expresión de los genes bacterianos con el Dr. Ira Pastan, y posteriormente fue becario postdoctoral del Dr. Bishop en la Universidad de California en San Francisco.

## INFORMES Y DOCUMENTOS DE TRABAJO

TÍTULOS DE LOS INFORMES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA CMS  
Health, Economic Growth, and Poverty Reduction: Informe del Grupo  
de Trabajo 1 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud  
Global Public Goods For Health: New Strategies for the 21st Century:  
Informe del Grupo de Trabajo 2 de la Comisión sobre Macroeconomía y  
Salud  
Mobilization of Domestic Resources for Health: Informe del Grupo de  
Trabajo 3 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud  
Health and the International Economy: Informe del Grupo de Trabajo 4  
de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud  
Improving Health Outcomes of the Poor: Informe del Grupo de Trabajo 5  
de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud  
International Development Assistance and Health: Informe del Grupo de  
Trabajo 6 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud

### SERIE DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

Los documentos pueden consultarse en [www.cid.harvard.edu](http://www.cid.harvard.edu) y  
[www.cmhealth.org](http://www.cmhealth.org).

#### *Grupo de Trabajo 1*

*Documento 1:* HIV/AIDS in the Caribbean: Economic Issues-Impact and  
Investment Response (**Theodore K**)

*Documento 2:* Modeling the Effects of Health Status and the Educational  
Infrastructure on the Cognitive Development of Tanzanian School  
Children (**Bhargava A**)

*Documento 3:* Health, Inequality, and Economic Development (**Deaton A**)

*Documento 4:* Cross-Country Variation in Mortality Decline, 1962–87: The  
Role of Country-Specific Technical Progress (**Jamison DT, Sandbu M**)

*Documento 5:* Poverty and Health (**Wagstaff A**)

*Documento 6:* Mental Illness and the Labour Market in Developing  
Nations (**Frank RG**)

*Documento 7:* Health, Nutrition and Economic Prosperity: A  
Microeconomic Perspective (**Thomas D**)

*Documento 8: Health, Human Capital, and Economic Growth (Bloom DE, Canning D)*

*Documento 9: Health, Longevity and Life-Cycle Savings (Bloom DE, Canning D)*

*Documento 10: The Economic Burden of Malaria (Gallup, JL, Sachs, JD)*

*Documento 11: The Effects of Early Nutritional Intervention on Human Capital Formation Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP)*

*Documento 12: Responding to the Burden of Mental Illness (Whiteford H, Teeson M, Scheurer R, Jamison D)*

*Documento 13: The Effect of the AIDS Epidemic on Economic Welfare in Sub-Saharan Africa (Wang J)*

*Documento 14: Nutrition, Health, and Economic Development: Some Policy Priorities (Bhargava A)*

*Documento 15: AIDS and Economics (Bloom DE, Mahal A, Sevilla J, River Path Associates)*

### *Grupo de Trabajo 2*

*Documento 1: A Conceptual Framework for Understanding Global and Transnational Goods for Health (Sandler T, Arce D)*

*Documento 2: International Collaboration in Health Research (Lucas AO)*

*Documento 3: Scientific Capacity Building to Improve Population Health: Knowledge as a Global Public Good (Freeman P, Miller M)*

*Documento 4: Ethics in International Health Research: A Perspective from the Developing World (Bhutta ZA)*

*Documento 5: Cultures of Ethical Conduct in Research: A Proposal for Progress in International Collaborative Research (Lavery JV)*

*Documento 6: The Role of Intellectual Property and Licensing in Promoting Research in International Health: Perspectives from a Public Sector Biomedical Research Agency (Keusch GT, Nugent RA)*

*Documento 7: Public Policies to Stimulate the Development of Vaccines and Drugs for the Neglected Diseases (Kremer M)*

*Documento 8: Orphan Drug Laws in Europe and the US: Incentives for the Research and Development of Medicines for the Diseases of Poverty (Milne C, Kaiten K, Ronchi E)*

*Documento 9: Differential Pricing for Pharmaceuticals: Reconciling Access, R&D, and Intellectual Property (Danzon P)*

*Documento 10: A Patent Proposal for Global Diseases (Lanjouw JO)*

*Documento 11: TRIPS and R&D Incentives in the Pharmaceutical Sector (Correa C)*



- Documento 12:* Patents in Genomics and Basic Research: Issues for Global Health (**Barton J**)
- Documento 13:* International Scientific Cooperation: Considerations from Previous Efforts (**Barton J, Heumueller D**)
- Documento 14:* The Epidemiological Basis of Communicable Disease Control in Relation to Global Public Goods for Health (**Bradley D**)
- Documento 15:* International Coordination to Control Communicable Disease (**St. John R, Plant A**)
- Documento 16:* Global Responses to the Growing Threat of Antimicrobial Resistance (**Smith RD, Coast J**)
- Documento 17:* International Law and Global Infectious Disease Control (**Fidler D**)
- Documento 18:* Global Information Needs for Health (**Musgrove P**)
- Documento 19:* The Evolving Role of the International Agencies in Supplying and Financing Global Public Goods for Health (**Bumgarner R**)
- Documento 20:* Public-Private Partnership to Promote R&D Activity (**Kettler H, Towse A**)
- Documento 21:* Innovative Financing of Global Public Goods for Health (**Stansfield S, Harper M, Lamb G, Lob-Levyt J**)

### *Grupo de Trabajo 3*

- Documento 1:* Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Re-visited (**Arhin-Tenkorang DC**)
- Documento 2:* Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection and Resource Mobilization (**Arhin-Tenkorang DC**)
- Documento 3:* The Debt Relief Initiative and Public Health Spending in Heavily Indebted Poor Countries (HIPCs) (**Gupta S, Clements B, Guin-Siu MT, Leruth L**)
- Documento 4:* The Impact of the Degree of Risk-Sharing in Health Financing on Health System Attainment (**Carrin G, Zeramdini R, Musgrove P, Poullier J-P, Valentine N, Xu, K**)
- Documento 5:* Financing Health Systems through Efficiency Gains (**Hensher M**)
- Documento 6:* Unmet Health Needs of Two billion: Is Community Financing a Solution? (**Hsiao WC**)
- Documento 7:* A Strategic Framework in Mobilizing Domestic Resources for Health (**Hsiao WC**)

*Documento 8* : Strategic Issues in Financing Health in Middle and High Income Countries (**Jamison D**)

*Documento 9*: Community Involvement in Health Care Financing: Impact, Strengths and Weaknesses: A Survey of the Literature (**Jakab M, Krishnan C**)

*Documento 10*: Social Inclusion and Financial Protection Through Community Financing: Initial Results from Five Household Surveys (**Jakab M, Preker, AS, Krishnan C, Schneider P, Diop F, Jutting J, Gumber A, Ranson K, Supakankunti S**)

*Documento 11*: A Summary Description of Health Financing in WHO Member States (**Musgrove P, Zeram dini R**)

*Documento 12*: A Synthesis Report on the Role of Community in Resource Mobilization and Risk Sharing (**Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D**)

*Documento 13*: The Global Expenditure Gap in Securing Financial Protection and Access to Health Care for the Poor (**Preker AS, Langenbrunner J, Suzuki E**)

*Documento 14*: Mobilisation of Domestic Resources for Health through Taxation: A Summary Survey (**Tait AA**)

#### *Grupo de Trabajo 4*

*Documento 1*: Post-TRIPS Options for Access to Patented Medicines in Developing Countries (**Scherer FM, Watal J**)

*Documento 2*: Differentiated Pricing of Patented Products (**Barton JH**)

*Documento 3*: Consumption and Trade in Off-Patented Medicines (**Bale H**)

*Documento 4*: Protection of Traditional Medicine (**Wilder R**)

*Documento 5*: Trade in Health Services (**Chanda R**)

*Documento 6*: Globalization and Health: A Survey of Opportunities and Risks for the Poor in Developing Countries (**Diaz-Bonilla E, Babinard J, Pinstруп-Andersen P**)

*Documento 7*: Trade Liberalization in Health Insurance: Opportunities and Challenges in Middle and Low Income Countries (**Sbarbaro J**)

*Documento 8*: The Role of Information Technology in Designs of Healthcare Trade (**Mathur A**) (en preparación)

*Nota documental 1*: Trade Barriers and Prices of Essential Health Sector Inputs (**Woodward D**)

*Nota documental 2*: Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action (**Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson DJ**)

*Nota documental 3: Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization (Bettcher D, Subramanian C, Guindon E, Perucic A-M, Soll L, Grabman G, Joossens L, Taylor A)*

*Nota documental 4: GATS and Trade in Health Insurance Services (Lipson DJ)*

### *Grupo de Trabajo 5*

*Documento 1: Avoidable Mortality in India (Jha P, Nguyen S)*

*Documento 2: The Evidence Base for Interventions to Prevent HIV Infection in Low and Middle Income Countries (Jha P, Vaz LME, Plummer F, Nagelkerke N, Willbond B, Ngugi E, Prasado Rao JVR, Moses S, John G, Nduati R, MacDonald KS, Berkley S)*

*Documento 3: The Evidence Base of Interventions for Care and Management of AIDS in Low and Middle Income Countries (Willbond B, Plummer FA)*

*Documento 4: Modelling the HIV/AIDS Epidemics in India and Botswana: The Effect of Interventions (Nagelkerke N, Jha P, de Vlas S, Korenromp E, Moses S, Blanchard J, Plummer F)*

*Documento 5: Maternal and Neonatal Mortality in Low and Middle Income Countries (Gelband H)*

*Documento 6: The Evidence Base for Interventions to Reduce Malaria Mortality in Low and Middle Income Countries (Meek S, Hill J, Webster J)*

*Documento 7: The Evidence Base for Interventions to Reduce Smoking-Related Mortality in Low and Middle Income Countries (Chaloupka FJ, Jha P, Corrao MA, Costa e Silva V, Ross H, Czart C, Yach D)*

*Documento 8: The Evidence Base for Interventions to Reduce Tuberculosis Mortality in Low and Middle Income Countries: Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Constraints to Scaling Up (Borgdorff MW, Floyd K, Broekmans JF)*

*Documento 9: The Evidence Base for Interventions to Reduce Under Five Mortality in Low and Middle Income Countries (Gelband H, Stansfield S, Nemer L, Jha P)*

*Documento 10: The Evidence Base for Interventions to Mortality from Vaccine-Preventable Diseases in Low and Middle Income Countries (England S, Loevinsohn B, Melgaard B, Kou U, Jha P)*

*Documento 11: The Evidence Base for Interventions to Reduce Malnutrition in Children under Five and School Age Children in Low and Middle Income Countries (Nemer L, Gelband H, Stansfield S, Jha P)*

- Documento 12:* Addressing the Impact of Household Energy and Indoor Air Pollution on the Health of the Poor – Implications for Policy Action and Intervention Measures (Von Schirnding Y, Bruce N, Smith K, Ballard-Tremeer G, Ezzati M, Lvovsky K)
- Documento 13:* Constraints to Scaling Up Health Interventions: A Conceptual Framework and Empirical Analysis (Hanson K, Ranson MK, Oliveira Cruz V, Mills A)
- Documento 14:* Approaches Overcoming Health Systems Constraints at the Peripheral Level: A Review of the Evidence (Olivera Cruz V, Hanson K, Mills A)
- Documento 15:* Constraints to Scaling Up Health Interventions: Country Case Study: India (Rao Seshadri S)
- Documento 16:* Constraints to Scaling Up Health Interventions: Country Case Study: Tanzania (Munishi G)
- Documento 17:* Constraints to Scaling Up Health Interventions: Country Case Study: Chad (Wyss K, Moto DD, Callewaert B)
- Documento 18:* Costs of Scaling Up Priority Health Interventions in Low-Income and selected Middle-Income Countries: Methodology and Estimates (Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L)
- Documento 19:* Study on Costs of Scaling Up Health Interventions for the Poor in Latin American Settings: Final Report (Bertozzi S, Zurita V, Cahuana L, Corcho A, Rely K, Aracena B)
- Documento 20:* Indirect Estimates of Avoidable Mortality in Low Income and Middle Income Countries (Nguyen S, Jha P, Yu S, Paccaud F)
- Documento 21:* Note on the Health Impact of Water and Sanitation Services (Vaz LME, Jha P)
- Documento 22:* Constraints to the Scale-Up of Priority Interventions Factoring in Quality of Governance and Policy Framework (Vergin H)
- Documento 23:* HIV/AIDS Control in India – Lessons from Tamil Nadu (Ramasundaram S, Allaudin K, Charles B, Gopal K, Krishnamurthy P, Poornalingam R, Warren D)
- Documento 24:* Preliminary Estimates of the Cost of Expanding TB, Malaria and HIV/AIDS Activities for Sub-Saharan Africa (Kumaranayake L, Conteh L, Kurowski C, Watts C)
- Documento 25:* The Evidence Base of Interventions in the Care and Management of AIDS in Low and Middle Income Countries (Willbond B, Thottingal P, Kimani J, Vaz LME, Plummer F)

*Grupo de Trabajo 6*

*Documento 1: Development Assistance for Health (DAH): Average Commitments 1997–1999 (Michaud C)*

*Documento 2: Perspectives on Improving Health in Poor Countries: Qualitative Assessment of Multilateral Agency Views and Behaviour (Nelson J)*

*Documento 3: Ideas Work Better than Money in Generating Reform – But How? Assessing Efficiency of Swedish Development Assistance in Health to Vietnam (Jerve AM)*

*Documento 4: Qualitative Assessment of Bilateral Agency Views and Behaviour: Interviews With Non-Health Specialists (Ojermark M)*

*Documento 5: Global Health Initiatives and National Level Health Programs: Assuring Compatibility and Mutual Re-Enforcement (Forsberg BC)*

*Documento 6: Structural Adjustment and Health: A Literature Review of the Debate, its Role-Players and Presented Empirical Evidence (Breman A, Shelton C)*

*Documento 7: A Case Study on the European Commission's Contribution to Development Assistance and Health (DAH) (Daniels D)*

*Documento 8: Review of Externally Aided Projects in the Context of their Integration into the Health Service Delivery in Karnataka (Narayan R)*

*Documento 9: Notes on DAH and Its Effectiveness: The Interests of Recipient Countries (Issaka-Tinorgah A)*

*Documento 10: Recent Trends in Development Assistance in Health (OECD)*



## *Apéndice 2: ANÁLISIS DE LOS COSTOS DE AMPLIAR LAS INTERVENCIONES DE SALUD PRIORITARIAS EN LOS PAÍSES DE BAJOS INGRESOS Y UNA SELECCIÓN DE PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS<sup>1</sup>*

### OBJETIVOS

Este apéndice tiene por objeto presentar una breve descripción de la metodología y un análisis de los costos estimados para la ampliación de intervenciones prioritarias. Dicho análisis se basa a su vez en el análisis de costos llevado a cabo por el Grupo de Trabajo 5; en el documento de trabajo sobre estimación de costos se comenta más detenidamente la metodología seguida para determinar los correspondientes al conjunto de intervenciones prioritarias en el nivel cercano al cliente (CAC).<sup>2</sup> El apéndice consta de dos secciones. En la primera se analizan los resultados de costos según la clasificación de los países por el nivel de ingresos. En este análisis se calculan los desembolsos totales en materia de salud necesarios para alcanzar los objetivos de cobertura, el monto de los recursos internos que es posible movilizar en materia de salud y el déficit neto de financiación. En la segunda sección se llevan a cabo análisis a nivel regional.

### ANÁLISIS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN POR INGRESOS Y LA CLASIFICACIÓN POR ENFERMEDADES DEL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO

#### *Análisis de costos incrementales (Análisis principal para el Informe del GT5): costos de un conjunto de intervenciones prioritarias en el nivel CAC*

El análisis de costos estima el costo de ampliar la cobertura de 49 intervenciones de salud prioritarias (y 65 líneas de tratamiento) en el nivel CAC de 83 países pobres. Se han identificado estas intervenciones como esenciales para hacer frente a las principales enfermedades que aquejan a los pobres (se describen en el cuadro A2.A). La ampliación de estas actividades se basa en el logro de los niveles de cobertura fijados como objetivos para 2007 y 2015, tomando como referencia las estimaciones de los niveles de

cobertura del año 2002. El análisis de costos incrementales se centra en una selección de intervenciones del nivel CAC, por lo que no incluye todos los servicios necesarios para ampliar el sistema de salud local en su totalidad. El análisis evalúa el precio económico total de la provisión de servicios. Los costos comprenden los componentes del capital y las necesidades conexas de gestión complementaria y respaldo institucional, así como las inversiones en formación de nuevo personal y ampliación de las instalaciones para dispensar servicios en estos niveles más altos de cobertura.

Se proyectó el análisis de costos con el fin de calcular el volumen de los recursos adicionales o *incrementales* necesarios para ampliar a gran escala las actividades a partir de los actuales niveles de servicios. Los costos de ampliar las actividades se presentan como adicionales a los actuales niveles de desembolso en materia de salud. Por consiguiente, reflejan el gasto *adicional* que se requiere por encima de las actuales pautas de gasto.

Los costos de la ampliación de los servicios variarán de unos países a otros según el tipo y la magnitud de las enfermedades, así como en función de factores demográficos y socioeconómicos, por lo que se han estimado los costos de ampliación de cada una de las intervenciones en función de cada país, teniendo en cuenta las complementariedades entre intervenciones. Se han definido como *países pobres* los que tienen un PNB por habitante inferior a US\$ 1200 (en US\$ de 1999). Dada la considerable carga de morbilidad que soporta el África subsahariana, se han incluido en el análisis todos los países de esta región, independientemente de sus resultados económicos.<sup>3</sup>

Se estimaron los costos de la ampliación de los servicios para dos hipótesis de trabajo (véase el Documento de Síntesis del Grupo de Trabajo 5) que se basan en el nivel de inversiones y la capacidad para ampliar los servicios, y reflejan premisas distintas en lo relativo al calendario, las inversiones en capacidad e infraestructuras, y los objetivos factibles de nivel de cobertura que se requieren para lograr los beneficios en materia de salud. La hipótesis de trabajo presentada aquí para el año 2007 supone la ampliación en el contexto de inversiones a gran escala tanto en el nivel de hospital local como periférico, pero está limitada por la medida en que dichas inversiones puedan materializarse en cinco años. La Comisión respalda este supuesto como fundamento de sus recomendaciones. La hipótesis de trabajo para el año 2015 supone una ampliación basada en la realización de inversiones a gran escala a lo largo de 13 años, hasta alcanzar altos niveles de cobertura para todas las intervenciones.

Se utilizó un modelo para estimar el costo de aplicación de las intervenciones y las necesidades, tanto en materia de nuevas inversiones para la formación de personal y la provisión de infraestructuras como de apoyo



administrativo e institucional. Para calcular los costos de la ampliación, se empezó por determinar el tamaño de los grupos a los que van destinadas las intervenciones de prevención y asistencia, es decir, la población necesitada (PN), basándose en los datos demográficos, comportamentales y epidemiológicos disponibles. En segundo lugar, se calculó el grado actual de cobertura de estas intervenciones y se fijaron objetivos futuros para dicho grado de cobertura (véase el cuadro 7 del texto). En tercer lugar, se relacionaron los costos calculados para una gama de intervenciones con el tamaño de la PN, a fin de obtener estimaciones nacionales para cada país. Dado que estábamos realizando una estimación de costos por países, para que dichos costos fueran comparables se ajustaron sus componentes no comercializables según la paridad del poder adquisitivo. La incertidumbre relativa a la necesidad de los servicios y los costos de las distintas intervenciones nos indujo a determinar un intervalo probable alto-bajo de costos. Las inversiones necesarias en formación e infraestructuras se calcularon según el tamaño de la PN para cada supuesto, basándose en el tiempo de contacto con el personal de los servicios de salud y el uso de instalaciones hospitalarias o ambulatorias. El componente de los costos relativo al apoyo institucional y de gestión comprendía las funciones administrativas y de apoyo, la vigilancia, la supervisión y el fortalecimiento institucional en el nivel CAC. Estos costos también se basaron en el tamaño de la PN.

Las estimaciones de costos incrementales proporcionan un costo *medio anual* de la aplicación de estas actividades en US\$ constantes de 2002.<sup>4</sup> También se han traducido estas estimaciones a flujos presupuestarios proyectados con carácter anual.

El cálculo de la población de un país necesitada de un servicio concreto se basa fundamentalmente en dos parámetros: el tamaño de la población y la incidencia o prevalencia de una enfermedad o riesgo. Se dispone de estimaciones actuales y proyecciones futuras del tamaño de la población, pero la información sobre la morbilidad o los riesgos actuales es limitada a nivel de países. Debido a esta importante carencia de datos, se ha supuesto que la incidencia y la prevalencia de las enfermedades o riesgos son constantes a lo largo del tiempo, proceder que no tiene en cuenta posibles cambios en la prevalencia o incidencia de las enfermedades, ni los efectos de una mayor cobertura de los servicios sobre las pautas de morbilidad. Esto reviste poca o ninguna importancia para trastornos como el parto obstruido, pero representa una limitación más grave para las enfermedades transmisibles, sobre todo el VIH/SIDA y la tuberculosis, en los que sería de esperar que los cambios tuvieran repercusiones. También pueden producirse, no obstante, aumentos de la incidencia o la prevalencia de estas enfermedades a lo largo

del tiempo, por lo que no está clara la orientación del sesgo atribuible al supuesto de una incidencia o prevalencia constante. El cuadro A2.1 presenta las estimaciones de los costos incrementales de todos los grupos de enfermedades y trastornos en dólares totales, por habitante y como porcentaje del PNB. Las cifras por habitante se calcularon sobre la base de las proyecciones demográficas para los años 2007 y 2015.<sup>5</sup> Las cifras del PNB se calcularon suponiendo un crecimiento del PNB por habitante comprendido entre el 1% y el 5% anual.<sup>6</sup> Se presenta la media del intervalo bajo-alto de estimación de costos.

### *Análisis por enfermedades*

Se ha asignado de manera aproximada un conjunto de intervenciones a las distintas enfermedades o trastornos (véase el cuadro A2.A), pero, en la

**Cuadro A2.1.** COSTOS INCREMENTALES ANUALES (EN US\$ DE 2002) SEGÚN LA CLASIFICACIÓN POR INGRESOS DEL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>		
<b>Todos los países</b>	26	46
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	19	33
Países menos adelantados	8	15
Otros países de bajos ingresos	11	18
Países de ingresos medios-bajos	5	11
Países de ingresos medios-altos	1	2
<b>POR HABITANTE (\$)</b>		
<b>Todos los países</b>	6	10
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	7	10
Países menos adelantados	11	16
Otros países de bajos ingresos	5	8
Países de ingresos medios-bajos	4	7
Países de ingresos medios-altos	26	44
<b>Porcentaje del PNB</b>		
<b>Todos los países</b>	0,7	0,9
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	1,3	1,6
Países menos adelantados	3,4	4,5
Otros países de bajos ingresos	0,9	1,1
Países de ingresos medios-bajos	0,3	0,4
Países de ingresos medios-altos	0,6	0,9

práctica, la naturaleza de la dispensación de los servicios de salud supone que se producen solapamientos entre ellas. Por ejemplo, la profilaxis anti-palúdica de las embarazadas podría incluirse tanto en la prevención del paludismo como en las intervenciones relacionadas con la maternidad. Se optó por la segunda posibilidad, por corresponderse con el mecanismo de dispensación. El análisis del cuadro A2.2 presenta el desglose de los costos incrementales por enfermedades.

**Cuadro A2.2.** COSTOS INCREMENTALES ANUALES (EN US\$ DE 2002) POR ENFERMEDADES

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>		
<b>Todas las intervenciones</b>	26	46
Tratamiento de la tuberculosis	0,5	1
Prevención del paludismo	2	3
Tratamiento del paludismo	0,5	1
Prevención del VIH	6	8
Atención del VIH	3	6
Tratamiento del VIH (TARGA)	5	8
Enfermedades de la infancia – Tratamiento	4	11
Enfermedades de la infancia – Inmunización	1	1
Enfermedades relacionadas con la maternidad	4	5
<b>POR HABITANTE (\$)</b>		
<b>Todas las intervenciones</b>	5,9	9,5
Tratamiento de la tuberculosis	0,1	0,2
Prevención del paludismo	0,5	0,7
Tratamiento del paludismo	0,1	0,2
Prevención del VIH	1,5	1,7
Atención del VIH	0,6	1,3
Tratamiento del VIH (TARGA)	1,2	1,7
Enfermedades de la infancia – Tratamiento	0,9	2,2
Enfermedades de la infancia – Inmunización	0,2	0,3
Enfermedades relacionadas con la maternidad	0,8	1,1
<b>Porcentaje del PNB</b>		
<b>Todas las intervenciones</b>	0,71	0,88
Tratamiento de la tuberculosis	0,02	0,02
Prevención del paludismo	0,06	0,07
Tratamiento del paludismo	0,01	0,02
Prevención del VIH	0,18	0,16
Atención del VIH	0,08	0,12
Tratamiento del VIH (TARGA)	0,14	0,15
Enfermedades de la infancia – Tratamiento	0,10	0,21
Enfermedades de la infancia – Inmunización	0,03	0,02
Enfermedades relacionadas con la maternidad	0,10	0,11

*Nota: Se incluyen las políticas de lucha antitabáquica, pero se supone que se autofinancian.*

Aunque existen métodos para atribuir la carga de morbilidad a enfermedades o problemas de salud concretos, no es posible considerar por separado la aplicación práctica de la mayoría de los programas orientados a estos trastornos en el seno de un sistema de salud. Para lograr una cobertura amplia de estos programas esenciales se necesitará fortalecer y mejorar considerablemente la totalidad del sistema de salud actual, proporcionando beneficios en concepto de externalidad para los problemas de salud no prioritarios. Aunque teóricamente puede tasarse el costo de cada intervención esencial por separado, en la práctica es preciso considerar y calcular los costos de la aplicación de la mayor parte de los programas dentro del contexto de un sistema de salud.

Se realizaron otros ajustes de los costos incrementales para que reflejaran los costos del proceso de ampliación (cuadro A2.3). Estos costos adicio-

**Cuadro A2.3.** COSTOS INCREMENTALES ANUALES AJUSTADOS PARA EL PROCESO DE AMPLIACIÓN (EN US\$ DE 2002) SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)		
<b>Todos los países</b>	57	94
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	40	66
Países menos adelantados	17	29
Otros países de bajos ingresos	23	37
Países de ingresos medios-bajos	14	24
Países de ingresos medios-altos	3	4
POR HABITANTE (\$)		
<b>Todos los países</b>	13	20
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	14	21
Países menos adelantados	22	32
Otros países de bajos ingresos	12	17
Países de ingresos medios-bajos	9	15
Países de ingresos medios-altos	57	91
Porcentaje del PNB		
<b>Todos los países</b>	1,6	1,8
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	2,7	3,3
Países menos adelantados	6,9	8,8
Otros países de bajos ingresos	1,9	2,2
Países de ingresos medios-bajos	0,7	0,8
Países de ingresos medios-altos	1,3	1,8

nales se basaron en los sistemas de salud de cada país, por lo que induciría a error llevar a cabo el mismo ajuste basándose en las enfermedades. Las tablas siguientes presentan los totales para todas las intervenciones.

*Ajustes destinados a reflejar los requisitos para el proceso de ampliación*

Además de los costos que entraña la ampliación de las intervenciones en el nivel CAC, el proceso de ampliación en sí requerirá otras formas de apoyo para garantizar una aplicación eficaz. Se llevaron a cabo cuatro ajustes destinados a reflejar los desembolsos adicionales más allá de la ampliación incremental de este conjunto seleccionado de intervenciones.

En primer lugar, se calcularon los costos de gestión por encima del nivel CAC, basados en los costos incrementales totales, para reflejar la aportación necesaria de las instituciones por encima de dicho nivel (p. ej., el Ministerio de Salud) a la aplicación de las intervenciones ampliadas. Se estimó que dichos costos rondarían el 15% de los costos incrementales totales.

En segundo lugar, se supuso que se precisaría un 15% adicional para mejorar la capacidad de absorción, dada la magnitud de los recursos necesarios para la ampliación. Aquí se incluiría la garantía de unos sistemas financieros y de vigilancia suficientes tanto a nivel de distrito como superior.

En tercer lugar, los costos del cuadro A2.1 suponen que los actuales niveles de cobertura son constantes y suficientes, cuando, en la práctica, la calidad de la cobertura existente es muy variable. Por ello, ajustamos los costos para que reflejaran el hecho de que sería necesario realizar desembolsos para mejorar la calidad (p. ej., asegurar un suministro suficiente de medicamentos) de los actuales niveles de cobertura. Así, multiplicamos los desembolsos estimados para el conjunto seleccionado de intervenciones en el año 2002 por un factor de ajuste de la calidad que osciló entre el 10% y el 25% de los desembolsos estimados para 2002, según el nivel de ingresos del país. En cuarto lugar, por lo general los sueldos del sector público son demasiado bajos para atraer al personal y garantizar un buen desempeño, como reflejan las altas tasas de disminución de los efectivos (p. ej., por paso al sector privado) y la escasa motivación. Además, la ampliación exigirá reclutar a personal sanitario adicional. Para ajustar las remuneraciones al nivel necesario para atraer y retener al personal, se incluyó en la estimación un incremento salarial del 100%. Este ajuste se aplicó a todo el personal del sector de la salud, no sólo al personal adicional necesario para ampliar las intervenciones incluidas en el conjunto incremental de medidas. El cuadro A2.3 ofrece las estimaciones de dicho conjunto ajustado en dólares totales, por habitante y como porcentaje del PNB.

*Desembolsos totales necesarios en materia de salud*

Para estimar el gasto total necesario en materia de salud se distinguió entre los desembolsos internos y los procedente de donantes en forma de AOD. Se disponía de los datos sobre la magnitud de la AOD destinada a la salud durante el periodo 1997 a 1999, y se supuso que reflejaba el gasto medio de 1998.<sup>7</sup> Se supuso también que, entre 1998 y 2002, la AOD asignada al sector sanitario creció a una tasa anual del 5%. El gasto total en salud durante 1999 se calculó a partir del gasto total en salud durante ese año como porcentaje del PNB.<sup>8</sup> Para calcular los recursos internos totales gastados en salud durante 1999 se sustrajo al gasto total en salud durante ese año el componente de la AOD. Se estimó luego el gasto total en salud durante el año 2002 como la suma de los flujos estimados de AOD y los

**Cuadro A2.4.** GASTOS TOTALES ANUALES NECESARIOS EN MATERIA DE SALUD SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO (EN US\$ DE 2002)

	Situación inicial en 2002	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>			
Todos los países	106,1	162,8	200,3
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	53,3	93,5	119,3
Países menos adelantados	8,5	25,3	37,2
Otros países de bajos ingresos	44,8	68,2	82,1
Países de ingresos medios-bajos	41,1	55,0	65,1
Países de ingresos medios-altos	11,7	14,3	16,0
<b>POR HABITANTE (\$)</b>			
Todos los países	26	38	42
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	21	34	38
Países menos adelantados	13	34	41
Otros países de bajos ingresos	24	34	37
Países de ingresos medios-bajos	28	36	40
Países de ingresos medios-altos	266	315	339
<b>Porcentaje del PNB</b>			
Todos los países	3,7	4,5	3,9
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	4,4	6,3	5,9
Países menos adelantados	4,3	10,4	11,4
Otros países de bajos ingresos	4,4	5,5	4,9
Países de ingresos medios-bajos	2,8	2,9	2,2
Países de ingresos medios-altos	6,8	7,3	6,8

recursos internos para ese año. Esta última cifra se obtuvo multiplicando los recursos internos de 1999 como proporción del PNB de ese año por el PNB de 2002.

Se calculó luego el desembolso total necesario en materia de salud en 2007 y 2015 como la suma del gasto total en salud en 2002 y los costos ajustados a la ampliación que figuran en el cuadro A2.3. El cuadro A2.4 presenta las estimaciones del gasto total en salud necesario anualmente para alcanzar los niveles de cobertura previstos para 2007 y 2015.

**Cuadro A2.5.** MOVILIZACIÓN POTENCIAL DE RECURSOS NACIONALES (EN US\$ DE 2002) SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO

	Situación inicial en 2002	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)			
<b>Todos los países</b>	102,8	163,6	283,5
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	50,5	76,5	124,0
Países menos adelantados	7,1	11,1	18,2
Otros países de bajos ingresos	43,4	65,5	105,8
Países de ingresos medios-bajos	40,6	71,9	138,7
Países de ingresos medios-altos	11,7	15,2	20,7
POR HABITANTE (\$)			
<b>Todos los países</b>	25	38	59
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	20	28	40
Países menos adelantados	11	15	20
Otros países de bajos ingresos	23	32	47
Países de ingresos medios-bajos	28	47	86
Países de ingresos medios-altos	265	335	441
Porcentaje del PNB			
<b>Todos los países</b>	3,6	4,6	5,5
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	4,1	5,1	6,1
Países menos adelantados	3,5	4,6	5,6
Otros países de bajos ingresos	4,3	5,3	6,3
Países de ingresos medios-bajos	2,8	3,8	4,7
Países de ingresos medios-altos	6,8	7,8	8,8

*Nota: Se supone un aumento de los recursos nacionales para la salud equivalente al 1% del PNB en 2007 y al 2% en 2015 respecto de la situación inicial del año 2002. Si el aumento es mayor que la cantidad necesaria para la ampliación, se supone que el país movilizará sólo la cantidad que realmente necesite.*

### *Análisis del déficit neto de financiación resultante del aumento de la movilización de recursos internos*

Se ha calculado el déficit neto de financiación provocado por el costo de la ampliación de estas intervenciones prioritarias en materia de salud. En este análisis se supone que el gasto en salud como porcentaje del PNB aumentará un 1% en 2007, debido a la mayor movilización de recursos internos. Se supone que, para el año 2015, el gasto en salud como porcen-

**Cuadro A2.6.** DÉFICIT NETO ANUAL DE LA FINANCIACIÓN (EN US\$ DE 2002;  
CLASIFICACIÓN DEL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO)

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>		
<b>Todos los países</b>	22,1	30,7
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	20,5	28,4
Países menos adelantados	14,3	20,8
Otros países de bajos ingresos	6,2	7,5
Países de ingresos medios-bajos	1,5	2,3
Países de ingresos medios-altos	0,04	0
<b>POR HABITANTE (\$)</b>		
<b>Todos los países</b>	5	6
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	7	4
Países menos adelantados	19	23
Otros países de bajos ingresos	3	3
Países de ingresos medios-bajos	1	1
Países de ingresos medios-altos	1	0
<b>Porcentaje del PNB</b>		
<b>Todos los países</b>	0,6	0,6
Todos los países de bajos ingresos (Países menos adelantados + Otros países de bajos ingresos)	1,4	1,4
Países menos adelantados	5,9	6,4
Otros países de bajos ingresos	0,5	0,4
Países de ingresos medios-bajos	0,1	0,1
Países de ingresos medios-altos	0,02	0

*Nota: Este análisis se ha realizado primero para cada uno de los países y se ha resumido luego según la clasificación de los países establecida por el CAD. En los países cuyos recursos internos son superiores a los desembolsos necesarios en materia de salud se considera que el déficit neto de financiación es 0. Si dichos desembolsos superan a los recursos internos, se registra la diferencia entre ambos como el déficit neto de financiación del país. Ello explica que los resultados del cuadro A2.6 no equivalgan a los del cuadro A2.4 menos los del cuadro A2.5, ya que no todos los países de cada categoría del CAD tienen un déficit neto de financiación positivo.*



taje del PNB habrá aumentado en un 2%. En el cuadro A2.5 se muestra el nivel estimado de movilización de los recursos internos para los años 2002, 2007 y 2015. Las estimaciones del déficit neto de financiación se presentan en el cuadro A2.6. Se lleva a cabo este análisis para cada país y los resultados se agregan seguidamente para cada categoría de ingresos. Si los recursos internos del país son mayores que los desembolsos totales en salud, suponemos que el déficit de financiación es exactamente 0. Si los recursos internos del país son *inferiores* a los gastos totales en salud, el déficit de financiación es la diferencia entre ambos. Una vez calculado el déficit de financiación de cada país, los déficits se agregan según las categorías del CAD en el cuadro A2.6. Este método de cálculo explica que los datos del cuadro A2.6 no equivalgan a los del cuadro A2.4 menos los del cuadro A2.5. Esto ocurriría sólo si todos los países de cada categoría del CAD tuvieran un déficit neto de financiación positivo.

**Cuadro A2.7.** COSTOS INCREMENTALES ANUALES POR REGIONES (EN US\$ DE 2002)

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)		
<b>Todos los países</b>	26	46
África subsahariana – bajos	10	18
África subsahariana – medios	2	3
Asia Oriental y Pacífico	6	11
Asia Austral	7	11
Europa Oriental y Asia Central	0,4	0,8
América Latina y Central	0,4	0,8
POR HABITANTE (\$)		
<b>Todos los países</b>	6	10
África subsahariana – bajos	14	21
África subsahariana – medios	26	46
Asia Oriental y Pacífico	3	5
Asia Austral	5	7
Europa Oriental y Asia Central	4	7
América Latina y Central	9	16
Porcentaje del PNB		
<b>Todos los países</b>	0,7	0,9
África subsahariana – bajos	4,0	5,5
África subsahariana – medios	0,8	1,2
Asia Oriental y Pacífico	0,3	0,3
Asia Austral	0,8	0,9
Europa Oriental y Asia Central	0,4	0,7
América Latina y Central	0,9	1,3

## ANÁLISIS DE LAS ESTIMACIONES DE COSTOS POR REGIONES

En esta sección se presentan los datos clasificados por regiones. El cuadro A2.C del Apéndice muestra la agrupación de países por regiones. Los cuadros A2.7 y A2.8 muestran los costos incrementales y ajustados a la ampliación por regiones. El cuadro A2.8 presenta un análisis de la movilización de recursos internos como el de los supuestos del cuadro A2.4. Los cuadros A2.9 y A2.10 muestran los desembolsos totales en materia de salud por regiones y el déficit neto de financiación por regiones.

**Cuadro A2.8.** COSTOS INCREMENTALES ANUALES POR REGIONES AJUSTADOS AL PROCESO DE AMPLIACIÓN (EN US\$ DE 2002)

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)		
Todos los países	57	94
África subsahariana – bajos	20	35
África subsahariana – medios	4	7
Asia Oriental y Pacífico	15	25
Asia Austral	15	24
Europa Oriental y Asia Central	1	2
América Latina y Central	1	2
POR HABITANTE (\$)		
Todos los países	13	20
África subsahariana – bajos	28	41
África subsahariana – medios	56	91
Asia Oriental y Pacífico	8	13
Asia Austral	10	14
Europa Oriental y Asia Central	9	14
América Latina y Central	21	33
Porcentaje del PNB		
Todos los países	1,6	1,8
África subsahariana – bajos	8,1	10,7
África subsahariana – medios	1,7	2,5
Asia Oriental y Pacífico	0,7	0,8
Asia Austral	1,7	1,9
Europa Oriental y Asia Central	1,0	1,4
América Latina y Central	2,0	2,8

**Cuadro A2.9.** DESEMBOLSOS TOTALES ANUALES NECESARIOS EN MATERIA DE SALUD (EN US\$ DEL 2002) POR REGIONES

	<b>Situación inicial en 2002</b>	<b>Estimación promedio para 2007</b>	<b>Estimación promedio para 2015</b>
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>			
<b>Todos los países</b>	106,1	162,8	200,3
África subsahariana – bajos	8,3	28,6	43,7
África subsahariana – medios	12,6	16,4	19,5
Asia Oriental y Pacífico	42,3	57,4	67,1
Asia Austral	36,0	51,4	59,8
Europa Oriental y Asia Central	4,5	5,5	6,2
América Latina y Central	2,5	3,4	4,1
<b>POR HABITANTE (\$)</b>			
<b>Todos los países</b>	26	38	42
África subsahariana – bajos	13	40	50
África subsahariana – medios	192	237	259
Asia Oriental y Pacífico	24	31	34
Asia Austral	25	34	35
Europa Oriental y Asia Central	39	47	50
América Latina y Central	60	76	82
<b>Porcentaje del PNB</b>			
<b>Todos los países</b>	3,7	4,5	3,9
África subsahariana – bajos	3,9	11,4	13,2
África subsahariana – medios	6,4	7,3	7,0
Asia Oriental y Pacífico	2,7	2,8	2,1
Asia Austral	4,9	5,7	4,8
Europa Oriental y Asia Central	5,0	5,5	5,0
América Latina y Central	6,3	7,4	6,9

**Cuadro A2.10.** MOVILIZACIÓN ANUAL DE RECURSOS INTERNOS (EN US\$ 2002)  
POR REGIONES

	<b>Situación inicial en 2002</b>	<b>Estimación promedio para 2007</b>	<b>Estimación promedio para 2015</b>
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>			
<b>Todos los países</b>	102,8	163,6	283,5
África subsahariana – bajos	7,0	10,8	17,5
África subsahariana – medios	12,5	16,5	22,9
Asia Oriental y Pacífico	41,8	75,0	145,3
Asia Austral	34,9	52,3	84,8
Europa Oriental y Asia Central	4,4	5,9	8,4
América Latina y Central	2,2	3,0	4,5
<b>POR HABITANTE (\$)</b>			
<b>Todos los países</b>	25	38	59
África subsahariana – bajos	11	15	20
África subsahariana – medios	191	238	305
Asia Oriental y Pacífico	24	40	74
Asia Austral	25	34	50
Europa Oriental y Asia Central	38	51	69
América Latina y Central	53	68	89
<b>Porcentaje del PNB</b>			
<b>Todos los países</b>	3,6	4,6	5,5
África subsahariana – bajos	3,3	4,3	5,3
África subsahariana – medios	6,3	7,3	8,2
Asia Oriental y Pacífico	2,6	3,6	4,6
Asia Austral	4,8	5,8	6,8
Europa Oriental y Asia Central	4,9	5,9	6,9
América Latina y Central	5,6	6,6	7,6

**Cuadro A2.11. DÉFICIT NETO ANUAL DE FINANCIACIÓN (EN US\$ DE 2002) POR REGIONES**

	Estimación promedio para 2007	Estimación promedio para 2015
<b>TOTAL EN DÓLARES (000 000 000, MILES DE MILLONES DE DÓLARES)</b>		
<b>Todos los países</b>	22,1	30,7
África subsahariana – bajos	17,8	26,2
África subsahariana – medios	0,9	1,3
Asia Oriental y Pacífico	1,0	1,3
Asia Austral	1,7	1,4
Europa Oriental y Asia Central	0,2	0,2
América Latina y Central	0,5	0,2
<b>POR HABITANTE (\$)</b>		
<b>Todos los países</b>	5	6
África subsahariana – bajos	25	30
África subsahariana – medios	12	17
Asia Oriental y Pacífico	1	1
Asia Austral	1	1
Europa Oriental y Asia Central	2	2
América Latina y Central	12	5
<b>Porcentaje del PNB</b>		
<b>Todos los países</b>	0,6	0,6
África subsahariana – bajos	7,1	7,9
África subsahariana – medios	0,4	0,5
Asia Oriental y Pacífico	0,05	0,04
Asia Austral	0,2	0,1
Europa Oriental y Asia Central	0,2	0,2
América Latina y Central	1,1	0,4

*Nota: Este análisis se ha realizado partiendo de datos específicos de cada país que luego se han resumido por regiones. Por consiguiente, a los países cuyos recursos internos son mayores que el desembolso necesario en salud se les ha atribuido un déficit neto de financiación de 0. En los casos en los que dicho desembolso supera a los recursos internos, la diferencia se ha reflejado como déficit neto de financiación para el país correspondiente. Por consiguiente, los datos del Cuadro A2.11 no son iguales que los del Cuadro A2.9 menos los del Cuadro A2.10, ya que no todos los países de la región tienen un déficit neto de financiación positivo.*

**Cuadro A2.A. CONJUNTO DE INTERVENCIONES**

Tratamiento de la tuberculosis	Tratamiento breve bajo observación directa para pacientes con frotis positivo Tratamiento breve bajo observación directa para pacientes con frotis negativo
Prevención del paludismo	Mosquiteros impregnados con insecticida Pulverización de interiores con insecticidas residuales
Tratamiento del paludismo	Tratamiento de los episodios clínicos
Prevención del VIH/SIDA	Intervenciones orientadas a los jóvenes Intervenciones trabajando con los profesionales del sexo y sus clientes Intervenciones en los lugares de trabajo Fortalecimiento de los sistemas de transfusión sanguínea Asesoramiento y pruebas voluntarias Prevención de la transmisión maternoinfantil Campañas en los medios de comunicación Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual
Atención del VIH/SIDA	Cuidados paliativos Tratamiento clínico de las infecciones oportunistas Prevención de las infecciones oportunistas Asistencia domiciliaria
TARGA para el VIH/SIDA	Provisión de TARGA
Intervenciones relacionadas con las enfermedades de la infancia (Tratamiento)	Tratamiento de diversas enfermedades (infecciones respiratorias agudas, diarrea, causas de fiebre, malnutrición, anemia)
Intervenciones relacionadas con las enfermedades de la infancia (Inmunización)	Vacunaciones (BCG, OPV, DPT, sarampión, hepatitis B, Hib)
Intervenciones relacionadas con la maternidad	Atención prenatal Tratamiento de las complicaciones durante el embarazo Asistencia obstétrica cualificada Asistencia obstétrica de urgencia Asistencia después del parto (incluida la planificación familiar)

*Nota: No se ha contemplado la ampliación de todas las intervenciones para todos los países. En el cálculo de los costos de la ampliación se han considerado las intervenciones adecuadas para cada país desde el punto de vista epidemiológico. Por ejemplo, no se han incluido las medidas de lucha antipalúdica en los países en los que el paludismo no contribuye en grado significativo a la carga de morbilidad. Fuente: Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L. (2001). Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries.*

**Cuadro A2.B.** CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN LAS CATEGORÍAS ESTABLECIDAS POR EL COMITÉ DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO<sup>1</sup>

<b>País</b>	<b>País</b>
<b>Países menos adelantados</b>	Camerún
Afganistán	Congo
Angola	Côte d'Ivoire
Bangladesh	Georgia
Benín	Ghana
Bhután	India
Burkina Faso	Indonesia
Burundi	Kenya
Camboya	Kirguistán
Chad	Mongolia
Comoras	Nicaragua
Eritrea	Nigeria
Etiopía	Pakistán
Gambia	República de Moldova
Guinea	Senegal
Guinea-Bissau	Tayikistán
Haití	Turkmenistán
Lesoto	Ucrania
Liberia	Uzbekistán
Madagascar	Viet Nam
Malawi	Zimbabwe
Malí	<b>Países de ingresos medios-bajos</b>
Mauritania	Albania
Mozambique	Bolivia
Myanmar	Cabo Verde
Nepal	China (excepto la RAE de Hong Kong)
Níger	Cuba
República Centroafricana	Djibouti
República Democrática del Congo	Filipinas
República Democrática Popular de Laos	Guinea Ecuatorial
República Unida de Tanzania	Guyana
Rwanda	Honduras
Sierra Leona	Islas Salomón
Somalia	Maldivas
Sudán	Namibia
Togo	Papua Nueva Guinea
Uganda	República Árabe Siria
Yemen	Samoa
Zambia	Sri Lanka
<b>Otros países de bajos ingresos</b>	Swazilandia
Armenia	Vanuatu
Azerbaiyán	<b>Países de ingresos medios-altos</b>
	Botswana
	Gabón
	Sudáfrica

1. No se calcularon los costos de los países que no figuran en esta tabla.

---

**Cuadro A2.C. CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES POR REGIONES**

---

**África subsahariana\* – Países de bajos ingresos (ASS bajos):**

Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda, Yemen, Zambia, Zimbabwe

---

**África subsahariana\* – Países de ingresos medios (ASS medios):**

Botswana, Cabo Verde, Djibouti, Guinea Ecuatorial, Gabón, Namibia, República Árabe Siria, Sudáfrica, Swazilandia

---

**Asia Oriental y Pacífico (AOP):**

Camboya, China (excepto las regiones administrativas especiales de Hong Kong y Macao), Filipinas, Indonesia, Islas Salomón, Mongolia, Myanmar, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Vanuatu, Viet Nam

---

**Asia Austral (AA):**

Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka

---

**Europa Oriental y Asia Central (EOC):**

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kirguizistán, República de Moldavia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán

---

**América Latina y Centroamérica(ALC):**

Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua

---

*\*Hemos incluido dos países de Oriente Medio, la República Árabe Siria y el Yemen, en el grupo de países del África subsahariana.*

---



## NOTAS

1. Preparado por Lilani Kumaranayake, Christoph Kurowski y Lesong Conteh, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.
2. Kumaranayake, L., C. Kurowski y L. Conteh (2001). *Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries*. Documento de Trabajo para el Grupo de Trabajo 5 – Mejorar los resultados de salud de los pobres, Comisión de Macroeconomía y Salud.
3. Estas cifras reflejan los costos estimados para mejorar la cobertura de las actividades del programa a escala nacional, agregados según los criterios del CAD de la OCDE de 1997 para la clasificación de los países: países menos adelantados (PMA), otros países de bajos ingresos (OPBI), países de ingresos medios-bajos (PIMB) y países de ingresos medios-altos (PIMA). Los criterios se exponen en el *Development Cooperation Report* de la OCDE (The DAC Journal) 2000. Cuando estos grupos de países se comparan con el Informe sobre el Desarrollo Mundial (IDM) más reciente del Banco Mundial se observan varias diferencias, porque el IDM presenta una clasificación de los países de ingresos medios-bajos basada en el PNB del 1999. Por consiguiente, hemos revisado la clasificación de 1997 del CAD para reflejar estos cambios; la lista de países figura en el cuadro A2.B.
4. Se utilizó una tasa media de inflación anual del 3,2% para calcular los US\$ constantes según los precios de 2002.
5. Las proyecciones demográficas proceden de *World Population Prospects, 1998 Revision*, publicado por la División de Población del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas.
6. Los datos del PNB proceden del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001* publicado por el Banco Mundial. Obsérvese que no se disponía de la cifra del PNB de la República Democrática Popular de Corea. Se supuso un crecimiento anual del PNB por habitante del 5% para China; del 3% para Bangladesh, Bhután, la India, Indonesia, Sri Lanka y Viet Nam; del 2% para Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bolivia, Botswana, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Cuba, Filipinas, el Gabón, Georgia, Ghana, Guyana, Honduras, Islas Salomón, Kirguistán, Maldivas, Mongolia, el Nepal, Nicaragua, el Pakistán, Papua Nueva Guinea, la República Árabe Siria, la República Democrática Popular Lao, la República de Moldova, Samoa, Sudáfrica, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán y Vanuatu; y del 1% para los países restantes.
7. *DAC Report 2000* publicado por la OCDE.
8. Datos procedentes del *Informe sobre la salud en el mundo 2000* publicado por la OMS.



# REFERENCIAS

- Abel-Smith, B. y A. Leiserson. 1978. *Poverty, Development, and Health Policy*. Geneva: World Health Organization (Albany, N.Y.: En venta en la Oficina de Publicaciones de la OMS).
- Accelerated Access Initiative. Véase [http://www.unaids.org/acc\\_access/index.html](http://www.unaids.org/acc_access/index.html)
- Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización. 2001. «Global Immunization Challenges». Disponible en <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimm-challenges.html>.
- Anderson, J., M. Maclean y C. Davies. 1996. *Malaria Research: An Audit of International Activity*. Londres: Wellcome Trust.
- Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Re-visited*, CMH Paper No. WG3: 1, 2000.
- Arhin-Tenkorang, D. y G. Buckle, 2001. «Cost of Scaling up Provision of Primary and Secondary Health Care Services in Ghana». Inédito.
- Attaran, A. y L. Gillespie-White. 2001. «Do Patents Constrain Access to AIDS Treatment in Poor Countries: Antiretroviral Drugs in Africa», *Journal of the American Medical Association*, 2001: 286.
- Barro, R. y X. Sala-I-Martin. 1995. *Economic Growth*. Nueva York: McGraw-Hill, Inc.
- Basch, P. F. 1999. *Textbook of International Health*, segunda edición. Nueva York: Oxford University Press.
- Becker, G., T. Philipson y R. Soares. 2001. «Growth and Mortality in Less Developed Nations». Manuscrito inédito, Universidad de Chicago.
- Bhargava, A. y J. Yu. 1997. «A Longitudinal Analysis of Infant and Child Mortality Rates in Developing Countries», *Indian Economic Review* 32: 141–151.
- Bhargava, A., T. Dean, L. J. Jamison y C. J. L. Murray. 2001. «Modeling the Effects of Health on Economic Growth», *Journal of Health Economics* 20 (2001) 423–440.
- Bloom, David E., D. Canning y B. Graham. 2001. «Health, Longevity, and Life-Cycle Savings», CMH Working Group Paper No. WG1: 9, 2001.
- Bloom, D. E. y J. D. Sachs. 1998. «Geography, Demography, and Economic Growth in Africa», *Brookings Papers on Economic Activity* 2: 207–295. <http://www.cid.harvard.edu/>
- Culter, D. M. y E. Richardson. 1997. «Measuring the Health of the U.S. Population», *Brookings Papers: Microeconomics*, pp. 217–271.

- Curtis, C. F. 2001. «The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community», CMH Policy Memorandum. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas, División de Población. 1998. *The World Population Prospects, 1998 Revision*. Nueva York: UN Department of Social and Economic Affairs.
- Economist*. 2001. «The Worst Way to Lose Talent», *The Economist*, 8 de febrero.
- Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness*. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South. Cambridge, Massachusetts y Londres, Inglaterra: Harvard University Press.
- Evans, D., A. Tandon, C. J. L. Murray y J. A. Lauer. 2001. «Comparative Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis», *British Medical Journal* 323 (11 de agosto de 2001).
- Fang J. y Q. Xiong. 2001. «Financial Reform and Its Impact on Health Service in Poor Rural China», documento presentado en la Conference on Financial Sector Reform in China, Universidad de Harvard, septiembre de 2001.
- Feachem, R. 2001. «Globalization: From Rhetoric to Evidence». Editorial en *Bulletin of the World Health Organization*, Ginebra, septiembre de 2001.
- FMI. 2001a. «Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation», 25 de mayo. Disponible en <http://www.imf.org/>.
- FMI. 2001b. «Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What Has Been Achieved», agosto. Disponible en <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>.
- FMI. 2001c. *A Manual of Government Finance Statistics*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- FMI, OCDE, ONU, Banco Mundial. 2000. *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A Better World for All*. Washington, DC.
- Fogel, R. W. 1991. «New Sources and New Techniques for the Study of Secular Trends in Nutritional Status, Health, Mortality and the Process of Aging». *National Bureau of Economic Research Working Paper Series as Historical Factors and Long Run Growth*, No. 26.
- Fogel, R. W. 1997. «New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory», en M. R. Rosenzweig y O. Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, vol. 1a. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 433–481.
- Fogel, R. W. 2000. *The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- Gallup, J. L. y J. D. Sachs. 2001. «The Economic Burden of Malaria», *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, suplemento especial, junio.
- Gertler, P. y J. Gruber. 2001. «Insuring Consumption Against Illness». Previsto para publicación en *American Economic Review*.

- Global Forum for Health Research. 1999. «The 10/90 Report on Health Research». Ginebra: Global Forum for Health Research.
- Grupo Banco Mundial. 2000. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Atacar la pobreza*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Grupo de Trabajo 2 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. 2001. «Global Public Goods for Health: New Strategies for the 21 st Century», Documento de Síntesis. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.
- Grupo de Trabajo 5 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. 2001. «Interventions, Constraints and Costs in Improving Health Outcomes of the Poor». Informe de Síntesis. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.
- Gupta, S., M. Verhoeven y E. Tiongson. 2001. «Public Spending on Health Care and the Poor», IMF Working Paper No. 01/127
- Gwatkin, D. 2000a. «Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap», en D. Leon y G. Walt, (eds), *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 217–246.
- Gwatkin, D. R. 2000b. «Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?» *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1).
- Gwatkin, D. R., S. Rutstein, K. Johnson, R. P. Pande y A. Wagstaff. 2001. «Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population» (serie de informes sobre 44 países en desarrollo). Washington, DC: Banco Mundial.
- Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira y A. Mills. 2001. «Constraints to Scaling Up Health Interventions: A Conceptual Framework and Empirical Analysis», CMH Working Paper Series No. WG5: 13. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.
- Henry, B., S. Pollock, B. Kawa, B. Yaffe, F. Jamieson, E. Rea y M. Avendano. 2000. «Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada», presentado en la Quinta Reunión Anual de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias, Región de Norteamérica, Vancouver, febrero de 2000. Disponible en <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>.
- Hensher, M. 2001. «Financing Health Systems Through Efficiency Gains», CMH Working Paper Series No. WG3: 5. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.
- Hirschler, B. 2001. «RPT-Glaxo Gives Up Rights to AIDS Drugs in South Africa», Reuters, 8 de octubre.
- Huber, M. 1999. «Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970–1997», *Health Care Financing Review* 21(2).
- IFMPA, Informe de las Discusiones de la Mesa Redonda OMS/IFPMA, 3 de noviembre de 1999, Segunda Mesa Redonda OMS-IFPMA, sede de la OMS, Ginebra. Disponible en <http://www.ifpma.org>.
- Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH), [info@ippph.org](mailto:info@ippph.org)

- Informe «Transitional Arrangements», reunión del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (FMSTP), Bruselas, 12–13 de julio de 2001.
- Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security. 2001. «Contraceptive Projections and the Donor Gap», Washington, DC: Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security.
- Jones, T. 1990. «The Panama Canal: A Brief History». Disponible en <http://www.ilove-languages.com/Tyler/>.
- Korber, B., M. Muldoon, J. Theiler, F. Gao, R. Gupta, A. Lapedes, B. H. Hahn, S. Wolinsky y T. Bhattacharya. 2000. «Timing the Ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains», *Science* 288: 1789–1796.
- Kremer, M. y T. Miguel. 1999. «The Educational Impact of De-Worming in Kenya», documento presentado en la Northeast Universities Development Conference, Universidad de Harvard, 8 y 9 de octubre.
- Kremer, M. 2001. «Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases», CMH Paper No. WG2: 7, julio.
- Kumaranayake L., C. Kurowski y L. Conteh. 2001 *Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries*. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.
- Lanjouw, J. 2001. «A Patent Policy Proposal for Global Diseases», *Brookings Policy Brief*, Junio.
- Laver, G. y E. Garman. 2001. «The Origin and Control of Pandemic Influenza», *Science* 293 (7 de septiembre): 1776–1777.
- Lewis, P.D., R. Balazs, A. J. Patel y T. C. Jordan. 1986. «Undernutrition and Brain Development», en F. Falkner y J. M. Tanner, (eds.). *Human Growth*, segunda edición. Nueva York: Plenum Press, pp. 415–473.
- Liu, Y. y W. Hsiao. 2001. «China's Poor and Poor Policy: The Case for Rural Health Insurance», presentado en la Conference on Financial Sector Reform in China, Universidad de Harvard, 13 de septiembre.
- Machekano, R., W. McFarland, V. Mzezewa, S. Ray, S. Mbizvo, M. Basset, A. Latif, P. Mason, L. Gwanzura, L. Moses, C. Ley y B. Brown. 1998. «Peer Education Reduces HIV Infection among Factory Workers in Harare, Zimbabwe». Resumen n° 15, 5<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois.
- Misra, R., R. Chaterjee y S. Rao. 2001. «Changing the Indian Health System: Current Issues, Future Directions». Inédito.
- Murray, C. J. L. y A. D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease and Injury Series*. Vol. 1: *A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: publicado por la Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, Harvard University Press.

- Naciones Unidas. 2000. *Nosotros los pueblos: La función de las Naciones Unidas en el siglo XXI. Informe del Milenio*, 2000. Nueva York: Naciones Unidas.
- National Intelligence Council. 2000. «The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States», Washington, DC, enero 2000. Disponible en <http://www.cia.gov/>.
- National Intelligence Council Report. 2000. «Global Trends 2015: A Dialogue with Non-Governmental Experts», diciembre 2000. Disponible en <http://www.cia.gov/>.
- OCDE. 2000. *Development Cooperation Report (The DAC Journal)*. París: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OMS, UNICEF, ONUSIDA, Banco Mundial, UNESCO y FNUAP. 2000. *Health, A Key to Prosperity: Success Stories in Developing Countries*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Internacional para las Migraciones. 2001. *World Migration Report 2000*. Ginebra: UN Publications.
- Organización Mundial de la Salud. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Philipson, T. y R. Soares. 2001. «Human Capital, Longevity, and Economic Growth: A Quantitative Assessment of Full Income Measures». Working Paper, Washington DC: World Bank.
- Pollitt, E. 2001. «The Developmental and Probabilistic Nature of the Functional Consequences of Iron-Deficiency Anemia in Children», *The Journal of Nutrition*. 131: 669S–675S.
- Pollitt, E. 1997. «Iron Deficiency and Educational Deficiency», *Nutritional Reviews* 55(4): 133–140.
- Preker, A. 1998. «The Introduction of Universal Access to Health Care in OECD: Lessons for Developing Countries», en S. S. Nitayarumphong y A. Mills, (eds.). *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries*. Bangkok, Tailandia: Ministry of Public Health, Office of Health Care Reform.
- Preston, S. H. y M. R. Haines. 1991. *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 1990. *Human Development Report, 1990: Concept and Measurement of Human Development*. Nueva York/Oxford: Oxford University Press.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2001. *Human Development Report, 2001: Making Technology Work for Human Development*. Nueva York/Oxford: Oxford University Press.

- Reunión Consultiva Internacional OMS sobre Terapia Antirretrovírica contra el VIH/SIDA, OMS, Ginebra, 22-23 de mayo de 2001.
- Sachs, J. 2001. «The Strategic Significance of Global Inequality», *The Washington Quarterly*, Verano: 191.
- Sen, A. 1999. *Development as Freedom*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- Simms, C., M. Rowson y S. Peattie. 2001. «The Bitterest Pill of All: The Collapse of Africa's Health Care System», Londres: Save the Children UK.
- Stanton, B. F., X. Li, J. Kahihuata, A. M. Fitzgerald, S. Neumbo, G. Kanduuombe, I. B. Ricardo, J. S. Galbraith, N. Terreri, I. Guevara, H. Shipena, J. Strijdom, R. Clemens y R. F. Zimba. 1998. «Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-Reduction Intervention: A Randomized, Longitudinal Study», *AIDS* 12: 2473-2480.
- State Failure Task Force. 1999. «State Failure Task Force Report: Phase II Findings», en *Environmental Change and Security Project Report* del Woodrow Wilson Center, n° 5, verano: 49-72.
- Strauss, J. y D. Thomas. 1998. «Health, Nutrition and Economic Development», *Journal of Economic Literature*. 36: 766-817.
- Swedish International Development Agency (SIDA). 2001. «Global Health Initiatives and Poverty Reduction: Guiding Principles for Maximum Country-Level Impact», 10 de abril.
- Taller sobre fijación diferencial de precios y financiación de los medicamentos esenciales, organizado por la OMS y la OMC, 8-11 de abril de 2001, Høsbjør, Noruega.
- Thomas, D. y J. Strauss. 1997. «Health and Wages: Evidence on Men and Women in Urban Brazil», *Journal of Econometrics* 77: 159-185.
- Topel, R. y K. Murphy, 1997. «Unemployment and Nonemployment», *American Economic Review* 87 (mayo): 295-300.
- Tucker, J. 2001. *Scourge*. Nueva York: Atlantic Monthly Press.
- Wagstaff, A. 2000. *Research on Equity, Poverty and Health Outcomes: Lessons from the Developing World*. Washington, DC: Development Research Group and Human Development Network, The World Bank.
- Widdus, R. 2001. «Public-Private Partnerships for Health», *Bulletin of the World Health Organization* 79(8): 713-720.
- Wolfgang, M. 1997. *Prentice-Hall Encyclopedia of World Proverbs*. Nueva York: Prentice Hall.



## FUENTES DE DATOS

Base de datos de USAID

Base de datos de DFID

Base de datos en línea del CAD

Datos aportados por AfDB, BIAD, Banco Mundial, OMS, UNICEF, DFID, USAID

Datos sobre la financiación por donantes aportados por AfDB, ADB, BIAD, Banco Mundial, OMS, UNICEF, DFID, USAID

Base de datos OCDE CRS para todos los demás organismos bilaterales

## NOTAS SOBRE POLÍTICAS

Attaran, A. 2001. «Health as a Human Right», CMH Policy Memorandum No. 3. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.

Curtis, C. F. 2001 «The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bed-nets in a Community», CMH Policy Memorandum No. 4. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu/>.

Jamison, D. y J. Wang. 2001. «Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975–90», CMH Policy Memorandum. Disponible en <http://www.cid.harvard.edu>.



# GLOSARIO

**ADB: Banco Asiático de Desarrollo:** institución financiera multilateral para el desarrollo, propiedad de 59 estados miembros, cuya misión es reducir la pobreza en Asia y el Pacífico. Véase <http://www.adb.org>

**ADPIC: Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio:** como parte de la última Ronda (Ronda Uruguay) del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), celebrada en abril de 1994, 123 países firmaron el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Constituye un intento de reducir las diferencias en la manera de proteger los «derechos de propiedad intelectual» en el mundo (el derecho de los creadores a impedir que otros utilicen sus invenciones, diseños u otras creaciones). El Acuerdo ADPIC también tiene como finalidad someterlos a normas internacionales comunes. El Acuerdo ADPIC obliga a todos los signatarios a ofrecer protección durante un mínimo de 20 años a las patentes de invenciones nuevas y «no evidentes» en todas las esferas de la tecnología, incluidos los productos farmacéuticos. Es responsabilidad de la Organización Mundial del Comercio (OMC) velar por el cumplimiento de esas resoluciones.

**ADS: asistencia para el desarrollo en materia de salud:** ayuda económica aportada a los países en desarrollo para financiar sus actividades en materia de salud.

**AfDB: Banco Africano de Desarrollo:** banco regional multilateral para el desarrollo, propiedad de 77 países y comprometido con la promoción del desarrollo económico y el progreso social de los países miembros por medio de préstamos e inversiones de capital propio, del aporte de asistencia técnica para la planificación y realización de programas y proyectos de desarrollo, del fomento de la inversión de capital público y privado en pro del desarrollo, y de la respuesta a los países miembros que demandan ayuda para coordinar políticas y planes de desarrollo. Al banco también se le solicita que preste especial atención a los proyectos y programas nacionales y multinacionales en pro de la integración regional. Véase <http://www.afdb.org>

**AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia:** estrategia desarrollada por la OMS y el UNICEF. «La AIEPI es una estrategia integrada en pro de la salud infantil que se centra en el bienestar global del niño. La AIEPI aspira a reducir la mortalidad, las enfermedades y las discapacidades, y a fomentar un mejor crecimiento y desarrollo en los menores de 5 años. Comprende elementos preventivos y curativos cuya aplicación corre a cargo de las familias y las comunidades, así como de los establecimientos de atención de salud.» Véase <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

**AIF: Asociación Internacional de Fomento:** componente del Banco Mundial que presta dinero en condiciones muy favorables y concede préstamos a largo plazo a interés cero, y con tasas administrativas bajas, a los países más pobres del mundo en desarrollo. La misión de la AIF consiste en «financiar programas eficientes y eficaces para reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de sus países miembros más pobres». Véase <http://www.worldbank.org/ida/>

**AIR: aerosol de insecticida residual:** principal método para combatir a los mosquitos adultos en los hogares, consistente en la pulverización de las superficies internas de paredes y techos o tejados con un insecticida residual. El objetivo es que los mosquitos se posen sobre el depósito de insecticida y permanezcan el tiempo suficiente para absorber una dosis letal.

**Año de vida sana:** año de vida en el que el individuo no tiene problemas de salud.

**AOD: asistencia oficial para el desarrollo:** asistencia prestada al desarrollo y de la cual al menos el 25% debe consistir en una subvención o equivalente. Su principal objetivo ha de ser la promoción del desarrollo económico o el bienestar. Debe concederse a un país en desarrollo, según la definición del CAD.

**APN: atención prenatal:** atención de salud en el periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento.

**APP: asociación publicoprivada.**

**AVAD: años de vida ajustados en función de la discapacidad:** medida que considera la carga que representa una enfermedad para una población en años de vida perdidos y ajustados en función de su efecto sobre la salud de los que viven con la enfermedad. La finalidad de esta «ponderación» es tener en cuenta aspectos cualitativos y subjetivos de la enfermedad y la salud, y valorar las opiniones de la población sobre la importancia relativa de los diversos aspectos de la morbilidad.

**BCG: bacilo Calmette-Guérin:** cepa especial de bacilos tuberculosos utilizada como vacuna antituberculosa.

**BIAD: Banco Interamericano de Desarrollo:** institución multilateral para el desarrollo regional integrada por 46 países. El BIAD fue creado en diciembre de 1959 para «contribuir a impulsar el progreso económico y social de América Latina y el Caribe». Véase [http://www.iadb.org/exr/espanol/index\\_espanol.htm](http://www.iadb.org/exr/espanol/index_espanol.htm)

**Bien público:** un bien público se caracteriza por la imposibilidad de exclusión de sus beneficios y la ausencia de rivalidad en su consumo. La *imposibilidad de exclusión* supone que, cuando se suministra el bien, los beneficios, ya sean directos o externos, no pueden negarse a individuos o grupos mediante la exigencia del pago de una tasa o un precio. Por ejemplo, toda la comunidad mundial se beneficia hoy día de la erradicación de la viruela, y no se podría excluir a poblaciones o países de beneficiarse de ello mediante la institución de una tasa. La ausencia de rivalidad supone que el consumo de los beneficios de un bien o servicio por parte de un individuo, un grupo o un país no merma el beneficio que otros obtienen del mismo bien o servicio.

- BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento:** institución del Banco Mundial que concede préstamos y asistencia para el desarrollo a países de ingresos medios y a los países más pobres con capacidad de pago. Véase <http://www.bancomundial.org/birf.htm>
- BM: Banco Mundial:** institución financiera para el desarrollo, propiedad de 183 países. El Grupo del Banco Mundial es uno de los principales proveedores de asistencia para el desarrollo del mundo; en el año fiscal 2001 concedió préstamos por valor de US\$ 17 300 millones. Véase <http://www.worldbank.org>
- BPM: bienes públicos mundiales:** bienes cuyo carácter público (definido por la imposibilidad de exclusión de los beneficios y la ausencia de rivalidad en el consumo) se amplía a más de un conjunto de países o a más de una región geográfica.
- CAD: Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE:** el principal organismo a través del cual la OCDE aborda cuestiones sobre la cooperación con los países en desarrollo. El CAD «se concentra en cómo contribuye el desarrollo internacional a la capacidad de los países en desarrollo para participar en la economía mundial y la capacidad de las personas para superar la pobreza y participar plenamente en sus sociedades».
- Carga de morbilidad:** medida de la magnitud de un problema de salud en una zona. La información sobre la carga de morbilidad puede ayudar a orientar las inversiones en salud.
- CNMS: Comisión Nacional sobre Macroeconomía y Salud:** grupo oficial transitorio, creado en un país en desarrollo y responsable de organizar y dirigir la tarea de ampliar las intervenciones en materia de salud recomendadas por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. La CNMS, o su equivalente, estaría presidida conjuntamente por los ministerios de salud y economía, e incorporaría a representantes clave de la sociedad civil. El grupo evaluaría las prioridades nacionales en materia de salud, establecería una estrategia plurianual para ampliar la cobertura de los servicios de salud esenciales, tendría en cuenta las sinergias con otros sectores clave productores de salud y aseguraría la coherencia mediante un sólido marco de política macroeconómica. El plan se basaría en un aporte muy acrecentado de subvenciones internacionales. La Comisión Nacional trabajaría con la OMS y el Banco Mundial para trazar una referencia epidemiológica, objetivos operacionales cuantificados y un plan de financiación a medio plazo.
- Concesión obligatoria de licencia:** disposición del Acuerdo ADPIC que los países en desarrollo pueden invocar para lograr el acceso a medicamentos patentados. Autoriza y establece las condiciones bajo las que un tercero puede fabricar, utilizar o vender una invención patentada sin el consentimiento del propietario de la patente.
- CRS: síndrome de la rubéola congénita:** enfermedad en la que el virus de la rubéola pasa de la embarazada infectada a su hijo y provoca en éste discapacidades físicas y mentales.

**DELP: documento de estrategia de lucha contra la pobreza:** este documento proporciona los fundamentos para la ayuda concedida por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, así como el alivio de la carga de la deuda al amparo de la iniciativa PPME. Los DELP deben formularlos los propios países, tienen que ser de ámbito general, estar orientados al establecimiento de asociaciones y ser participativos. Un país sólo necesita redactar un DELP cada tres años, pero su contenido puede modificarse mediante la publicación de un informe anual sobre los progresos realizados.

**DFID: Departamento para el Desarrollo Internacional, Reino Unido:** departamento del Gobierno británico, responsable de «promover el desarrollo y la reducción de la pobreza. Su actividad se centra en el compromiso de alcanzar el objetivo, acordado internacionalmente, de reducir a la mitad para el año 2015 la proporción de personas que viven en la extrema pobreza. Otro objetivo conexo es el aseguramiento de la atención de salud básica y del acceso universal a la educación primaria para la misma fecha». Véase <http://www.dfid.gov.uk/>

**DOTS, estrategia de tratamiento bajo observación directa:** estrategia aplicada al tratamiento de la tuberculosis y en la cual los agentes de atención de salud observan directamente a los pacientes cuando toman los medicamentos. El objetivo es tratar a los pacientes observando directamente cómo toman los medicamentos durante los dos primeros meses, como mínimo, con el fin de asegurarse de que los tomen en las combinaciones adecuadas y a las dosis correctas, para tratar de controlar y reducir la incidencia de la tuberculosis multirresistente. Se espera que el tratamiento bajo observación directa prevenga el 80% de las defunciones por tuberculosis.

**DPT:** vacuna combinada que protege frente a la difteria, la tos ferina y el tétanos. En muchos países en desarrollo, la vacunación completa frente a estas enfermedades exige administrar tres dosis de la vacuna. A menudo, éstas se denominan DPT 1, DPT 2 y DPT 3.

**Enfermedad de Chagas:** infección causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* Chagas, transmitido por insectos denominados *triatominos* (*chinchas besadoras* o *vinchucas*). Estos insectos son muy frecuentes en América Central y del Sur, en donde ocupan casas y chozas mal construidas. La enfermedad afecta a los nervios del corazón, el aparato digestivo y otros órganos, a los que acaba dañando. La enfermedad de Chagas afecta a más de 15 millones de personas en el mundo y causa 50 000 defunciones anuales. Los investigadores creen que el parásito responsable sólo se halla en las Américas.

**Enfermedad del sueño africana:** véase tripanosomiasis.

**ENT: enfermedades no transmisibles:** enfermedades que no pueden transmitirse de unas personas a otras (el asma, por ejemplo).

**EO: enfermedades oportunistas:** enfermedades potencialmente mortales que pueden contraer las personas con SIDA. Las personas con sistemas inmunitarios sanos no suelen padecerlas, aunque la mayoría albergan en su organismo los agentes

responsables. Sólo cuando el sistema inmunitario está alterado pueden los microorganismos aprovechar la «oportunidad» que les brinda este estado de debilidad y causar lesiones.

**EPV: enfermedad prevenible mediante vacunación.**

**Esquistosomiasis:** la esquistosomiasis, también conocida como *bilharziasis*, es una parasitosis fundamentalmente tropical, causada por las larvas de uno o más tipos de platelmintos trematodos conocidos como esquistosomas. Existen cinco especies de esquistosomas, prevalentes en distintas zonas del mundo, que producen síntomas ligeramente distintos. La esquistosomiasis intestinal, causada por *Schistosoma japonicum*, *S. mekongi*, *S. mansoni* y *S. intercalatum*, puede cursar con graves complicaciones hepáticas y esplénicas. La esquistosomiasis urinaria se debe a *S. haematobium*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la infección afecta a 200 millones de personas, y que 120 millones presentan síntomas. Otros 600 millones de personas corren el riesgo de contraer esta parasitosis.

**Estrategia vertical:** estrategia categorizada de intervención frente a una enfermedad determinada.

**Estudio CDE: estudio del costo de la enfermedad:** estudio que detalla, evalúa y suma los costos de un determinado problema de salud, con objeto de dar una idea de la carga económica que supone.

**EVN: esperanza de vida al nacer:** número promedio de años que puede esperarse que vivan los recién nacidos sobre la base de las condiciones de salud del momento. Este indicador refleja las condiciones medioambientales del país, la salud de sus habitantes, la calidad de la atención que reciben cuando están enfermos y sus condiciones de vida.

**Fijación diferencial de precios:** venta del mismo producto con precios diferentes a compradores distintos.

**Filariasis:** la filariasis está causada por nematodos alojados en los vasos linfáticos y el tejido subcutáneo. Las formas más importantes son la filariasis linfática, también conocida como *elefantiasis* (causada por *Wuchereria bancrofti* y *Brugia malayi*), y la oncocercosis, también conocida como *ceguera de los ríos* (causada por *Onchocerca volvulus*). La filariasis linfática se transmite por los mosquitos; se estima que afecta a 120 millones de personas en las regiones tropicales y ha sido clasificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la segunda causa de discapacidad permanente en el mundo. Los nematodos responsables de la oncocercosis son transportados por un simúlido (mosquito negro) que habita las orillas fértiles de los ríos. A menudo, esas zonas quedan desiertas por temor a la ceguera. La oncocercosis constituye un obstáculo importante para el desarrollo socioeconómico.

**Filariasis linfática:** también conocida como *elefantiasis*. Véase Filariasis.

**FMAM: Fondo para el Medio Ambiente Mundial:** fondo creado en 1991 para forjar la cooperación internacional y financiar acciones destinadas a hacer frente a cuatro amenazas fundamentales para el medio ambiente mundial: la pérdida de la biodiversidad, el cambio climático, la degradación de las aguas internacionales y la disminución de la capa de ozono. Véase <http://www.gefweb.org>

**Fuga de cerebros:** éxodo de profesionales de un país en el que generalmente los indicadores socioeconómicos son bajos, para lograr un mejor estatus económico y social trabajando en otro país.

**GATT: Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio:** el GATT, predecesor de la OMC, se creó como organismo provisional después de la Segunda Guerra Mundial, en la estela de otras nuevas instituciones multilaterales dedicadas a la cooperación económica internacional—en particular las instituciones de Bretton Woods conocidas hoy día como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Constituyó la base del sistema de comercio multilateral desde 1947 hasta la creación de la OMC el 1 de enero de 1995.

**GAVI: Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización:** alianza de organismos multinationales y bilaterales, bancos internacionales para el desarrollo, fundaciones, industria farmacéutica, organizaciones no gubernamentales y programas nacionales de salud, constituida en 1999 «para hacer frente a la progresiva mengua del interés y acrecentar el apoyo a las inmunizaciones». Véase <http://www.vaccinealliance.org>

**CGIAI: Grupo Consultivo sobre Investigación Agrícola Internacional:** asociación que apoya la investigación agrícola y otras actividades consideradas bienes públicos internacionales. El CGIAI está integrado por 16 centros de investigación autónomos, bajo el copatrocinio del Banco Mundial, la FAO y el PNUD. Véase <http://www.cgiair.org>

**GFATM: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo:** fondo creado después del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/SIDA en junio del año 2001. Su finalidad es servir de medio para la movilización, la gestión y el desembolso de recursos nuevos y suplementarios, destinados a afrontar los desafíos planteados por las graves epidemias de la tuberculosis y el paludismo, y a la importante amenaza que supone el VIH/SIDA.

**GHRF: Fondo Mundial de Investigaciones en Salud:** nuevo fondo para la investigación en materia de salud, promovido por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Es uno de los principales cauces recomendados por la Comisión para impulsar la investigación y el desarrollo en materia de salud, con desembolsos aproximados de US\$ 1500 millones anuales. Este fondo financiaría la investigación fundamental y aplicada en biomedicina y ciencias de la salud sobre los problemas de salud que afectan a los pobres del mundo y sobre las políticas y sistemas de salud necesarios para hacerles frente. Un objetivo básico del GHRF consistiría en desarrollar



la capacidad de investigación a largo plazo en los propios países en desarrollo, mediante la financiación vital de grupos de investigación en los países de bajos ingresos.

**Grupos basados en la fe:** organizaciones que dispensan servicios de asistencia social al amparo de la disposición Charitable Choice de The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act de 1996, que impide al gobierno federal de los Estados Unidos atentar contra el carácter religioso de cualquier organización que administre la provisión de servicios de asistencia social. La ley establece la independencia de estas organizaciones religiosas con relación a todos los niveles de la administración del Estado; por ejemplo, permite a los grupos basados en la fe la discriminación por motivos religiosos.

**HepB: Hepatitis B:** la hepatitis es una «inflamación del hígado» que puede obedecer a muchas causas, como virus, infecciones bacterianas, traumatismos, reacciones adversas a medicamentos o alcoholismo. La hepatitis B se transmite fundamentalmente a través de la sangre, de las relaciones sexuales sin protección, de las jeringuillas compartidas y de la embarazada infectada a su hijo durante el parto.

**HIB/HiB: *Haemophilus influenzae* B:** causa frecuente de infecciones bacterianas (p. ej., meningitis, septicemias, neumonías, artritis) en lactantes y niños pequeños.

**HRP: Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana:** el programa es fruto de un esfuerzo conjunto del PNUD, el FNUAP, la OMS y el Banco Mundial, y fue creado en 1972 por la OMS. Sigue existiendo como entidad integrada en el departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS.

**I+D: Investigación y desarrollo.**

**IAR: Infección aguda del aparato respiratorio.**

**IFPMA: Federación Internacional de la Industria del Medicamento:** organización no gubernamental sin ánimo de lucro, cuyos miembros son asociaciones regionales y nacionales que representan a compañías farmacéuticas basadas en la investigación y a otros fabricantes de medicamentos de venta con receta. Sus objetivos consisten en «abordar las cuestiones de interés común (p. ej., legislación en materia de salud, ciencia, investigación) para contribuir al fomento de la salud y el bienestar de los pueblos del mundo; promover y respaldar el desarrollo permanente de prácticas y principios éticos en toda la industria farmacéutica; aportar su pericia y colaboración a las organizaciones nacionales e internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que compartan los mismos objetivos; coordinar los esfuerzos de los Miembros para cumplir estos objetivos». Véase <http://www.ifpma.org>

**IV: Iniciativa para la investigación de vacunas:** iniciativa OMS/ONUSIDA encaminada a aunar los diversos programas de investigación de vacunas de la OMS y del ONUSIDA para racionalizar estas actividades, maximizar las sinergias y precisar su orientación. Su misión consiste en guiar, habilitar y favorecer el desarrollo, la

evaluación clínica y el acceso mundial a vacunas seguras, eficaces y asequibles frente a infecciones de importancia para la salud pública, especialmente en los países en desarrollo.

**Iniciativa PPME:** el Banco Mundial describe su **Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados** como un programa cuyo objetivo principal es aliviar el peso de la deuda de los países hasta niveles sostenibles; está condicionada a un desempeño satisfactorio de las políticas, para asegurar que los esfuerzos de ajuste y reforma no se vean amenazados por la carga de una deuda permanentemente elevada y sus correspondientes servicios. La Iniciativa supone un acuerdo entre los acreedores oficiales para ayudar a los países más endeudados a lograr un alivio de la carga de la deuda.

**ITS: infecciones de transmisión sexual:** infecciones que se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual. Por contacto sexual se entiende el coito, aunque no exclusivamente. En algunos casos, basta el contacto íntimo, piel con piel, para que se produzca el contagio. Son ejemplos de ITS las infecciones debidas al VIH, al virus del papiloma humano (VPH) o al virus del herpes (HSV), así como las clamidiasis, la gonococia y las tricomoniasis.

**Leishmaniasis:** bajo esta denominación se agrupan varias enfermedades distintas debidas a la infección por un protozoo (microorganismo constituido por una sola célula). Los protozoos que causan la leishmaniasis son transportados por el flebótomo, un mosquito hematófago. La evolución de la enfermedad depende del tipo concreto de protozoo, así como de la reacción que provoca en el sistema inmunitario del paciente. En el mundo, la leishmaniasis afecta a 20 millones de personas aproximadamente.

**Lepra:** enfermedad crónica debida a la infección por un bacilo acidorresistente del género *Mycobacterium* (*M. leprae*). Se caracteriza por la formación de nódulos en la superficie del cuerpo, especialmente en el rostro, o por la aparición de máculas tuberculoides en la piel, acompañadas de pérdida de sensibilidad. Si la enfermedad no se trata, se afectan los nervios y el paciente termina sufriendo parálisis, adelgazamiento de los músculos, deformidades y mutilaciones. En el año 2000 se registraron 680 000 casos, y se estima que el total de casos de lepra en el mundo asciende a 1,6 millones.

**Ley de medicamentos huérfanos:** los medicamentos huérfanos son los desarrollados al amparo de la Orphan Drug Act (1983) de los Estados Unidos de América, para tratar enfermedades que afectan a menos de 200 000 personas en este país. Esa ley ofrece ventajas fiscales y un monopolio de siete años sobre las ventas del medicamento, para alentar a las empresas a emprender el desarrollo y la fabricación de estos medicamentos que, de otro modo, podrían no resultar rentables debido a su exiguo mercado potencial.

**Lucha antivectorial:** eliminación o contención de un organismo (por ejemplo, un insecto) que transmite un agente patógeno (como una bacteria o un virus) de un organismo a otro.

**Medicamentos esenciales:** fármacos/medicamentos que satisfacen las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población; por consiguiente, deben estar disponibles en todo momento en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas adecuadas y a un precio asequible para los individuos y la comunidad. Muchos de estos fármacos/medicamentos son demasiado caros para ser adquiridos por los países en desarrollo. Otros tratamientos capaces de salvar la vida no están disponibles porque los fabricantes han dejado de producirlos, al no resultarles suficientemente rentables.

**MII: mosquiteros de cama impregnados con insecticida:** los estudios han demostrado que, en las zonas con paludismo endémico, el uso habitual de mosquiteros de cama impregnados con insecticida puede reducir la mortalidad infantil en un 20% o más. Los casos graves de paludismo pueden reducirse hasta en un 50%.

**MMR:** vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

**MRC: Medical Research Council:** organismo británico para la investigación cuyo objetivo es «mejorar la salud mediante la promoción de las investigaciones en todas las esferas de la medicina y las ciencias conexas. Cuenta con tres cauces fundamentales de apoyo a la investigación médica: sus centros de investigación, las subvenciones a científicos a título individual y las ayudas a estudiantes de postgrado». Véase <http://www.mrc.ac.uk/>

**MTI: mosquitero de cama tratado con insecticida:** véase MII.

**NIH: Institutos Nacionales de la Salud:** uno de los ocho organismos que integran los Servicios de Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. Realiza y financia investigaciones, forma a investigadores y comunica información médica. Véase <http://www.nih.gov>

**OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos:** organismo internacional integrado fundamentalmente por países de ingresos altos, que ayuda a los gobiernos a afrontar los retos económicos, sociales y de gobernanza de una economía globalizada.

**OCP: Programa de Lucha contra la Oncocercosis:** programa de la OMS para luchar contra la oncocercosis (ceguera de los ríos) en África occidental. Véase <http://www.who.int/ocp/>

**ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio:** objetivos aprobados en la Declaración del Milenio de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Se centran en siete esferas: pobreza, seguridad alimentaria y nutrición, salud y mortalidad, salud reproductiva, educación, igualdad de género y capacitación femenina, y medio ambiente.

**OMA: Operación Medicamentos Antipalúdicos:** asociación publicoprivada de organizaciones mundiales de salud pública, la industria farmacéutica, ministerios gubernamentales, centros de investigación y fundaciones, cuya finalidad es desarrollar nuevos medicamentos antipalúdicos eficaces y asequibles.

**OMC: Organización Mundial del Comercio:** «El único organismo internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países. Su principal propósito es asegurar que las corrientes comerciales circulen con la máxima facilidad, previsibilidad y libertad posible.» Véase <http://www.wto.org>

**OMS: Organización Mundial de la Salud:** organismo especializado de las Naciones Unidas que se ocupa de las cuestiones relativas a la salud en sus 191 Estados Miembros. La OMS brinda cooperación técnica para la salud en los países, lleva a cabo programas de lucha y erradicación de enfermedades, y se esfuerza por mejorar la calidad de la vida humana.

**Oncocercosis:** se conoce también como *ceguera de los ríos* y es un tipo de filariasis (véase Filariasis).

**ONG: organizaciones no gubernamentales:** organizaciones privadas sin ánimo de lucro cuya actividad se orienta a aliviar el sufrimiento, promover los intereses de los pobres, proteger el medio ambiente, dispensar servicios sociales básicos o desarrollar comunidades. Con frecuencia, las ONG se distinguen de otras organizaciones en el hecho de que tienden a operar con independencia de los gobiernos, se basan en valores y se guían por los principios de altruismo y voluntariado.

**ONU: Organización de las Naciones Unidas:** organización internacional creada en 1945 para preservar la paz, resolver problemas internacionales y promover los derechos humanos por medio de la cooperación internacional y la seguridad colectiva. Véase <http://www.un.org>

**ONUDI: Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial:** organismo de las Naciones Unidas que centra sus esfuerzos en reducir la pobreza impulsando el crecimiento de la productividad en los países en desarrollo y los países con economías de transición. Véase <http://www.unido.org>

**OPBI: otros países de bajos ingresos:** países que, no siendo países menos adelantados, tienen un PNB por habitante inferior a US\$ 765 en 1995, según la lista del CAD de países receptores de ayudas utilizada para los años 1997–1999.

**OPV: vacuna antipoliomielítica oral.**

**Organismo bilateral:** organismo gubernamental de un país desarrollado que trabaja directamente con organismos nacionales de países en desarrollo, por lo común proporcionando asistencia en áreas como la salud y educación. Son ejemplos de organismos bilaterales los siguientes: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI), Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI) y Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA).

**Organismo multilateral:** organismo integrado por más de dos países o partes interesadas. Los organismos multilaterales de crédito son el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo.

**Pago de honorarios:** pago directo de los costos por el usuario en el momento de hacer uso de los servicios de atención de salud.

**PAI: Programa Ampliado de Inmunización:** programa lanzado por la OMS en 1974 con el propósito de inmunizar a los niños del mundo frente a seis enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis.

**País menos adelantado:** en 1997, las Naciones Unidas y la lista del CAD de países receptores de ayudas elaboraron una relación de 48 países considerados los «países menos adelantados». El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas revisa la lista cada tres años. Para su incorporación a la lista, un país ha de satisfacer tres criterios de inclusión: bajos ingresos, medidos como el producto interior bruto (PIB) por habitante (en el año 2001, el umbral de los ingresos bajos era un PIB por habitante inferior a US\$ 800); recursos humanos escasos, medidos según un índice compuesto (índice ampliado de la calidad física de la vida) basado en indicadores de esperanza de vida al nacer, ingesta de calorías por habitante, escolarización combinada primaria y secundaria, y alfabetización de la población adulta; y un bajo nivel de diversificación económica, medido por un índice compuesto (índice de diversificación económica) basado en la participación de la manufactura en el PIB, la participación de la población activa en la industria, el consumo anual de energía comercial por habitante y el índice de concentración de la exportación de mercancías, establecido por la UNCTAD.

**Paludismo:** parasitosis tropical que mata a más personas que cualquier otra enfermedad transmisible, excepto la tuberculosis. El paludismo es transmitido por la picadura del mosquito *Anopheles* y, con un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto, puede curarse. Cursa con fiebre alta, intensos escalofríos, esplenomegalia, vómitos repetidos, anemia e ictericia.

**PAV: pruebas y asesoramiento voluntarios.**

**PBI: países de bajos ingresos:** países con ingresos anuales por habitante inferiores a US\$ 765 en 1995, según la lista del CAD de países receptores de ayudas utilizada para los años 1997–1999. En la clasificación del CAD, los PBI comprenden los países menos adelantados y los OPBI.

**PIA: países de ingresos altos:** países con un PNB anual por habitante superior a US\$ 9385 en 1995, según la lista del CAD de países receptores de ayudas utilizada para los años 1997–1999.

**PIMA: países de ingresos medios-altos:** países con un PIB por habitante comprendido entre US\$ 2996 y US\$ 9265.

**PIMB: países de ingresos medios-bajos:** países con un producto nacional bruto por habitante equivalente a más de US\$ 756 pero menos de US\$ 2995 (1999). Su nivel de vida es más elevado que el de los países de ingresos bajos, y la población tiene acceso a más bienes y servicios, pero muchas personas siguen sin poder cubrir sus necesidades básicas.

**PN: población necesitada:** individuos a los que está destinado un programa de prevención de una enfermedad o de intervención asistencial.

**PNB: producto nacional bruto:** valor de la producción final de bienes y servicios de un país en un año. Puede calcularse sumando la cantidad de dinero gastada en la producción final de bienes y servicios de un país o totalizando los ingresos de todos los ciudadanos de un país, incluidos los procedentes de factores de producción utilizados en el extranjero.

**PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo:** es, dentro de las Naciones Unidas, la fuente principal de asesoramiento, promoción y subsidios en lo concerniente al desarrollo. Véase <http://www.undp.org>

**PPA (US\$): paridad del poder adquisitivo (dólares ajustados):** método para determinar el poder adquisitivo relativo de las monedas de distintos países con relación a los mismos tipos de bienes y servicios. Dado que los bienes y servicios pueden costar más en un país que en otro, la PPA nos permite efectuar comparaciones más precisas entre los niveles de vida de unos países y otros. En las estimaciones de la PPA se comparan precios de productos comparables, pero éstos no se corresponden exactamente de unos países a otros y de unos momentos a otros, por lo que dichas estimaciones no siempre son «robustas».

**Sistema CAC: sistema cercano al cliente:** parte del sistema de salud integrada por los hospitales básicos, los centros de salud y los puestos de salud, y en la que se dispensa atención de salud a la comunidad.

**Sistema de financiación por la comunidad:** sistema en el que la comunidad allega fondos y comparte riesgos; está integrado por los destinatarios y las instancias decisorias y gestoras.

**SWAp: enfoque sectorial:** estrategia de asistencia para el desarrollo en la que un grupo de países donantes y un país receptor planifican conjuntamente un paquete de inversiones destinadas a un sector determinado (como el sector de la salud) y se comprometen a llevarlas adelante. En algunos casos se establece un fondo para subvencionar todo el paquete, al que contribuyen los países donantes y al que recurren los países receptores para sus gastos. Esta estrategia facilita la integración de los proyectos de los donantes en los planes de desarrollo de los países receptores, mejora la coordinación de la asistencia aportada por los donantes, fomenta el desarrollo de capacidades y puede acrecentar el nivel de financiación en esferas hasta entonces descuidadas dentro de un sector determinado.

**TAR: tratamiento antirretrovírico:** tratamiento con medicamentos antirretrovíricos. Los medicamentos antirretrovíricos previenen la reproducción de un tipo de virus denominado retrovirus. Se emplean en el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), porque el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa la enfermedad es un retrovirus. Estos medicamentos no curan las infecciones por el VIH, pero pueden reducir al mínimo los trastornos que éste ocasiona, como las infecciones oportunistas que, de otro modo, provocarían rápidamente la muerte.

**TARGA: tratamiento antirretrovírico de gran actividad:** tratamiento antirretrovírico, basado en una combinación de fármacos antirretrovíricos y utilizado en el tratamiento del SIDA, del que es razonable esperar que reduzca la carga vírica a  $< 50$  c/ml en pacientes que lo reciben por primera vez.

**Tasa de fecundidad (total):** número promedio de hijos que una mujer tendrá durante su vida. La tasa de fecundidad total de los países en desarrollo tiende a valer entre dos y siete; en los países industrializados suele ser inferior a dos.

**Tasa de mortalidad materna:** número de defunciones maternas por cada 100 000 mujeres en edad fértil (15–49 años).

**Tasa de mortalidad perinatal:** número de defunciones intrauterinas después de la 28ª semana de embarazo, más las defunciones en la primera semana de vida, dividido por el número total de nacimientos. Suele referirse a un año.

**Tasa de mortalidad:** tasa de defunciones por habitante de una población. (Véase también TML, tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad perinatal.)

**TB: tuberculosis:** infección bacteriana crónica o aguda que afecta a los pulmones pero puede también causar lesiones en los riñones, los huesos, los ganglios linfáticos y el cerebro. La enfermedad es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria con forma de bastoncillo. La mitad de los casos de TB no tratados son mortales. La tuberculosis mata cada año a dos millones de personas. La OMS predice que, entre el año 2000 y el 2020, casi 1000 millones de personas se infectarán con la bacteria de la TB y 35 millones morirán de esta enfermedad.

**TDR: Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales:** programa mundial independiente de colaboración científica. Fue creado en 1975 y está copatrocinado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es coordinar, respaldar y orientar las iniciativas mundiales encaminadas a luchar contra diez enfermedades de primera importancia que afectan a los pobres y desfavorecidos.

**TML: tasa de mortalidad de lactantes:** número de lactantes que mueren antes de cumplir un año por cada 1000 nacidos vivos. Cuanto más baja es la tasa, menor es el número de defunciones de lactantes y, por lo general, mayor es el nivel de atención de salud del país.

**Trampa de la pobreza:** pobreza persistente.

**Transición demográfica:** teoría que relaciona los cambios poblacionales con niveles de desarrollo económico, y según la cual las poblaciones pasan de una situación caracterizada por tasas de natalidad y mortalidad altas a otra en la que ambas tasas son bajas como consecuencia de la mejora del nivel de vida. En el estadio intermedio de la transición, cuando las tasas de mortalidad son bajas pero las de natalidad permanecen altas, las poblaciones pueden expandirse rápidamente durante varios decenios o más.

**Tratamiento de rehidratación oral:** tratamiento de la diarrea consistente en la ingesta de una solución especial de sales y glucosa para reponer las pérdidas debidas a deposiciones blandas o acuosas.

**Tripanosomiasis:** enfermedad causada por los tripanosomas, protozoos parásitos. La infección por tripanosomas provoca trastornos neurológicos que se manifiestan por síntomas de letargia crónica (de ahí que la enfermedad se denomine también *enfermedad del sueño africana*). Sin tratamiento, la enfermedad siempre es mortal. Se transmite al ser humano por la picadura de la mosca tsetsé, del género *Glossina*. La enfermedad del sueño representa una amenaza diaria para más de 60 millones de hombres, mujeres y niños de 36 países del África subsahariana, de los que 22 se cuentan entre los países menos adelantados del mundo. Repercute enormemente en el desarrollo de regiones enteras al mermar la población activa y poner trabas a la producción y la capacidad de trabajo.

**UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia:** organismo del sistema de las Naciones Unidas cuyo mandato consiste en defender los derechos de los niños y ayudar a que se atiendan sus necesidades. Véase <http://www.unicef.org>

**USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional:** organismo independiente, perteneciente al gobierno federal de los Estados Unidos de América, que fomenta el crecimiento equitativo y duradero, e impulsa los objetivos de política exterior de los Estados Unidos mediante la ayuda al crecimiento económico y al desarrollo agrícola, la salud mundial, la prevención de los conflictos y la asistencia al desarrollo. Véase <http://www.usaid.gov>

**VIH/SIDA: virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida:** retrovirus aislado e identificado como el agente etiológico (que causa o contribuye a causar una enfermedad) del SIDA, que es la manifestación más grave de la infección por el VIH. Las personas que viven con SIDA contraen a menudo infecciones de los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos, y en muchos casos sufren una pérdida de peso debilitante, diarrea y un tipo de cáncer denominado sarcoma de Kaposi.