

EL FUTURO DE LA COOPERACIÓN EN SALUD

María C. Vázquez Torres

Médica. Responsable del servicio médico MSF-E (Médicos sin fronteras). Barcelona

“Cooperar: Obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin”

INTRODUCCIÓN:

La población mundial se enfrenta con serios e importantes problemas de salud, agravados cuando hablamos de la salud de la población de los países en desarrollo

El futuro de la cooperación en salud, desde el espacio que ocupa una ONG cuyo ámbito de acción es el sanitario, pasa por abordar estos problemas de salud, desarrollando programas sanitarios sobre el terreno que incidan en ellos, ya sea con enfoque asistencial o preventivo, o con ambos a la vez; ideando estrategias encaminadas a la consecución de la mejora de la salud de las poblaciones y haciendo frente a las posibles situaciones de emergencia que se produzcan.

Esta ponencia no trata, por tanto, de entrar en el dominio de consideraciones políticas, de distribución mundial de la riqueza y en los propios países beneficiarios de estos programas, de confrontar la cooperación bilateral con la de las ONG, ni de profundizar en la distribución de los presupuestos de los gobiernos en materia de salud y educación.

Desde el punto de vista de una ONG operacional, el futuro estará marcado por las condiciones de salud de las poblaciones beneficiarias de los programas; y en aras de una cooperación efectiva y eficiente, debe tener en cuenta una serie de elementos clave en este proceso, tales como la cualificación del personal que trabaja en los programas de cooperación, tanto extranjero como nacional, la implicación efectiva de las contrapartes nacionales en los programas sanitarios y la eficiencia de las acciones.

I. SITUACIÓN SANITARIA MUNDIAL

Si se da un breve repaso a la situación mundial de los últimos años en términos de salud, la primera dificultad encontrada es la disponibilidad de la información sanitaria, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Esta limitación es fruto de la dificultad inherente a la recogida de información de salud, ya sea morbilidad o mortalidad, en sus lugares de origen, de los canales de comunicación (notificación a instituciones nacionales e internacionales) y del análisis de la misma.

Tendremos en cuenta, a partir de este momento, la clasificación del Banco Mundial por grupos de países según sus ingresos. De esta clasificación resultan 4 grandes grupos¹:

- Países de ingreso bajo cuyo PNB per cápita promedio es de 350\$.
- Países de ingreso mediano, cuyo PNB se sitúa en los 2.480\$
- Países de ingreso mediano alto con un PNB per cápita de 3.530\$; y
- Países de ingreso alto que alcanzan los 21050\$ de PNB per cápita

Al revisar algunos indicadores de salud, se observa que la **Esperanza de vida al nacer** oscila desde los 62 años para los países de ingreso bajo a los 77 años en los de ingreso alto.

Si se desglosan los grupos de países de ingreso mediano y bajo en los diferentes subgrupos que conforman la esperanza de vida al nacer, se observa lo siguiente:

- Africa Subsahariana: 51 años
- Asia Oriental y Pacífico: 68
- Asia Meridional: 59
- Oriente Medio y Norte de África: 64
- América Latina y el Caribe: 68
- Europa y Asia Central: 70

Las proyecciones realizadas sobre **Crecimiento anual medio de la población** para el periodo de tiempo 1991-2000 arrojan las cifras siguientes:

- Ingreso bajo: 1.8% de promedio de crecimiento anual
- Ingreso mediano: 1.5 %
- Ingreso mediano alto: 1.1%
- Ingreso alto: 0.5%

Sin embargo, al observar este reparto por áreas geográficas, podemos encontrar que en África Subsahariana el promedio anual alcanza el 3%, seguido por Oriente Medio y Norte de África, con 2,9%; y el conjunto de países que componen Asia Meridional tiene 1.9% de crecimiento anual medio.

En cuanto a las estadísticas vitales por grupos de países, se observan en la tabla siguiente

Tabla 1. Indicadores demográficos por grupos de países¹

| | T. Bruta Natalidad (x 1000) | T. Bruta Mortalidad (x 1000) | T. Mortalidad Infantil (x 1000 ²) | Nº Habitante / Médico | Población Urbana (% sobre total) | T. Mortalidad < 5 Años (Niños) (x 1000) | T. Mortalidad Materna x100000 ³ |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|-------------------------------------|---|---|
| I. Bajo | 30 | 10 | 71 | 6760 | 39 | 104 | 308 |
| I. Mediano | 25 | 8 | 38 | 2060 | 62 | 54 | 107 |
| África Subsahariana | 46 | 16 | 104 | 23540 | 29 | 186 | 686 |
| Asia Oriental y Pacífico | 24 | 7 | 42 | 6170 | 52 | 58 | 195 |
| Asia Meridional | 32 | 11 | 92 | 2930 | 26 | 127 | 444 |
| Europa y Asia Centrales | 17 | 10 | 26 | 420 | 64 | 35 | 60 |
| Oriente Medio y Norte África | 38 | 8 | 60 | 2240 | 55 | 84 | 151 |
| América Latina y Caribe | 26 | 7 | 44 | 1180 | 72 | 58 | 162 |
| I. Mediano-Alto | 21 | 8 | 34 | 640 | 73 | 46 | 104 |
| I. Alto | 13 | 9 | 8 | 420 | 77 | 11 | .. |

Fuente. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud. Banco Mundial . 1993

En cuanto a la proporción de analfabetismo, que merece mención especial por estar claramente evidenciada la relación positiva que se establece entre el nivel de educación de la población y su estado de salud, encontramos que oscila entre el 40% de la población total en los países de ingreso bajo y el 4% en los países de ingreso alto. Este porcentaje es peor si hablamos de las mujeres (52 52 % y 5% respectivamente).

En lo que respecta a la mortalidad, se agrupan las principales causas de muerte en:

GRUPO I: Enfermedades transmisibles: maternas, perinatales y condiciones nutricionales

GRUPO II: Enfermedades no transmisibles

GRUPO III: Traumas (violencia, heridas...)

¹ En la mayoría de casos se refieren a promedios. Los indicadores corresponden en su mayoría a cifras correspondientes a 1991.

² X 1000 nacidos vivos

³ x 100000 nacidos vivos

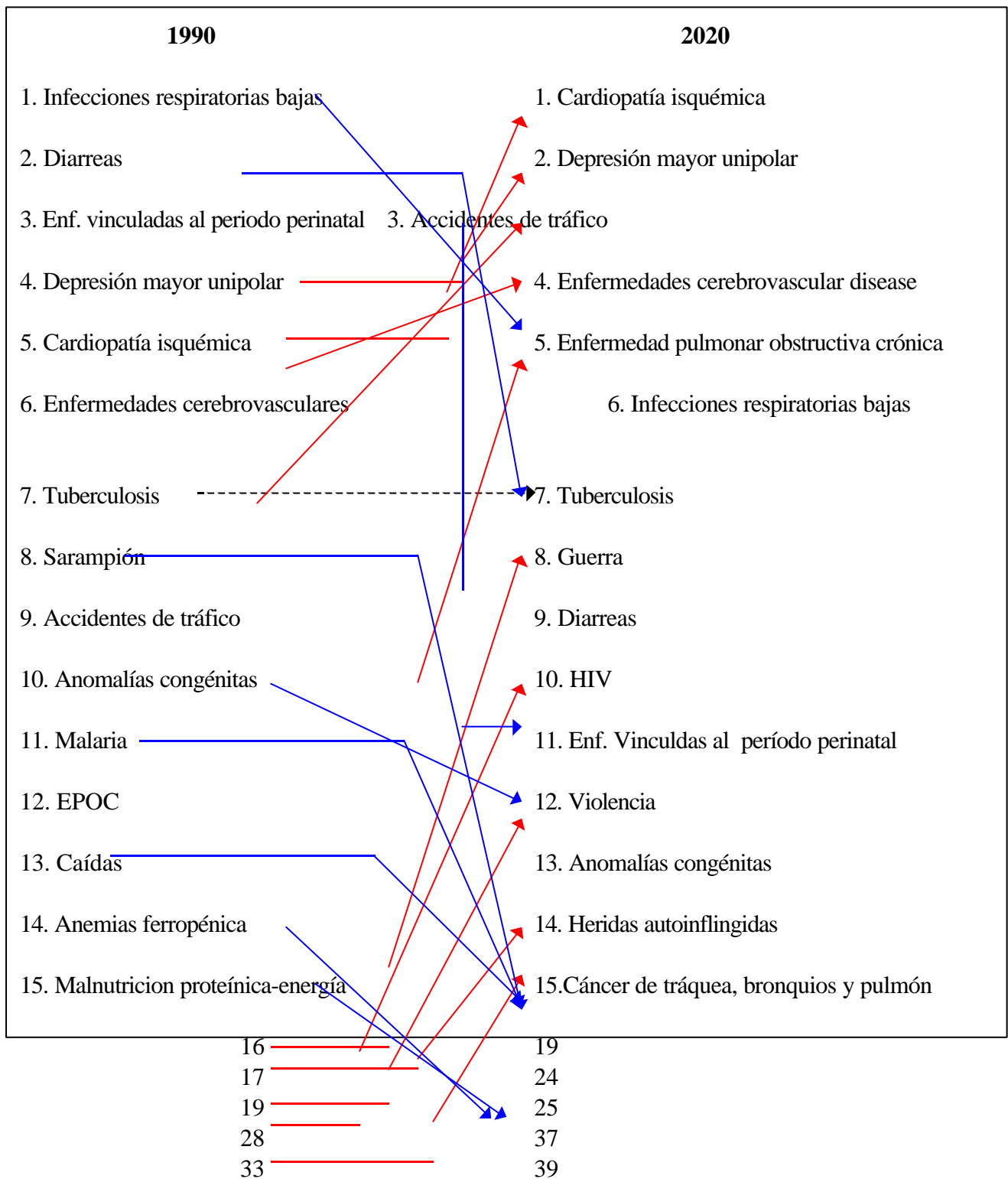
Tabla 2. Principales causas de muerte. Reparto por regiones 1990ⁱⁱ

| | REGIONES EN DESARROLLO | REGIONES DESARROLLADAS |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| GRUPO I | 41.9% | 6.1% |
| GRUPO II | 10.7% | 86.2% |
| GRUPO III | 47.4% | 7.6% |

Sin embargo, se prevé un cambio en el orden de peso entre las causas principales de enfermedad en el mundo. En 1990, entre las principales causas de morbilidad se encontraban las infecciones respiratorias bajas, enfermedades diarreicas y enfermedades vinculadas al periodo perinatal; y las previsiones realizadas para el 2020 sitúan a la enfermedad isquémica cardíaca, la depresión unipolar y los accidentes de tráfico como las principales causas de morbilidad.

Conviene reseñar que en estas previsiones se incluyen entre las 15 primeras causas esperadas para el 2020, las siguientes: guerra, HIV, violencia y cáncer, que en los 90 no ocupaban estas posiciones, manteniéndose las causas infecciosas entre las 15 primeras.

Fig1. Cambios de orden entre las 15 causas principales de enfermedad , en el mundo 1990-2020ⁱⁱⁱ



DISCUSIÓN

I. El futuro de la cooperación en salud pasa por abordar los problemas de salud de la población mundial y específicamente de los países en desarrollo

Una vez hecho este breve repaso a la situación mundial en salud, es obvio algo que ya se intuía al inicio; la situación de salud de la población que vive en los países en desarrollo es claramente precaria, entre ellos el grupo de países del Africa Subsahariana el que refleja los peores indicadores.

La evolución futura es preocupante si tenemos en cuenta que los conflictos bélicos, los episodios y situaciones de conflictividad social y las graves crisis económicas han estado muy presentes en los últimos años en estas regiones. Esto contribuye claramente al empeoramiento de la situación sanitaria de su población y, desafortunadamente, es previsible que persistan.

Si a esto se añaden aquellos elementos que recientemente “han entrado en escena”, como por ejemplo el fenómeno “El Niño”, observamos en este último año un agravamiento de la ya precaria situación.

En los próximos años asistiremos a cambios en el perfil epidemiológico de estas poblaciones, en donde aumentará el porcentaje de enfermedades no transmisibles y de traumas en detrimento de las enfermedades transmisibles.

Obligadamente, en este contexto debemos tener en cuenta **las epidemias**, y el reto humanitario que suponen, ya que son las situaciones de mayor mortalidad evitable con una intervención adecuada.

Las principales epidemias^{iv} que se siguen produciendo en la actualidad son: sarampión, cólera, meningitis (por meningococo), disentería bacilar (shigellosis), fiebre amarilla, dengue hemorrágico. Otras no tan frecuentes: peste, tifus exantemático, encefalitis virales, fiebres hemorrágicas virales

De obligada mención, otras enfermedades que adquieren proporciones epidémicas, como SIDA, tuberculosis... Esta última se ha situado como la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo, y la proporción de muertes por SIDA atribuibles a tuberculosis se situará en torno al 12,4% para el año 2000.

Esto es especialmente grave si consideramos la creciente aparición de resistencias y multirresistencias a las terapias antituberculosas. Este hecho en sí mismo constituye un reto para las agencias y organizaciones de cooperación en salud.

En los **países industrializados** estamos asistiendo a la aparición de nuevas epidemias (SIDA), al resurgimiento de enfermedades como la tuberculosis y al fenómeno de la exclusión social, que precariza la salud de la población.

El fenómeno de urbanización que está teniendo lugar no solo en los países industrializados sino también en los países en desarrollo, coloca a la población en situación de inaccesibilidad a agua potable y

saneamiento básico, de hacinamiento, de inaccesibilidad a servicios de salud y educación.. y, por tanto de marginación y exclusión social. Es cada vez más importante el volumen de barrios marginales y áreas de bolsas de pobreza en las periferias de las grandes ciudades del mundo.

Esta situación mundial exige el esfuerzo internacional para solventar las grandes dificultades, que se podrían agrupar en:

- Reparición de enfermedades que se presumían bajo control, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Aumento de las resistencias a las pautas terapéuticas actuales.
- Modificación en el patrón epidemiológico de la población de los países en desarrollo.
- Precariedad de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Dificultad de acceso a servicios de salud y especialmente a medicamentos esenciales por parte de la población en los países en desarrollo, tanto en términos económicos como de producción. A esto hay que añadir necesariamente la situación actual de escasa investigación en nuevos tratamientos para patologías tropicales y la reducida o nula producción de algunos medicamentos destinados a estas patologías debido a razones económicas.
- Insuficiente movilización internacional frente a las epidemias.
- Retos y consecuencias propias de la forma de vida del próximo siglo: la urbanización de la población.

II. *La cooperación en salud debe incluir en los programas sanitarios aquellos elementos que contribuyan a una mayor efectividad y eficiencia de las acciones.*

Se trata de un proceso continuo de búsqueda de respuestas pertinentes y adecuadas a los problemas de salud de la población beneficiaria de los programas, de uso de tecnologías adecuadas en los programas que permitan sobre el terreno una operacionalidad máxima, trabajando con técnicas sencillas, instrumentos y equipamientos accesibles, de eficacia probada y de mantenimiento sencillo y abordable económicamente, y con ello propiciar que los programas sean sostenibles en términos financieros y de continuidad en el tiempo,

Otro elemento clave es la inclusión en los programas de cooperación en salud de recursos humanos cualificados, lo que supone la búsqueda de las competencias técnicas adecuadas a las tareas que se van a realizar sobre el terreno. Y también la formación y capacitación de los recursos humanos nacionales, con un enfoque de desarrollo de competencias en aquellos lugares donde se implementan los proyectos sanitarios, buscando con ello una continuidad en el tiempo y un efecto multiplicador de la acción.

Esto implica inversiones en formación y capacitación específica por parte de las agencias y organizaciones que trabajan en cooperación internacional, así como la búsqueda de espacios de coordinación y foros de intercambio de conocimientos técnicos de los actores de los programas sanitarios.

Todo ello pasa necesariamente por el esfuerzo de las agencias y organizaciones internacionales de ayuda humanitaria que trabajamos en cooperación, por encontrar una definición de estrategias y acciones acordes con la situación sanitaria de la población destinataria de la intervención y una implicación directa con las contrapartes de la acción, ya sean éstas los ministerios de salud , organizaciones no gubernamentales locales, organizaciones comunitarias...

Obviamente, el uso racional de los recursos financieros puestos a disposición de los proyectos de cooperación es condición necesaria para encontrar no solo una mayor eficiencia de las acciones, sino una continuidad, sostenibilidad y asunción por parte de los receptores de la ayuda.

Es de sobra conocido que el futuro próximo, en términos sanitarios, no se presenta fácil, pero no por ello es inabordable. Obligaré a todos los actores de cooperación a una reflexión profunda, autocrítica y a una evaluación continua de las acciones. Sería deseable que en este proceso se viese beneficiada la calidad de las acciones que tienen su traducción directa en el estado de salud de las poblaciones receptoras, a través de una revisión de las estrategias y modelos de cooperación actualmente existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ⁱ Informe sobre el desarrollo mundial . Invertir en Salud. Banco Mundial .1993

ⁱⁱ The Global burden of Disease. WHO,WB & Harvard School of Public Health. 1996

ⁱⁱⁱ The Global burden of Disease. WHO,WB & Harvard School of Public Health. 1996

^{iv} Operational responses to epidemics in developing countries. Medical News. MSF. Vol6
Number2.July 1997