

Salud, desarrollo y globalización

Guías y recomendaciones para la cooperación internacional



Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Sociedad Alemana de Medicina Tropical y Salud Internacional (DTG)
Banco de Desarrollo KfW
Sociedad Alemana para Salud Pública (DGPH)
Asociación Alemana para las Ciencias de Salud y Salud Pública (DVGPH)

*Realizado por Prof. Dr. rer. pol. Detlef Schwefel, Dra. Myriam Vučković,
Prof. Dr. med. Rolf Korte, Ole Doetinchem, Dr. med. Wolfgang Bichmann
y Dra. Assia Brandrup-Lukanow.*

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

El desarrollo y la salud están estrechamente ligados - los países que registran un crecimiento económico positivo por lo general tienen mejores indicadores de salud que los países pobres.

La pobreza es un factor de riesgo de enfermedad. A la inversa, la enfermedad –especialmente en países en vías de desarrollo, en los cuales no hay sistemas de seguro de salud eficaces– es un importante factor de riesgo continuo para el empobrecimiento de individuos, familias y comunidades enteras. La epidemia del VIH/SIDA en África es un dramático ejemplo de ello; pero también hay otras enfermedades que –al no ser tratadas– pueden conducir a la invalidez o a gravísimas pérdidas de ingresos.



Por esta razón, la República Federal de Alemania, como una contribución a la lucha contra la pobreza en su Programa de Acción 2015, se comprometió a fortalecer los sistemas de seguridad social en los países contrapartes y a mejorar la atención de salud de la población. En este contexto los autores de la presente publicación hacen un aporte a la discusión sobre temas tan determinantes para nuestro futuro como globalización, el desarrollo y la salud; analizan las relaciones entre desarrollo y salud y señalan posibles enfoques para la cooperación alemana al desarrollo. Sólo uniendo todas nuestras fuerzas lograremos alcanzar los ambiciosos objetivos del milenio.

Heidemarie Wieczorek-Zeul

Ministra de Cooperación Económica y Desarrollo. Alemania

Contenido

Resumen ejecutivo	3
Salud, desarrollo y globalización	9
1. Introducción	9
2. De Alma Ata hasta los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (Millenium Development Goals) la salud internacional en proceso de cambio	10
3. Oportunidades y riesgos de la globalización	15
4. El papel de la salud para la sociedad	22
5. VIH/SIDA	28
6. Los sistemas de salud y su financiamiento	31
7. Investigación y desarrollo	34
8. Perspectivas	37

Resumen ejecutivo

1. Introducción

La salud es un derecho fundamental y condición para la seguridad global, el crecimiento económico y la salvaguarda de los derechos humanos. En base a las experiencias acumuladas en el pasado, esta presentación tiene por objeto desarrollar y señalar orientaciones, perspectivas y recomendaciones acerca de lo que será el futuro rol de la salud en la cooperación al desarrollo de la República Federal de Alemania. Junto con el análisis del papel central que esta temática juega en el ámbito para la discusión de la cooperación internacional, queremos señalar las estrategias exitosas y los desafíos futuros y sobre todo, el eventual posicionamiento de Alemania en la cooperación internacional en el sector de la salud. La relevancia social de la salud en la opinión pública mundial ha aumentado de manera notable en los últimos 40 años. La preocupación por la salud y el cuidado de la misma se fue desligando cada vez más de la imagen de un costoso sistema de “bienestar”, y comenzó a ser percibida como una inversión económica y social en la sociedad, un bien que debe ser públicamente protegido y promovido.

de la población y desarrollados con su participación benefician a más personas que algunos grandes hospitales. Por consiguiente en los años 80 la cooperación al desarrollo se concentró en la implementación del concepto APS, en el entendido que las medidas preventivas se caracterizan por una mayor efectividad que las medidas curativas. A la vez esta estrategia se ajusta más a las posibilidades económicas de los países en vías de desarrollo.



2. Desde Alma Ata hasta los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” – la salud internacional en proceso de cambio

Las estrategias y prioridades de la cooperación al desarrollo en el sector de la salud han ido cambiando con el tiempo. Mientras que la prioridad de los años 70 fue la construcción y operación de hospitales, así como el envío de médicos a los hospitales, es decir la medicina curativa, después de la conferencia de la OMS/UNICEF en Alma Ata en 1978 la atención se centró más en la salud primaria o “Atención Primaria de Salud (APS)”. Este cambio fue motivado por la convicción que una concepción integral de la salud y servicios de salud descentralizados, orientados en las necesidades

El final de los años 80 y principio de los 90 estuvo marcado sobre todo por los programas de ajuste estructural (structural adjustment programs) del “Consenso de Washington”, cuya finalidad era dar sustentabilidad financiera a los sistemas sociales, reduciendo servicios públicos, subvenciones y personal. Sin embargo, estas medidas afectaron notoriamente la capacidad de los sistemas sociales y la asistencia básica para los pobres. Entretanto ello ha conducido a una reorientación en el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Desde hace algunos años, ambas instituciones apuestan por estrategias de combate a la pobreza integrales y específicas por países, cuyos lineamientos se encuentran en los así llamados Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (Poverty Reduction Strategy Papers –

PRSP). En el contexto de la iniciativa para países en vías de desarrollo con alto nivel de endeudamiento (“Highly Indebted Poor Countries” – HIPC), los países más pobres obtienen acceso a créditos ventajosos del Banco Mundial y últimamente también subsidios para proyectos de reducción de la pobreza.

Otro campo prioritario de la cooperación al desarrollo se encuentra desde los años 90 en las reformas sistémicas en el ámbito de la salud y en general en todo el sector público. En este marco, la labor de asesoramiento se concentra en la promoción de la democracia y la gobernanza (“good governance”), la descentralización, generación de capacidades, participación y equidad. Ello implica también nuevos conceptos de financiamiento, creación de sistemas de seguridad social e incorporación del sector privado en las estrategias de desarrollo.

Hoy, en el contexto de la globalización, la cooperación al desarrollo se preocupa crecientemente por participar en la configuración de las condiciones marco político-administrativas y de las estructuras globales en proceso de cambio. La Cooperación Internacional, es decir la cooperación con organizaciones internacionales y la negociación e implementación de nuevas normativas globales adquiere creciente importancia. La cooperación internacional se rige básicamente por lo establecido en los Objetivos de Desarrollo Internacionales (International Development Goals – IDG) de la OCDE así como su versión avanzada, contenida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Millennium Development Goals – MDG) de Naciones Unidas. Ambas declaraciones de intenciones le asignan a la salud - en tanto capital más importante del hombre - una importancia central. Los objetivos de desarrollo del milenio prevén la reducción a la mitad de la pobreza extrema en el mundo, la reducción de la mortalidad infantil en dos tercios, la mortalidad materna en tres cuartas partes, así como el combate a la propagación del VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades hasta el año 2015. Como



aporte alemán a esta iniciativa, el Gobierno federal creó el programa de acción 2015 para el combate a la pobreza. Uno de los objetivos de este programa de acción es garantizar los servicios sociales básicos y fortalecer la seguridad social promoviendo una adecuada atención en salud, la existencia de seguros sociales, medidas de prevención del VIH/SIDA y el acceso a medicamentos.

3. Oportunidades y riesgos de la globalización

El proceso de integración global de la economía en la última década ha contribuido en muchos lugares a aumentar la prosperidad y a mejorar las condiciones de vida. También los pobres tienen acceso, por ejemplo, a medicamentos y tecnologías modernas. Por otra parte, ha intensificado la polarización social al interior de las diferentes sociedades, con un alto grado de probabilidad de que ésta aumente aún más en el futuro. La brecha que existe con respecto a las oportunidades y estándares de vida de los sectores pobres de la población aumenta o



en el mejor de los casos se mantiene inalterada. Una parte de los países en vías de desarrollo queda excluida del crecimiento económico global, se hunde en un creciente nivel de endeudamiento y en consecuencia termina reduciendo el gasto social en una medida que ya no permite ningún margen para una asistencia adecuada de la población.

La globalización en el ámbito de la salud ofrece oportunidades y riesgos que ya no se detienen en las fronteras de los países. Hoy, el desarrollo científico y tecnológico se produce en un marco global, y la transferencia internacional de conocimientos sobre estrategias de prevención, tratamientos y modelos de financiamiento de la salud, mejora el nivel general de conocimientos. Asimismo, los avances en la tecnología de la información y comunicación traen consigo prometedoras e innovadoras posibilidades y perspectivas para el sector de la salud. Por otra parte, también los estilos de vida perjudiciales para la salud (a menudo occidentales) traspasan las fronteras nacionales; enfermedades crónicas y no transmisibles aumentan a nivel mundial y las enfermedades infecciosas se propagan en forma más rápida en el marco de la creciente movilidad. Las condiciones marco socioeconómicas y políticas inducen a las empresas a trasladar procesos de producción a países en vías de desarrollo, ya que éstos ofrecen mano de obra más barata y a menudo exigencias menos estrictas en materia de protección ambiental y laboral o cuyo cumplimiento no se fiscaliza.

Con el objetivo de mejorar a nivel mundial la atención básica de salud, el Secretario General de Naciones Unidas Kofi Annan demandó en 2001 la creación de un fondo global de salud. Al año siguiente nació el “Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria” (El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria – GFATM), con el objetivo de impulsar la lucha contra las más importantes enfermedades infecciosas, poniendo a disposición los correspondientes recursos. Simultáneamente todas las organizaciones

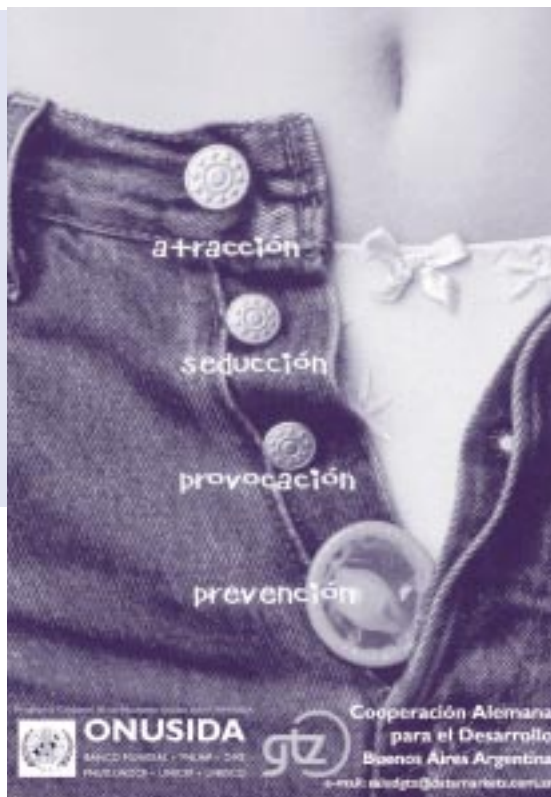
internacionales y multilaterales – y no sólo la OMS, ONUSIDA y PNUD, sino también el Banco Mundial, la OCDE y la OIT – han comenzado a preocuparse crecientemente por los temas de la salud, la educación y la seguridad social. Es así como ya existe un sinnúmero de iniciativas globales para promover la investigación y la provisión de vacunas y medicamentos.

4. El rol de la salud para la sociedad

El Programa de Acción 2015 del Gobierno Federal llama a crear las condiciones para que los propios pobres puedan promover la prevención y la autoayuda. Para ello es necesario mejorar sus posibilidades económicas y fortalecer su participación en los procesos de decisión política. Un mejor acceso a las estructuras de atención, un paquete de servicios orientado especialmente a las necesidades de los pobres y conceptos viables para el financiamiento de la salud deben crear la necesaria seguridad social para que la población mundial pobre no se vea enfrentada sin protección a las secuelas de enfermedades e impedir que familias enteras sigan cayendo en la pobreza total por costear los gastos de problemas agudos de salud. Hoy la promoción y el desarrollo de la salud son una parte integral del combate a la pobreza y en consecuencia del fomento productivo.

Este principio lo recoge también la Comisión de la OMS “Macroeconomía y Salud” (Macroeconomics and Health-CMH), compuesta por economistas, científicos sociales y expertos en salud. En su informe final, la Comisión concluye que las inversiones en la salud pública generan grandes beneficios económicos. En particular, los expertos piden focalizar las intervenciones en el sector de la salud a la lucha contra las principales causas de muerte, intensificar la cooperación entre los Estados, las Organizaciones No-Gubernamentales y la industria en el desarrollo de y el acceso a medicamentos esenciales, aumentar las inversiones en la salud

reproductiva para frenar el crecimiento demográfico, así como incrementar los gastos promedio per cápita en salud en los países más pobres de actualmente 13 a 30-40 dólares para el financiamiento de un paquete básico de servicios.



5. VIH/SIDA

Sobre todo en los países en desarrollo más pobres, pero también en muchos países emergentes, la pandemia del VIH/SIDA bloquea las posibilidades de un desarrollo sostenible. Todos los esfuerzos realizados hasta ahora no han podido frenar la expansión de esta infección. Sin embargo, también existen conceptos exitosos en la lucha contra el VIH/SIDA. Es así como las medidas de prevención multisectoriales que incorporan a todos los afectados y niveles pueden ser efectivas, siempre y cuando tomen en cuenta las estructuras existentes

y jerarquías tradicionales, así como las respectivas realidades socio-culturales y económicas; convoquen a los jóvenes y sobre todo, incorporen activamente los grupos de autoayuda de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Precisamente en aquellos países en los que la epidemia aún está en su etapa inicial, es posible lograr grandes efectos con recursos comparativamente reducidos, tal como lo demuestran los ejemplos de Senegal y Tailandia. Asimismo, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo con ayuda de medicamentos antiretrovirales (PMTCT) ha resultado efectiva. Las iniciativas emprendidas en conjunto con el sector privado (Private Public Partnership - PPP), como los programas en el lugar de trabajo de información, prevención y tratamiento de VIH/SIDA prometen ser exitosas. En particular, las grandes empresas tienen interés en medidas de este tipo, puesto que el VIH/SIDA tiene una incidencia directa en el ausentismo laboral por enfermedad, en la motivación y la moral del personal y con ello, en la productividad de las empresas. También ciertas medidas de prevención masivas como el “mercadeo social” de preservativos son un ejemplo práctico de las posibilidades de una mayor cooperación público privada; tanto en la educación e información de los grupos objetivo como en la provisión de preservativos de buena calidad.

Después del incremento masivo de los recursos, tal como se produjo con la creación del Fondo Mundial (GFATM), y las declaraciones de intenciones tanto del G 8 como de la Cumbre Especial de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el año 2001, lo que se requiere ahora es una estrecha cooperación entre actores locales, regionales, nacionales e internacionales, así como una participación más activa precisamente de los expertos en salud y planificación en la cooperación internacional.

6. Los sistemas de salud y su financiamiento

Los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo suelen caracterizarse por la falta crónica de recursos, ineficiencia y soluciones a lo sumo de corto plazo. La reforma y el desarrollo de sistemas de salud sostenibles requiere tiempo, constancia, flexibilidad y un asesoramiento cuidadoso. De acuerdo a su autodefinition, la cooperación alemana al desarrollo siempre ha tenido como norte una política social con equidad, responsable y orientada a la paz social en los países contrapartes. Por esta razón, los principios del sistema alemán de salud como son la universalidad, solidaridad con responsabilidad social, subsidiariedad, autoadministración y pluralismo, negociación y búsqueda de consensos juegan un rol destacado en la asesoría en materia política. Estos aspectos también pueden ser un aporte en el diálogo político al interior de la cooperación internacional, especialmente cuando se trata de enfoques de financiamiento en común orientada a programas (basket- / budget funding).

En este marco y sobre la base de la experiencia y los conocimientos acumulados, los campos prioritarios de la cooperación alemana se han definido en torno a los siguientes temas:

- > Formulación de estrategias de política de salud adecuadas a las condiciones marco macro-económicas
- > Fortalecimiento de la capacidad de gestión, administración y planificación con miras a sistemas de salud pluralistas
- > Integración de la población en las decisiones en materia de política de salud y social
- > Descentralización y creación de estructuras subsidiarias
- > Generación de sistemas de financiamiento y de atención solidarios (seguro social de salud)



7. Investigación y desarrollo

A pesar de que el 84% de la población mundial vive en países en vías de desarrollo, sólo el 11% de los gastos globales en salud recaen en esa parte del mundo. Este desequilibrio también se refleja en el campo de la investigación y el desarrollo en salud, puesto que a pesar del porcentaje mucho más alto de enfermedades que se registra en los países en vías de desarrollo, la gran mayoría de las inversiones en investigación se realizan en los países ricos y en relación con las enfermedades que allí se dan. Para superar este problema, la cooperación internacional debería trabajar también por el fortalecimiento de las capacidades de investigación nacionales en los países en vías de desarrollo. Apoyo especial requiere el estudio de los problemas de salud específicos de cada país y de las posibilidades de mejorar en forma puntual y concreta las formas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más importantes.



La investigación y el desarrollo de productos de la industria farmacéutica internacional debe preocuparse más de los problemas que se plantean en los países pobres. Para que ello suceda se requiere crear considerables incentivos para fomentar “bienes públicos globales” específicos, e.d. para el desarrollo y la distribución de medicamentos esenciales, vacunas, procedimientos diagnósticos y métodos de control vectorial.

8. Perspectivas

Las inversiones en la salud son una base indispensable para el desarrollo sustentable y en particular para el combate a la pobreza. En este contexto, las prioridades más importantes se encuentran en las siguientes áreas:

- > Acceso a medicamentos de vital necesidad
- > Promoción de la salud reproductiva
- > Equidad
- > Organización y gestión efectivas en términos de costos en el sector de la salud
- > Sistemas sociales de seguros de salud
- > Lucha contra las enfermedades infecciosas (p.e. VIH/SIDA, malaria, tuberculosis)
- > Aseguramiento de la calidad de la atención de salud.

Sin embargo, a ello se agregarán constantemente prioridades nuevas como:

- > La prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles (enfermedades crónicas y relacionadas con la alimentación, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)
- > Consecuencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
- > Prevención y mitigación de secuelas de accidentes y de la violencia
- > Medicina ambiental y conceptos de seguridad (uso de organismos transgénicos, emisiones, manejo de crisis, etc.)

Con las amplias experiencias acumuladas en la cooperación al desarrollo y con socios competentes, Alemania puede contribuir en forma activa y efectiva al mejoramiento de la salud de la población mundial. Además de ello, participar activamente en resolver los desafíos globales de salud asegura la vigencia de Alemania en materia científica y económica.

Salud, desarrollo y globalización

1. Introducción

El derecho a la salud forma parte de los derechos fundamentales de toda persona.¹ La garantía de una salud para todos constituiría una importante base para la seguridad global, el crecimiento económico y el respeto de los derechos humanos en el siglo 21. Sin embargo todavía un tercio de la humanidad vive en condiciones de pobreza, enfermedad y miseria, sin contar con suficientes oportunidades para participar de la globalización. Epidemias que se creyeron superadas y nuevos virus se propagan en el mundo; efectos ambientales dañinos, estrés y modos de vida poco sanos enferman a las personas. La pobreza y un bajo nivel de salud van de la mano y se condicionan mutuamente. Este fenómeno se puede observar incluso en países ricos con pocas desigualdades sociales, pero sin duda con mucha mayor intensidad al interior de los países en vías de desarrollo y en la comparación mundial. Más de mil millones de personas no tienen acceso a agua limpia y casi 2,5 mil millones viven sin instalaciones sanitarias. En los años 90, en los países en vías de desarrollo más de 12 millones de niños menores de 5 años morían cada año, la mayoría de ellos de enfermedades diarreicas, infecciones de las vías respiratorias y malaria². A nivel mundial, 42 millones de personas están infectadas con el VIH; la mitad de esta cifra ya murió de SIDA. Una tercera parte de todas las muertes en países en vías de desarrollo se atribuye a causas evitables o tratables.

Por otra parte, desde los años 60 el promedio de la expectativa de vida en los países en vías de desarrollo subió de 40 a 63 años, la mortalidad de niños entre uno y cuatro años de edad bajó de 280 a 106 por cada 1000 niños³. Asimismo muchos países lograron éxitos considerables en el tratamiento de la tuberculosis y la malaria, el número de los casos

de Poliomieltis bajó desde 1988 en un 99% en todo el mundo y - entre otras cosas, gracias a las iniciativas internacionales⁴ - en los últimos años se logró vacunar a millones de niños contra enfermedades contagiosas. El compromiso de la comunidad internacional con la lucha decidida contra el VIH/SIDA⁵ y la creación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM) debería movilizar los recursos necesarios y posibilitar una acción efectiva contra las infecciones más peligrosas⁶.

Esta presentación pretende analizar en primer lugar la importancia central del sector de la salud para el desarrollo social y económico de la humanidad, así como el rol que en el futuro jugarán las estrategias



referidas a la salud en la cooperación internacional de la República Federal de Alemania. A la luz de las experiencias acumuladas queremos describir las

1 NU: Convención de Derechos Humanos, Art. 25, 1948. Según la OMS, la salud no significa solamente el estar libre de enfermedades, sino el bienestar físico, mental y social.

2 BMZ aktuell, N° 105, "Sektorkonzept Gesundheit" Agosto de 1999, p.4.

3 BMZ aktuell, N° 105, 1999, p.4.

4 Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)

5 United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS (UNGASS), New York, Junio de 2001.

6 Brundtland, Gro Harlem, Address to the Fifty-Fifth World Health Assembly, Geneva, Mayo de 2002.

estrategias exitosas y los desafíos futuros para el posicionamiento de la cooperación alemana al desarrollo.

El tema de la salud ocupa un lugar destacado entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio („Millennium Development Goals“ MDGs) de las Naciones Unidas y está estrechamente relacionado con el combate a la pobreza y la seguridad global.⁷ Temas como la equidad de la atención, los riesgos de salud, la lucha contra el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, el acceso equitativo a medicamentos de necesidad vital, reducción de la mortalidad infantil, embarazo y natalidad seguras, la consolidación de los sistemas de salud, la generación de modelos sostenibles de financiamiento de la salud y la garantía de prestaciones de salud de alta calidad seguirán ocupando - también en los próximos años y décadas - las primeras prioridades en la agenda de las organizaciones de cooperación nacionales e internacionales. Es así como la publicación de este documento coincide con la del estudio editado en conjunto por la OCDE y la OMS “DAC Reference Document on Poverty and Health”⁸. En este último se destaca la importancia que el mejoramiento de la salud de los pobres puede tener para lograr los MDGs y combatir la pobreza. Basándose en las experiencias de las naciones y organizaciones representadas en el Development Assistance Committee de la OCDE (DAC), el documento de referencia del DAC contiene directrices y orientaciones para la cooperación al desarrollo para el apoyo efectivo de enfoques de salud orientados hacia los pobres en los países contrapartes. La globalización económica, cultural y social requiere esfuerzos redoblados por lograr soluciones globales a los problemas y una cooperación estrecha, suprasectorial de actores nacionales y extranjeros.

Con este documento deseamos contribuir a informar tanto a los responsables políticos en Alemania como a la opinión pública políticamente interesada



sobre el rol central de la salud en el contexto internacional y a familiarizarlos con los argumentos y tendencias más relevantes de la discusión en Alemania y a nivel internacional.

2. Desde Alma Ata hasta los “Millennium Development Goals” (MDG) – la salud internacional en proceso de cambio

Hasta entrados los años 70 tanto los países contrapartes como los países donantes se guiaron por un modelo de medicina basado en primer lugar en los servicios de salud de orientación curativa de los países industrializados; luego la cooperación al desarrollo en el sector de la salud adoptaría

7 Tres de ocho Objetivos del Milenio (MDGs) están directamente relacionados con indicadores de salud: Objetivo 4 - Reducción de la mortalidad infantil, objetivo 5 - mejoramiento de la salud materna, objetivo 6 - lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Otros objetivos contienen aspectos de salud. Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, Asamblea General de NU 2000.

8 OCDE y OMS: DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris (OECD) 2003. OECD und WHO: DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris (OECD) 2003. Ver tb. World Bank: Poverty Reduction Strategy Sourcebook: Chapter on Poverty, Health, Nutrition, and Population. <Internet: <http://www.worldbank.org/poverty/health/library/srcebkb.htm>> .Ver tb. Comisión de las Comunidades Europeas: Informe de la Comisión al Consejo y al Parlamento: Salud y Reducción de la Pobreza en Países en Vías de Desarrollo. KOM(2002) 129 definitivo. <Internet: http://www.europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2002/com2002_0129de01.pdf>

primero el concepto de la atención básica de salud y desde la Conferencia de la OMS/UNICEF de Alma Ata (1978) el concepto de la atención primaria de salud (APS). La previa focalización en la construcción, equipamiento y operación de hospitales había conducido a una concentración de los servicios de salud en pocas áreas, por lo general urbanas. Mientras tanto, para gran parte de la población, sobre todo las personas marginalizadas y más propensas a contraer enfermedades en las zonas rurales, las oportunidades de acceso a la atención médica no mejoraron en lo más mínimo.⁹ Además de ello los hospitales grandes y bien equipados prácticamente no contribuyeron a la prevención y promoción de la salud.¹⁰

Siguiendo el concepto de una salud integral, la cooperación al desarrollo se concentró después de la Conferencia de Alma-Ata en la creación de servicios básicos de salud con hospitales de distrito descentralizados y sobre todo centros de atención primaria (consultorios y dispensarios), así como de monitores voluntarios en las áreas rurales. A partir de ese momento lo central fue la participación activa de la población en el desarrollo de servicios de salud, una mayor cooperación suprasectorial, prevención e información y la integración de los sistemas de atención. La estrategia de desarrollo comprendía la implementación de una asistencia básica de salud, la formación y capacitación de expertos locales, la asesoría en materia de salud, así como las necesarias medidas técnicas, planificación familiar y otras iniciativas en beneficio de mujeres y niños.¹¹ En este contexto quedó demostrado que el buen funcionamiento de un sistema de salud básica sólo era posible con la simultánea **descentralización** de los servicios de salud. Una condición importante para asumir las necesidades específicas de la mayoría pobre de la población

resultó ser una adecuada implementación del principio de subsidiariedad, es decir el ejercicio de las principales competencias de decisión y de presupuesto a nivel regional o local.

La cooperación internacional en los años 80 y principios de los 90 estaba marcada por los **programas de ajuste estructural** establecidos por el Banco Mundial y el FMI, cuya implementación era una condición esencial para acceder a los créditos internacionales. Estos implicaban por lo general la reducción de las prestaciones sociales, de subvenciones y del personal en el área social. En muchos países el presupuesto de salud disminuyó en forma desproporcionada en relación con los gastos totales. Muchos establecimientos de salud pública



llegaron al límite de su capacidad de funcionamiento, un estado de cosas que en los países más pobres continúa hasta el día de hoy.¹² Los recortes afectaron y siguen afectando en primer lugar a los pobres, para los cuales el acceso a los servicios de salud de por sí insuficientes, se fue haciendo imposible.

9 *BMZ aktuell*, N° 105, 1999, p.8.

10 King, Maurice. *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, 1966

11 *BMZ aktuell*, N° 105, 1999, p.9.

12 *BMZ aktuell*, N° 105, 1999, p.7.

Tempranamente la UNICEF había exigido un ajuste estructural con rostro humano. Sin embargo, el reconocimiento de las consecuencias negativas que un ajuste estructural demasiado orientado en criterios de mercado producía para las personas en los países en vías de desarrollo¹³, sólo condujo a partir de mediados de los 90 a un replanteamiento de las estrategias del Banco Mundial y del FMI. En el contexto de la estrategia internacional de reduc-



ción de la deuda para países en vías de desarrollo pobres y con alto nivel de endeudamiento (HIPC), las instituciones multilaterales de financiamiento adoptaron desde principios de esta década la promoción de estrategias nacionales de reducción de la pobreza (Poverty Reduction Strategies, PRS). Hoy, orientarse con los "Poverty Reduction Strategies Papers" (**Proceso PRSP**) es un requisito

básico para obtener créditos IDA de largo plazo y sin intereses del Banco Mundial.¹⁴

La estrecha interrelación entre salud, pobreza, medio ambiente y desarrollo sustentable también se refleja en la Agenda 21, el documento final de la cumbre mundial de Río de Janeiro en el año 1992 (UNCED: United Nations Conference on Environment and Development). El tema de la salud atraviesa toda la Agenda 21. En la Conferencia de Río se establecieron las bases para profundizar la cooperación entre gobiernos, organizaciones no-gubernamentales (ONGs), actores supranacionales e integrantes del mundo académico-científico.¹⁵ Sobre todo la cooperación con el sector de las ONGs recibió una mayor atención. Desde hace años esta última constituye una parte importante de la cooperación alemana.¹⁶

Desde los años 90, la reforma de los servicios públicos, y en especial de los sistemas de salud, está en el centro de la cooperación al desarrollo. El objetivo es actuar sobre las causas de los problemas globales y del subdesarrollo por medio de transformaciones estructurales, realizando de esta forma una contribución efectiva al desarrollo sustentable. El fomento de la democracia, el Estado de derecho y la seguridad jurídica, así como el tema de la gobernanza (good governance) juegan un rol cada vez más importante en la cooperación alemana. Sólo una apropiada capacidad de conducción por parte de sus gobernantes y una implementación adecuada de los convenios internacionales, permitirá a los países en vías de desarrollo aprovechar en su propio beneficio las oportunidades de la globalización.¹⁷

13 Véase: Informe del Banco Mundial 1993.

14 GTZ publicación interna: "Technische Zusammenarbeit in der internationalen Diskussion", Stabsstelle Grundsatzfragen der Unternehmensentwicklung, 2002, p.12.

15 Brundtland, Gro Harlem. Grundrecht Gesundheit (La salud, un derecho fundamental). Editorial Campus, Frankfurt/New York, 2000, p.20.

16 La Conferencia de Johannesburgo en septiembre de 2002 (Río +10) no trajo innovaciones reales para el sector salud. Sin embargo para el campo político de la cooperación al desarrollo en general, la Cumbre significó una reafirmación ante la opinión pública mundial - por el claro compromiso de más de 150 Mandatarios y Jefes de Estado con respecto a importantes objetivos de la cooperación al desarrollo. No obstante habrá que esperar si esta adhesión se traducirá en algún momento también en fondos adicionales para la cooperación al desarrollo.

17 GTZ publicación interna: "Technische Zusammenarbeit in der internationalen Diskussion", Stabsstelle Grundsatzfragen der Unternehmensentwicklung, 2002, p.7.

Para que el concepto de una salud primaria integral se pueda poner en práctica, en muchos países pobres se requieren profundas **reformas de los sistemas de salud**, así como una reorientación de la política pública de salud. En ello la descentralización de las competencias de decisión y presupuesto juegan un papel importante. Igualmente importante para una reforma de salud exitosa son el aumento de la eficiencia, el mejoramiento de la asignación de recursos y la creación de sistemas viables de financiamiento de la salud para posibilitar la generación de servicios básicos de salud sostenibles.

Las medidas de promoción de la salud deben ser apropiadas a las estructuras existentes. A menudo las intervenciones verticales conducen a una duplicación de estructuras, y cargas financieras y organizacionales adicionales, y se justifican a lo más en casos especiales como p.e. para el control de epidemias.¹⁸

Desde finales de los años 80, en muchos países en vías de desarrollo se impuso la aplicación de **aranceles** ("user fees") para el diagnóstico y tratamiento médicos¹⁹. Estos, aunque pueden contribuir a nivel local a cubrir los déficit de financiamiento en el presupuesto de salud, albergan el peligro de seguir marginando a los grupos pobres de la población de la atención básica de salud.²⁰ Hay estudios que han demostrado que los aranceles pueden tener efectos negativos sobre la utilización de los servicios de salud y que en el mejor de los casos cubren el 15% de los costos. A fin de lograr equidad en la atención, una posibilidad es recurrir a la combinación de diferentes elementos del **financiamiento sustentable de la salud**. La creación de **seguros de salud** y de prestaciones médicas privadas en el marco de una política de salud con criterio social,



puede contribuir a la reducción de la pobreza. Sólo una cobertura solidaria de los riesgos financieros de la salud puede garantizar un aseguramiento adecuado de los grupos desfavorecidos de la población. Para ello es imprescindible que los sistemas de salud estén orientados hacia los pobres. También la asignación de recursos adquiere enorme importancia. Para la planificación de un programa sectorial global (p.e. como Sector-wide Approach (SWAp)) es preciso coordinar la disponibilidad de fondos de todas las fuentes de financiamiento. El instrumento de la financiación en común orientada a programas (basket / budget funding) por ejemplo presupone la existencia de bases para la toma de decisión y datos válidos, como los que pueden entregar los "Medium-term Expenditure Frameworks" (MTEF) o también las cuentas nacionales en salud. Las experiencias de la cooperación alemana con la participación en grandes SWAps en

¹⁸ BMZ aktuell, N° 105, 1999, p.10.

¹⁹ Para una evaluación crítica de la iniciativa Bamako (1983) como base para "community initiatives" y "community financing", ver: McPake, B. K.Hanson, A. Mills. "Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako Initiative," *Social Science and Medicine*. 1993, 36 (11): 1383-1396.

²⁰ Blas, E., M. Limbambala. "User-Payment, decentralization and health service utilization in Zambia." *Health Policy and Planning*. 2001, 16 (Suppl 2): 19-28.

Bangladesh y Tanzania sin embargo demuestran que aún persisten considerables debilidades en los países contraparte en el área de la gestión financiera. Es así como la comunidad de donantes se preocupa de manera especial – por ejemplo en el marco del Special Partnership for Africa (SPA) – de brindar apoyo a los Ministerios de Hacienda nacionales en la creación de sistemas de control transparente del uso de los recursos.

En los últimos años, la búsqueda de **nuevas alianzas** ha ganado en importancia no solamente en el sector de la salud, sino en toda la cooperación al desarrollo. Mientras que en el pasado, la responsabilidad por la cooperación al desarrollo recaía más bien en el Estado y sus instituciones, hoy las empresas privadas asumen un rol importante en el proceso de desarrollo de los países contrapartes. En este contexto existen múltiples efectos sinérgicos y posibilidades de cooperación con el sector privado. En el ámbito de la salud ya se cuenta con un cúmulo de experiencias positivas con respecto a caminos innovadores y prometedores para una participación más intensiva del sector privado. Entre ellas se cuenta por ejemplo el programa sobre VIH/SIDA de la GTZ (Cooperación Técnica Alemana) y DaimlerChrysler en Sudáfrica, la cooperación con la empresa Bayer en la lucha contra la malaria con mosquiteros impregnados en Uganda y Turquía y las experiencias de diez años del Banco KfW con prestadores privados de servicios y ONGs internacionales con programas de marketing social financiados por la cooperación financiera en actualmente 23 países, que combinan la realización de campañas educativas de amplio impacto y la simultánea distribución de preservativos para efectos de planificación familiar y prevención del VIH/SIDA con el uso de estructuras de comercialización privadas. Asimismo la creación de redes de prestadores de servicios privados, por ejemplo para medidas en el ámbito de la salud



reproductiva (el así llamado Social Franchising), ofrece modelos de acción actuales y pertinentes para la cooperación al desarrollo²¹.

Los cambios que acompañaron la globalización impulsaron a las instituciones de la cooperación al desarrollo a redefinir sus posiciones: mientras que en el pasado la cooperación se concentraba más bien en tareas de desarrollo de carácter nacional y regional, hoy se advierte una preocupación creciente por participar en el diseño de las condiciones marco político-administrativas y de las estructuras globales en proceso de cambio. En este nuevo contexto, la tradicional cooperación al desarrollo bilateral se convierte en **Cooperación**

²¹ Lehmann, L., G. Bartels, J. Biere. *Vermarktungsstrategien für Verhütungsmittel im Rahmen von Familienplanungsprogrammen; Empfehlungen für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit. Forschungsberichte des BMZ, Bd. 121. Köln, Weltforum Verlag, 1997. OECD/WHO: Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series. Paris-Genf, 2003, pp. 42-45. Montagu, D. "Franchising of health services in low-income countries." *Health Policy and Planning* 17,2(2003)121-130.*



Internacional. Asociaciones innovadoras, tanto con el sector privado como con ONGs privadas, sin fines de lucro, otros donantes bilaterales y organizaciones multilaterales, definen cada vez más el trabajo de la cooperación alemana y de sus contrapartes locales.

Los objetivos de desarrollo del milenio (Millennium Development Goals, MDG) representan un nuevo sistema de referencias para la cooperación internacional y la cooperación alemana. Con la aprobación del Programa de Acción 2015, el Gobierno Federal alemán expresó su plena coincidencia con el objetivo superior de la política de desarrollo, a saber el combate a la pobreza y los MDGs. Entre las prioridades del Programa de Acción 2015 están la

generación de servicios sociales básicos y el fortalecimiento de la seguridad social por medio de una adecuada atención de salud, prevención del VIH/SIDA, acceso a los medicamentos y seguros sociales. En el centro de los MDGs se encuentran el combate de la pobreza a nivel mundial (reducción en un 50% hasta el año 2015) y un desarrollo global sustentable. La salud en tanto capital más importante de las personas constituye una condición básica para un desarrollo sustentable en términos sociales, económicos y ambientales. La reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna, la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, así como el acceso a medicamentos de necesidad vital forman parte de los objetivos explícitos de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas.²²

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Millennium Development Goals, MDG)

1. Superación de la extrema pobreza y del hambre
2. Implementación de la educación primaria general
3. Promoción de género y empoderamiento y fortalecimiento de la mujer
4. Reducción de la mortalidad infantil
5. Mejoramiento de la salud materna
6. Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
7. Asegurar la sustentabilidad ambiental
8. Creación de una alianza internacional por el desarrollo

3. Oportunidades y riesgos de la globalización

Con el surgimiento de un nuevo orden político mundial desde la 2ª Guerra Mundial, y sobre todo desde el fin de la Guerra Fría, las iniciativas e intereses económicos adquieren creciente importancia

²² Brundtland, Gro Harlem. "Report of the Director General", OMS, 2001, p.35.s



social y global. Prácticamente todas las áreas de la producción y del comercio se han visto afectadas por la liberalización de las relaciones de intercambio comercial en y entre los países: bienes, capital, finanzas, tecnologías, transporte, información, ideas, culturas y servicios, así como la movilidad del hombre y de la mano de obra. La globalización promete mucho para el futuro: las mayores utilidades y los precios más bajos deberían impulsar la expansión en todo el mundo del estándar de vida occidental. Muchos países aprovechan esta oportunidad, incluyendo países en vías de desarrollo.²³ Según el índice de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), que también incorpora factores no económicos en la evaluación del bienestar, hoy una cuarta parte de la población mundial vive en condiciones considerablemente mejores que en 1980. Hoy, en el contexto de la globalización, más personas que nunca tienen **acceso a las tecnologías de la información**, que les permiten mayores niveles de

autodeterminación (“empowerment”) y mejorar su nivel de vida. Los revolucionarios avances en el área de la información brindan la posibilidad de un intercambio global de informaciones en materia de salud y de prestaciones de ayuda mutua que supera todas las barreras territoriales, sociales y temporales. También en la supervisión y el control global de la salud se utilizan cada vez más los nuevos medios tecnológicos.²⁴

Por una parte, el comercio con tecnologías médicas, medicamentos y servicios posibilita el acceso global a diagnósticos, exámenes de laboratorio, telemedicina (telepsiquiatría, teleradiología, telepatología) e información de salud, así como a posibilidades de tratamiento (a través de viajes de los pacientes) y presencia de empresas en el extranjero (especialmente a través de la construcción de infraestructura por parte de empresas extranjeras, joint ventures, licencias, cadenas internacionales de clínicas y seguros médicos). Por otra parte, la internacionalización de las relaciones económicas favorece la emigración del personal de salud de los países del tercer mundo. El resultado es un “drenaje de cerebros” que frena las posibilidades de desarrollo de los países del sur y sus posibilidades de acceder con éxito al mercado mundial.²⁵ En todo caso, las complejas consecuencias de la migración requieren de estudios adicionales para poder controlar en la medida de lo necesario tanto los efectos positivos como los negativos. La comercialización internacional de medicamentos de alta calidad de los países industrializados aumenta sin duda la seguridad global de los medicamentos; y la producción masiva baja sus precios. Pero aún así el

23 *IEn China p.e. el porcentaje de pobres bajó en forma dramática: En 1978 había 250 millones d pobres, en 1999 sólo quedaban 34 millones. China (desde 1978), la India (desde los años 90), Vietnam, Chile, México y Uganda son considerados ejemplos positivos de la globalización. Dollar, David. "Is Globalization Good for Your Health?" Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9), 827-833. Schirm, Stefan A.. "Globalisierung – eine Chance für die Entwicklungsländer? ", Informationen zur politischen Bildung, 263, 2000 (Versión de Internet).*

24 Brundtland, Gro Harlem. *Grundrecht Gesundheit*. Editorial Campus, Frankfurt/New York, 2000, pp.55-56.

25 Müller, Friedemann. "Die Umwelt kennt keine Grenzen. ", *Informationen zur politischen Bildung*, 263, 2000 (Versión de Internet). No obstante la liberalización del comercio con los servicios tiene también efectos positivos: En algunos países en vías de desarrollo, como p.e. Filipinas, que capacitan un gran número de personal de salud que luego emigra, las transferencias de dinero desde el extranjero constituyen una entrada de divisas de gran importancia para la economía, que compensa en mucho los recursos invertidos en la formación (ver OECD/DAC Guidelines and Reference Series, op.cit., 2003, p. 88). El Banco Mundial parte incluso de la base que la liberalización del comercio con servicios en el marco del WTO General Agreement on trade in Services (GATS) haría aumentar el ingreso de los países en vías de desarrollo hasta el año 2015 en 6 mil millones de US\$ en forma global – cuatro veces más de lo que se espera de la liberalización del comercio en el acceso a los mercados de productos de los países en vías de desarrollo. *World Bank's Global Economic Prospects and the Developing Countries*, 2002.

acceso a medicamentos accesibles sigue siendo fuertemente restringido para los pobres por los derechos de patente. Hace poco se produjo una vehemente controversia sobre el acceso a medicamentos antiretrovirales en el África meridional. Esto plantea la pregunta si los medicamentos son un bien público y si la industria farmacéutica bajo puntos de vista morales y de derechos humanos puede hacer valer derechos de propiedad intelectual y determinar libremente los precios sólo en razón de acuerdos internacionales.²⁶



Porque si bien el **derecho de acceder** a medicamentos de necesidad vital está explícitamente reconocido y ratificado en el marco del Pacto sobre los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (ECOSOC) de Naciones Unidas, a menudo el acceso a estos medicamentos en los países en vías de desarrollo se encuentra muy restringido.²⁷ Muchos medicamentos de necesidad vital no están disponibles en todas partes, otros perdieron su efectividad por la generación de resistencias o el almacenamiento inadecuado, o son sacados del mercado por los fabricantes por falta de rentabilidad.²⁸

Es así como p.e. en el caso de los **medicamentos antiretrovirales contra el VIH/SIDA (ARVs)**, que en abril de 2002 fueron incorporados a la lista de la OMS de los medicamentos esenciales, la desproporción entre demanda y disponibilidad es considerable: del total de 730.000 personas que en el año 2002 recibieron ARV en todo el mundo, dos tercios viven en países industrializados, pero sólo hasta 30.000 en el Sur de África, la región que está más afectada por la epidemia. Ello viola tanto el derecho a la salud proclamado por la OMS en su programa "Salud para Todos", como el derecho a participar del progreso social. Para contrarrestar este desequilibrio masivo, la OMS - en el marco de su nueva iniciativa "**3 by 5**" se ha fijado el ambicioso objetivo de multiplicar por diez hasta finales del 2005 el número de personas VIH-positivas que son tratadas en países en vías de desarrollo con medicamentos antiretrovirales, de 300.000 a 3 millones.

En 1994 en el marco de la Organización Mundial de Comercio (OMC) fue aprobado por todos los países miembros el así llamado **Acuerdo TRIPS** (Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights), que regula por primera vez a nivel mundial la protección de la propiedad intelectual, incluyendo el ámbito de la investigación farmacéutica. El acuerdo entrará en vigor en diferentes etapas, para que los países según su grado de desarrollo dispongan del tiempo suficiente para adecuar su legislación nacional a este nuevo acuerdo. Desde el 1º de enero de 2000 países con un nivel de ingreso medio (p.e. México, Brasil, Chile, Sudáfrica) están obligados a proteger la propiedad intelectual de los dueños de las patentes. En la **conferencia de la OMC en Doha** a finales del año 2001, los países menos desarrollados obtuvieron una prórroga hasta el 1º de enero de 2016 para implementar estas normas. Además, en esta ocasión una vez más se confirmaron expresamente las

26 Bloom, David E. and David Canning. "A New Health Opportunity." *Development*, 2001, 44:1, 36-43.

27 International Covenant on Economic, Social and Cultural Right. URL last accessed: 25. April 2003 <<http://untreaty.un.org/English/treatyEvent2001/index.htm>>

28 Ritter, Barbara, Angela Bähr y Sybille Rehm. *Antiretrovirale Therapie bei HIV/Aids in der Entwicklungszusammenarbeit – Sachstand und Perspektiven*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn, 2003, 18-20.

normas de excepción para entregar licencias obligatorias para la fabricación y la autorización de **importaciones paralelas**²⁹ de medicamentos en caso de una catástrofe nacional.³⁰ El derecho de patentes estandarizado es un tema extremadamente candente cuando se trata del acceso a los ARVs, puesto que son medicamentos innovadores,



los cuales – con la protección vigente de las patentes – están protegidos de imitaciones para los próximos²⁰ años, y de esta forma sometidos al monopolio de precios de los titulares de las patentes. La industria farmacéutica multinacional insiste en esta protección con el argumento de que ésta es necesaria para poder seguir financiando actividades de investigación y desarrollo de nuevos medicamen-

tos.³¹ El uso de **productos genéricos** más baratos, que sobre todo en Brasil y Tailandia fueron producidos en un primer momento sólo para el mercado propio, aunque en la India también están disponibles para la exportación, generó en los últimos años una mayor competencia entre los oferentes farmacéuticos. Esto, más la presión política que surgió a nivel internacional, ha conducido desde el año 2000 a una considerable reducción de los precios en hasta el 90 por ciento para ARVs patentados. Hasta el año 2016 los países en vías de desarrollo más pobres seguirán teniendo la posibilidad de aprovechar las reglas de excepción arriba mencionadas y de importar genéricos. La pregunta si países emergentes como Brasil y la India pueden exportar genéricos hacia países en vías de desarrollo en el marco del TRIPS se encuentra actualmente en el centro del debate internacional. Las reglas de excepción confirmadas en Doha pueden ser aprovechadas por los países en vías de desarrollo en beneficio de la salud pública. Sin embargo, muchos de los países más pobres en África meridional dudan en tomar este camino, para no oponerse explícitamente a los intereses de las naciones industrializadas, afectando negativamente el resto de sus relaciones comerciales.³²

El acceso a las nuevas tecnologías y modernos tratamientos con medicamentos está distribuido en forma extremadamente desigual, de modo que no todas las personas, ni mucho menos, se benefician de la globalización. Para que las ventajas de la globalización beneficien realmente a los pobres, se necesita una nueva arquitectura de las relaciones internacionales.³³ Por esta razón la Comisión Europea aprobó como Decreto del Consejo en

29 "Las importaciones paralelas permiten a los países adquirir productos de marca al precio de menor costo en la comparación internacional" (Campaign for Access to Essential Medicines, MSF). Ver tb. Comisión de las Comunidades Europeas: Informe de la Comisión al Consejo y al Parlamento. Acción rápida para combatir las más importantes enfermedades transmisibles en el marco de la reducción de la pobreza. KOM(2000) 585 definitivo. <Internet: http://europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2000/com2000_0585de02.pdf>

30 t'Hoën, Ellen. "TRIPS, pharmaceutical patents, and access to essential medicines: A long way from Seattle to Doha", *Chicago J. Int. Law*, 2002, 3 (1): 27 – 48. Ver tb. OECD/DAC Guidelines and Reference Series, op. cit., 2003, p.86

31 Liebig, K. "Geistige Eigentumsrechte: Motor oder Bremse wirtschaftlicher Entwicklung?", *Deutsches Institut für Entwicklung*, 2001

32 Ritter, Barbara, Angela Bähr y Sybille Rehmet. *Antiretrovirale Therapie bei HIV/AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit – Sachstand und Perspektiven*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn, 2003, 18-20.

33 Drager, Nick and Robert Beaglehole. "Globalization: Changing the Public Health Landscape." *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9), 803 *Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Globalisierung und Entwicklungszusammenarbeit. Bonn (BMZ) 1999*

octubre de 2002 un plan para mejorar el acceso de los países en vías de desarrollo a medicamentos de necesidad vital y que posibilitará la exportación de estos medicamentos a precios reducidos a países pobres, asegurando simultáneamente que no sean desviados para volver a ingresarlos al territorio de la Unión Europea. Según este plan, en el futuro los



fabricantes de medicamentos estarán autorizados a aumentar considerablemente sus exportaciones a precios más bajos – los así llamados precios escalonados –, para que de esta forma también los más pobres – entre los pacientes dispongan de

medicamentos accesibles para ellos, e.d. más baratos. A la vez, en el territorio de la UE para los mismos productos podrán cobrar precios más altos, que cubran los costos.

Hoy, más de una quinta parte de la humanidad vive en condiciones peores que hasta veinte años. Es probable que este proceso de **polarización** continúe con la globalización.³⁴ Durante los diez últimos años el crecimiento se desaceleró en muchos países. Las guerras, la violencia,³⁵ la inestabilidad política, el terrorismo, la **extrema pobreza**,³⁶ la desigualdad social,³⁷ la inseguridad social y la destrucción ambiental³⁸ se propagaron traspasando fronteras y continentes. A la vez, ciertos factores de riesgo adquieren presencia mundial: hay empresas que exportan procesos de producción peligrosos y desechos al Tercer Mundo; la creciente presión competitiva pone en peligro el lugar de trabajo; el tabaco, el alcohol y otras drogas al igual que la “comida chatarra” o el turismo sexual encuentran su mercado en todas partes del mundo; los estilos de vida perjudiciales para la salud traspasan las fronteras nacionales y las modificaciones del medio ambiente favorecen la multiplicación de los vectores de transmisión de enfermedades. El continuo aumento de la población, bajo crecimiento económico, alto nivel de endeudamiento, corrupción, conflictos armados, problemas alimenticios y el proteccionismo de los países ricos terminaron por intensificar la marginalización de muchos países.³⁹ Junto a notorias crisis financieras abundan catástrofes de pobreza apenas percibidas.

34 *Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Globalisierung und Entwicklungszusammenarbeit. Bonn (BMZ) 1999*

35 *El Banco Mundial calcula que a nivel mundial la violencia contra mujeres y niñas entre 15 y 44 años de edad ha causado más casos de muerte y enfermedad que el cáncer, los accidentes de tránsito y la malaria juntos. World Bank: World Development Report: Investing in Health. New York (Oxford University Press) 1993.*

36 *2,8 mil millones de personas deben subsistir con menos de 2 Euro al día. 43.5 % de los más pobres viven en el Sur de Asia, 23.2 % en la región del Asia Pacífico/Asia Oriental y 24.3 % en el África al sur del Sahara. Narayan, Deepa (editores) Voices of the Poor. Crying Out for Change. New York (Oxford University Press) 2000, World Bank: World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. Washington (World Bank, Oxford University Press) 2001.*

37 *Durante las dos últimas décadas las desigualdades de ingreso aumentaron en 48 de un total de 73 países analizados, sólo en nueve países se redujeron. Estas desigualdades crecieron más fuertemente en Latinoamérica y los países de la antigua Unión Soviética. Cornia, Giovanni A.. "Globalization and Health: Results and Options." Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9), 834-841.*

38 *Entre los problemas ambientales globales se encuentran entre otros el problema del clima, la pérdida de biodiversidad, la sobreexplotación de los océanos, el incremento del transporte internacional, así como la falta y/o la pérdida de regulaciones ambientalmente compatibles a raíz de la presión ejercida por la competencia global. Müller, Friedemann. "Die Umwelt kennt keine Grenzen". Informationen zur politischen Bildung, 263, 2000 (Versión de internet).*

39 *OECD: "Sustainable Development Strategies. What are they and how can Development Co-operation Agencies Support them?" Paris (OECD) 2001.*

Es cierto que en el último medio siglo el **estado de salud** de las personas en todo el mundo ha mejorado mucho más que en los tres mil años anteriores. Y no todas las evoluciones y tendencias señaladas pueden ser atribuidas a los efectos marginalizados de la globalización. Sin embargo, al contrario de otras afirmaciones y contradiciendo en parte la teoría del “chorreo” de los economistas de mercado, existen muchas señales que indican que la liberalización económica en ningún caso conduce en forma automática a una disminución tangible de la pobreza.⁴⁰ Por el contrario, hoy un creciente número de países se ve expuesto sin protección alguna a los peligros sociales de la globalización.⁴¹ Los sistemas sociales y en especial los sistemas de salud reaccionan particularmente sensibles a tales riesgos y peligros, que también amenazan a los ganadores económicos de la globalización.

Es así como hoy, a raíz de la creciente movilidad internacional, se propagan en el mundo entero **enfermedades infecciosas** que se consideraban superadas hace mucho tiempo o que hasta ahora se limitaban a los países pobres del sur. Hoy el VIH/SIDA, la tuberculosis multiresistente y la malaria constituyen una amenaza también para los países desarrollados y las personas ricas.⁴² En este proceso, los flujos migratorios provocados por las guerras y la pobreza desde las regiones del mundo afectadas por estos problemas juegan un rol decisivo, llevando con los refugiados también la tuberculosis hacia los centros de inmigración, acercándola peligrosamente al entorno de la parte privilegiada de la humanidad. En los EEUU la mortalidad por enfermedades infecciosas ha vuelto a duplicarse desde 1980.

En los últimos años en los EEUU han aparecido recurrentemente casos de fiebre amarilla, dengue y el virus de la fiebre del Nilo. Entre 1989 y 1995 los países industrializados europeos y los EEUU informaron de un total de 25.000 casos de malaria. Desde los años 70 en el mundo se presentaron 29 enfermedades infecciosas nuevas.⁴³ Hace poco se agregó el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), recordándonos en forma dramática el hecho de que las infecciones representan una amenaza global permanente para pobres y ricos, turistas y ejecutivos internacionales. El límite de la capacidad de los sistemas de salud locales es alcanzado o incluso superado rápidamente ante tales brotes epidémicos. En su actualización 25 de 9 de Abril 2003, la OMS constata que el SARS está representando una carga enorme para el sistema de salud en la provincia china de Guangdong. Y dado que la mayoría de las otras provincias cuentan con una infraestructura de salud considerablemente más deficiente, una mayor propagación del virus podría superar rápidamente las capacidades de sus sistemas de salud⁴⁴

El predominio de los países industrializados occidentales en el proceso de globalización conlleva una amplia difusión del estilo de vida occidental como modelo cultural. “Comida rápida” con alto contenido de grasa y sal, consumo de alcohol y tabaco, así como reducción del trabajo físico tienen consecuencias negativas para la salud. Las enfermedades cardio-vasculares, hipertensión, diabetes, tumores cancerígenos y problemas psíquicos no están aumentando sólo en los países industrializados. En las próximas décadas las enfermedades no transmisibles predominarán en más del 50% de todos los casos de enfermedad en el mundo.⁴⁵ En

40 Easterly, William. "The Effects of IMF and World Bank Programmes on Poverty." Helsinki (WIDER discussionpaper) 2001.

41 OECD: The DAC Guidelines on Poverty Reduction. Paris (OECD) 2001.

42 Kassalow, Jordan S. "Why Health is Important to U.S. Foreign Policy." New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations) 2001.

43 Nuevas enfermedades infecciosas desde los años 70: Hepatitis C (1989) en los EEUU, fiebre hemorrágica en Brasil (1994) y Venezuela (1991), neumonía atípica (1976) y SIDA (1981) en los Estados Unidos, BSE en Inglaterra (1986), Hepatitis D en Italia (1980), Ebola fiebre hemorrágica en la República Popular del Congo (1976). En total se descubrieron 29 nuevas bacterias o virus que pueden propagarse en forma global. OMS: "Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases." Geneva (WHO, Fact Sheet No 97, Revised August 1998) 1998.

44 World Health Organization: Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) – multi-country outbreak – Update 25. URL last accessed 23. April 2003 <http://www.who.int/csr/don/2003_04_09/en>

45 Brundtland, Gro Harlem. Grundrecht Gesundheit. Editorial Campus, Frankfurt/New York, 2000, p.42-43

los países emergentes y muchos países en vías de desarrollo, las enfermedades cardio-vasculares, los tumores malignos, accidentes o casos de envenenamiento ocupan los primeros lugares de las estadísticas sobre causas de muerte. Exceptuando los países más pobres y más afectados por el SIDA, las enfermedades degenerativo-crónicas están desplazando en todas partes los perfiles patológicos clásicos del Tercer Mundo. Este desarrollo implica una doble carga, prácticamente imposible de sobrellevar para los sistemas de salud cuyas capacidades ya están bastante copadas con las patologías asociadas a la pobreza⁴⁶ y las enfermedades infecciosas.⁴⁷

Los países y sus respectivos ministerios de salud prácticamente ya no logran manejar por sí solos los crecientes riesgos para la salud; razón por la cual la salud y los servicios de salud se han ido internacionalizando.⁴⁸ La OMS pide una auténtica política internacional de salud que no solamente refleje los valores occidentales, sino que también tome en cuenta los valores de otras culturas.⁴⁹ Una buena salud internacional de todos es un "bien público"⁵⁰, en particular la protección de enfermedades transmisibles.

En el sentido de una política orientada por el interés público, en los últimos años los términos "Good Governance" y "Stewardship"⁵¹ se han convertido en conceptos clave de la discusión internacional.



Sólo con una buena conducción y representación popular, es posible que los países cooperen con éxito y superen los desafíos de la globalización.⁵²

La estrategia principal de muchos donantes internacionales de concebir la cooperación al desarrollo crecientemente como "diferenciada por países y de propiedad nacional"⁵³, sólo tiene sentido, si en el respectivo país están dadas las necesarias condiciones marco políticas. La Comisión de Macroeconomía y Salud (CMH) de la OMS exige un significativo **aumento del presupuesto global de salud** para garantizar a todos los habitantes del planeta el acceso a los servicios sociales básicos. De acuerdo a ello faltan unos 80 mil millones de Euros. Asimismo la Comisión pide recursos por un monto equivalente a 3 mil millones de Euros para la investigación de las enfermedades asociadas a la pobreza⁵⁴, así como un aumento masivo de los aportes de los países donantes.⁵⁵

46 Enfermedades cotidianas como diarrea o resfríos en los países en vías de desarrollo a menudo provocan la muerte por debilidad general. La mortalidad por pulmonía p.e. en los países pobres es notoriamente más elevada que en los países ricos, tanto por el deficiente estado de nutrición como por la situación inmunológica inicial. Korte, Rolf y Thomas Rehle. "Gesundheit und Krankheit in den Tropen." GR 41 (1989) H. 7-8, 392-396.

47 WHO: "Diet, Physical Activity and Health – Report by the Secretariat," 55. WHA, Ginebra, 2002.

48 Kaul, Inge. "Global Public Goods and the Poor" *Development* 2001, 44:1, 77-84.

49 Esta visión occidental está marcada por un orden valórico que antepone el bien del individuo al del grupo. Döring, Ole and Renbiao Chen (editores): *Advances in Chinese Medical Ethics: Chinese and International Perspectives*. Hamburg (Informe del Instituto de Estudios Asiáticos) 2002.

50 Características de los bienes públicos: *nonrivalry in consumption* (un usuario adicional no cuesta más) and *nonexcludability* (no se pueden excluir usuarios) – no sólo le sirven al que los usa. Sin duda el conocimiento es el bien público más prominente y - junto con la salud - de especial importancia, como lo son también la seguridad jurídica, el derecho y el orden.

51 Saltman, Richard B. and Odile Ferroussier-Davis. "The Concept of Stewardship in Health Policy" *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), 732-739

52 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (WHO) 2001.

53 "Country-led and nationally-owned"

54 Entre otras para un Global Health Research Fund (GHRF)

55 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (WHO) 2001, pp.11-14 .

Como solución parcial, el Secretario General de UN, Kofi Annan exigió a principios de 2001 la creación de un fondo global de salud que permitiera financiar los medicamentos necesarios para los pobres. En el mismo año se resolvió ante la Asamblea General de Naciones Unidas incluir al menos las enfermedades más importantes en el programa. De este modo en enero de 2002 comenzó a operar el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA,



la tuberculosis y la malaria (GFATM).⁵⁶ Hasta ahora sin embargo, la comunidad internacional sólo ha logrado reunir una pequeña parte de los 10 mil millones de Euros por año planeados originalmente.

En la actualidad 2,8 mil millones de personas subsisten con menos de 2 Euros per cápita al día. Ante esta realidad está surgiendo un **creciente consenso global** en torno a que no es posible lograr un desarrollo sustentable con pobreza y sin salud ni

educación básica. Las enfermedades transmisibles y la muerte perfectamente evitable de madres y niños se han convertido en indicadores claves de la estrategia de desarrollo internacional. En el combate a la pobreza el tema de los servicios sociales básicos está ocupando un rol cada vez más importante. Desde los años 90 el Banco Mundial ha asumido la función de agencia líder en el combate internacional de la pobreza⁵⁷, desarrollando estrategias de salud, alimentación y de población en áreas antes descuidadas, como la seguridad social y la ayuda social.⁵⁸ También otras agencias de desarrollo internacionales están focalizando su trabajo en el tema de la salud: en su Índice de Desarrollo Humano el PNUD destaca los factores salud y educación; la OIT aboga por la mantención de los puestos de trabajo, la seguridad social y la seguridad laboral, ONUSIDA por su parte coordina los esfuerzos en la lucha contra el VIH/SIDA. Entre estos esfuerzos se encuentra finalmente también la convocatoria de la Comisión de Macroeconomía y Salud en enero de 2000, para analizar la importancia de la salud como motor del desarrollo económico.

4. El papel de la salud para la sociedad

“La salud no es todo, pero sin salud todo es nada.” Independientemente de su cultura, su género o posición social, la mayoría de las personas comparten esta afirmación del filósofo Arthur Schopenhauer. Todas las encuestas comprueban que una buena salud está en el primer lugar de la lista de esperanzas y anhelos de la humanidad en todo el mundo.⁵⁹ **La enfermedad** reduce el ingreso de los afectados (por los costos del tratamiento, pérdida

56 El Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) representa una nueva alianza global en la lucha contra las tres grandes enfermedades infecciosas. Con este fondo público-privado se pretende movilizar recursos adicionales para combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. El objetivo es reducir en forma sostenible el avance y las negativas consecuencias sociales y de salud de estas tres enfermedades, y de esta forma contribuir a la reducción de la pobreza y al logro de los Millennium Development Goals (MDG). En el transcurso de los próximos 5 años, Alemania participará en el GFATM con un aporte de 300 millones de Euro.

57 La encuesta realizada entre 60.000 pobres significó un cambio de enfoque del Banco Mundial. El G7 le había encargado al Banco Mundial realizar una revisión de los principios sociales y de los criterios para una buena política social.

58 Durante algún tiempo, la OMS había desperdiciado su posición de liderazgo; los temas nuevos como la urbanización, sistemas de seguridad, salud mental y enfermedades no-transmisibles deberían haber sido asumidos con más rapidez. NN: "Repositioning the WHO". *The Economist*, May 9, 1998.

59 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (WHO) 2001, p.21.*

de días de trabajo o muerte prematura), su expectativa de vida y su bienestar psicosocial. Los altos costos de una enfermedad pueden fácilmente empobrecer a familias enteras. Asimismo las pérdidas de productividad provocadas por enfermedades de la infancia y/o crónicas tienen una influencia negativa sobre la situación económica de las personas. La enfermedad influye en las inversiones de los padres en sus hijos ("quality-quantity trade-off")⁶⁰ y tiene efectos negativos sobre la industria y la infraestructura, lo cual se evidencia más claramente en los países de alta prevalencia del VIH/SIDA en el sur de África. La falta de libertad política y las crisis económicas van mermando la salud del individuo⁶¹ tanto como los factores sociales, a saber p.e. oportunidades, cohesión, aislamiento o estrés. A la vez los problemas de salud influyen en el entorno social, político y económico.⁶²



La pobreza tiene dimensiones económicas, sociales y políticas.⁶³ Partiendo del dato concreto de que existen 2,8 mil millones de expertos en pobreza, e.d. los propios pobres, a finales de los años 90 el Banco Mundial encuestó a un total de 60.000 personas pobres. Según los resultados de la encuesta, la impotencia y el reducido bienestar de los pobres tienen efectos negativos sobre el modo de vida, las capacidades, el comportamiento, la seguridad, las relaciones sociales, los lugares de residencia, el cuerpo y las relaciones entre los sexos.⁶⁴ A juicio de los afectados, con frecuencia la pobreza es la

causa, pero muchas veces también la consecuencia de una enfermedad, incluso en familias de clase media. En opinión de estos "expertos en pobreza" la salud es un problema medular de la pobreza. Los gastos en salud no son previsibles individualmente y a veces son muy altos. Tampoco la solidaridad familiar logra compensar la falta de previsión social; a menudo familias enteras caen en la pobreza. Tales golpes del destino y el miedo a nuevas pérdidas frenan la disposición al riesgo y la iniciativa empresarial.⁶⁵

60 Países con una tasa de mortalidad infantil (IMR) inferior a 20 tienen una tasa de fertilidad (TFR) de 1.7 niños. Países con una IMR sobre 100 tienen una TFR de 6.2 niños.

61 En Rusia se pronostican app. 1.5 millones de muertes prematuras causadas por la inestabilidad política y económica desde principios de los años 90.

62 Richard, Rose. "How Much Does Social Capital Add to Individual Health?" *Social Science & Medicine* Vol. 51 (2000) pp.1421-1435.

63 OECD: *DAC Guidelines on Poverty Reduction*. Paris (OECD) 2001

64 - *Livelihoods & Assets: precarious, seasonal, inadequate*

- Capabilities: lack of information, education, skills, confidence

- Institutions: disempowering and excluding

- Organizations of the Poor: weak and disconnected

- Behaviors: disregard and abuse by the more powerful

- Security: lack of protection and peace of mind

- Social Relations: discriminating and isolating

- Places: isolated, risky, unserved, stigmatized

- The Body: hungry, exhausted, sick, poor appearance

- Gender Relations: troubled and unequal [44,264]

Narayan, Deepa et alii. *Voices of the Poor. Crying Out for Change*. New York (Oxford University Press) 2000.

65 "State Failure Task Force: State Failure Task Force Report: Phase II Findings." *Environmental Change and Security Project Report*, no. 5 (Woodrow Wilson Center: Summer 1999), 49-72.

En los países en vías de desarrollo más pobres hay un círculo vicioso de pobreza, déficits de educación, familias numerosas, enfermedad y malnutrición,⁶⁶ cuya importancia se subestima con frecuencia. La alimentación deficitaria favorece las infecciones y otras enfermedades. La llegada de una enfermedad puede fácilmente provocar la ruina de familias enteras, lo que a su vez acarrea una serie de consecuencias sociales. La enfermedad no solamente acorta la expectativa de vida, también aumenta el nivel de conflictividad de las personas, fomentando con ello los enfrentamientos sociales o políticos.⁶⁷

Como agravante se agrega el problema de las familias muy numerosas. Tener muchos hijos conduce a la pobreza, pero la pobreza a su vez favorece la constitución de familias grandes. Para compensar la alta tasa de mortalidad infantil y asegurar la manutención en la vejez por al menos un hijo, los padres pobres suelen tener muchos hijos. Pero el tener muchos hijos reduce las inversiones de los padres en la educación y la salud de su descendencia. Es por ello que la promoción de la salud sexual y reproductiva juega un rol prioritario en el área de la salud. La salud sexual y reproductiva comprende los aspectos de educación sexual, planificación familiar, atención de la mujer durante el embarazo, el parto y la fase neonatal, anticoncepción y tratamiento de infecciones de transmisión sexual incluídas el VIH/SIDA, así como todas las formas de prevención de la violencia contra la mujer. En este contexto hay que mencionar ante todo los programas de la cooperación al desarrollo que apuntan a superar y prevenir la violencia contra la mujer y el 'aborto inseguro', y que son apoyados por la GTZ y el KfW, así como el proyecto sectorial suprarregional del Ministerio Federal de Cooperación Económica (BMZ) contra la mutilación sexual de la mujer⁶⁸.



A pesar de la disminución del crecimiento poblacional, la dinámica demográfica en los países más pobres sigue representando una amenaza. Hoy como ayer, el crecimiento demográfico y la falta de acceso a los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva continúan teniendo impactos que frenan el desarrollo de las sociedades de estos países. El alto porcentaje de población dependiente y la consiguiente necesidad de proveer servicios básicos en las áreas de la educación, alimentación y atención de salud absorbe una gran parte de los efectos del crecimiento. La Conferencia sobre Población realizada en 1995 en El Cairo hizo público a nivel internacional el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la importancia de la salud sexual y reproductiva para la participación social y la igualdad de derechos de mujeres y hombres en el proceso de desarrollo. Las mujeres adultas y jóvenes se ven afectadas en mayor medida por la pobreza, la desigualdad y la explotación.

66 Korte, Rolf y Thomas Rehle. "Gesundheit und Krankheit in den Tropen". GR 41 (1989) H. 7-8, 392-396. Seidel, Walter. *Birth Intervals and Nutritional Status of Children Under Five in Rombo District / Tanzania*. Giessen (Justus-Liebig-Universität) 1992.

67 Bloom, David E. and David Canning: *The Health and Poverty of Nations: From Theory to Practice*. Boston 2001

68 Tautz, Siegrid, "Schwangerschaftsabbruch und 'unsafe abortion' ". Eschborn (GTZ) 2000. *Gewalt gegen Frauen und Mädchen beenden*, Eschborn (GTZ), 2002.



Sin embargo, la conciencia pública que se ha ido creando sobre el problema que el SIDA constituye para el desarrollo ha conducido a una refocalización de gran parte de la atención pública, con lo cual la prioridad de otros temas de la salud sexual y reproductiva ha disminuido. La negación por motivos políticos del Gobierno estadounidense de seguir apoyando conceptos integrales de salud sexual y reproductiva, que culminó en la denegación del financiamiento para la organización internacional de planificación familiar IPPF, perjudicó considerablemente el libre acceso de las mujeres en países en vías de desarrollo a la asesoría y la anticoncepción. En este contexto cabe señalar como un aspecto especialmente positivo el que la Comisión Europea y el BMZ en conjunto se hayan propuesto seguir dándole a este tema la necesaria prioridad en la discusión internacional.⁶⁹

Para superar la pobreza en forma sustentable se requieren diversas medidas que también están previstas en el **plan de acción para combatir la pobreza del BMZ** (Programa de Acción 2015). En materia de combate a la pobreza, el BMZ apuesta prioritariamente al fomento “de las capacidades productivas y creativas de los pobres, para que por medio de la autoayuda y su propia actividad económica puedan satisfacer de mejor manera sus necesidades.”⁷⁰ El motivo guía podría ser: **El empoderamiento en un contexto de seguridad crea oportunidades**. Los esfuerzos apuntan a ampliar las posibilidades económicas (“oportunidad”) de los pobres, a fortalecer su participación política y promover la capacitación para la preven-

ción, la autoayuda y la independencia económica de la familia (“empowerment”), así como a lograr un adecuado nivel de seguridad social, política y económica (“seguridad”) para prevenir la pauperización, p.e. en caso de una enfermedad grave. Pero sin un mejoramiento de las condiciones marco globales, tales propuestas tienen pocas posibilidades de éxito.⁷¹

La salud forma parte integral del combate a la pobreza. Precisamente para aquellos pobres que no están en condiciones de ayudarse a sí mismos⁷² – sobre todo niños y ancianos, así como las personas que los cuidan – se requiere una red social que los recoja y proteja del empobrecimiento. **La Seguridad Social** brinda una protección ante los riesgos de la vida de las personas y ante la pauperización a causa de golpes individuales del destino. Ella es un derecho humano inalienable y condición esencial para asegurar la paz social. La salud, educación y seguridad social son condición y a la vez parte integrante de un desarrollo social y económico sustentable. Esta convicción queda reflejada en el concepto integral de la cooperación alemana al desarrollo y en la nueva “estrategia de protección social” del Banco Mundial.⁷³ Puesto que un creciente nivel educacional conduce a una mejor salud, y el mejoramiento de la salud aumenta el potencial de ingreso, una red de seguridad permite a las personas pobres iniciar actividades más riesgosas, pero también más prometedoras. Garantizar la igualdad de las mujeres, las minorías étnicas y otros grupos desfavorecidos mejora su situación de vida y con ello la capacidad de aumentar sus ingresos.⁷⁴

69 A principios del 2003, el BMZ presentó junto con un nuevo documento base sobre la lucha contra el VIH/SIDA, otro sobre la salud sexual y reproductiva

70 BMZ aktuell No.098 / Marzo 1999

71 Los 10 puntos de partida para combatir la pobreza del Gobierno Federal son: Economía (a favor de los pobres), alimentación y reformas agrarias, intercambio comercial que beneficie a los países en vías de desarrollo, liquidación de la deuda, servicios sociales básicos y seguridad social, medio ambiente, derechos humanos, igualdad de derechos de los sexos, participación y democratización, solución pacífica de los conflictos.

72 Diesfeld H.J. y M. Krawinkel: “Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts.”.Comentario del Consejo consultivo Científico del BMZ 024, diciembre 2000. El BMZ distingue estos sectores de los pobres con capacidad de autoayuda y los grupos de la población expuestos al empobrecimiento. BMZ aktuell No. 098 / Marzo 1999.

73 World Bank: Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard. Washington, September 2000. Ver también: BMZ Spezial 069: Förderung sozialer Sicherheit und sozialer Sicherungssysteme in Entwicklungsländern – ein Positionspapier des BMZ., Bonn, noviembre 2002. Ver también: Eisenblätter, Bernd et alii: Globalisierung und soziale Gerechtigkeit. Beiträge des deutschen Gesundheitswesens zur internationalen Entwicklung, Eschborn y Bonn (GTZ & AOK) 2001.

74 World Bank: World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. Washington (World Bank, Oxford University Press) 2001.

La salud no es un lujo del cual las personas sólo puedan gozar cuando su respectivo país ha alcanzado un cierto grado de desarrollo. Más bien constituye una inversión necesaria en el futuro económico, social y político de una sociedad. La salud puede desencadenar el crecimiento económico y reducir la pobreza. Si bien este aspecto ya fue enfatizado por el Informe de Desarrollo Mundial de 1993 “Inversiones en la Salud”, hasta ahora ha encontrado muy poca resonancia en la discusión y la política internacional. La salud exige y promueve el combate a la pobreza. Las inversiones en salud contribuyen a construir una economía eficiente.⁷⁵

Este es el mensaje de la **Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS** (Commission on Macroeconomics and Health – CMH). Su informe de diciembre de 2001 ofrece estrategias concretas para fomentar el desarrollo económico y el combate a la pobreza de un país por medio de las inversiones en el sector de la salud. La Comisión demanda una estrategia de desarrollo basada en y orientada hacia la salud.

Resultados principales de la Comisión:

- > Los actuales gastos en salud de los países más pobres de 13 Euros por habitante (de los cuales sólo la mitad corresponde al sector público) son demasiado bajos. Estos gastos deben aumentar para llegar a aproximadamente. 30-40 Euros para asegurar una atención de salud elemental. Recursos adicionales por 27 mil millones de Euros al año de los países donantes podrían impedir el sufrimiento y millones de muertes innecesarias en los países más pobres. Tal aumento quedaría aún por debajo de los aportes ya aprobados en la Conferencia de Río de 1992 de estos países por el valor del 0,7% del Producto Interno Bruto.
- > El mejoramiento de la situación de salud de los pobres es un impulso esencial para el desarrollo económico de los países en vías de desarrollo.

Las inversiones en salud (y educación básica) que se exigen son económicamente pertinentes y prometen a los países pobres beneficios macroeconómicos de al menos 360 mil millones de Euros anuales a partir del año 2015.

- > Las propuestas de intervención apuntan sobre todo a los pocos problemas de salud que son responsables de la mayoría de las muertes: VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, mala alimentación, infecciones en la infancia, complicaciones durante el embarazo y entre los recién nacidos, así como enfermedades causadas por el tabaquismo.
- > La lucha contra estos problemas de salud, así como las inversiones en la salud reproductiva conducen a un desaceleramiento del crecimiento poblacional, a más educación para los niños y con ello nuevamente a mayores inversiones en salud.
- > Los países donantes y en vías de desarrollo, las organizaciones internacionales, el sector privado (ante todo la industria farmacéutica) y la sociedad civil deben cooperar en el desarrollo de medicamentos esenciales.

En el informe de la Comisión “Macroeconomía y Salud” no sólo los médicos y expertos en salud, sino también economistas y científicos sociales de gran prestigio⁷⁶ subrayan el papel central de la salud para el desarrollo humano. Este informe tendrá un impacto ostensible en la discusión internacional en torno a los campos prioritarios de la cooperación al desarrollo en el contexto del combate a la pobreza, aunque el financiamiento de las propuestas extremadamente costosas será difícil de lograr a nivel político. El informe de la Comisión señala nuevas líneas de argumentación para explicar la importancia de la salud en el desarrollo. El concepto “cerca-no al usuario” recoge los enfoques y experiencias anteriores en el campo de la atención primaria. Sin embargo, a la vez es necesario elaborar y aplicar modelos de financiamiento realistas y sustentables.

⁷⁵ Brundtland, Gro Harlem. *Grundrecht Gesundheit*. Editorial Campus, Frankfurt/New York, 2000, p.80.

⁷⁶ La Comisión de Macroeconomía y Salud fue dirigida por el Prof. Jeffrey Sachs, Director del Harvard Center para el Desarrollo Internacional y asesorada por el Prof. Fogel, premio Nobel de economía.

La **Comisión de la OMS entrega argumentos** que recalcan la necesidad de que la cooperación al desarrollo asigne especial atención a los temas de salud y educación básica así como sus condiciones marco institucionales (descentralización, gobernanza, participación, etc.) y se asignen más recursos para ello. En el marco de una focalización en programas de control de enfermedades, las medidas más cercanas a la población deberían estar orientadas principalmente a la lucha contra el



SIDA, la tuberculosis y la malaria, así como a la reducción de la mortalidad materna, la prevención y el tratamiento de enfermedades infantiles. Para estos problemas ya se cuenta con múltiples intervenciones de bajo costo. De acuerdo a este con-

cepto, junto con ampliar los servicios de salud básica a nivel local, se deberían crear programas nacionales de control de las enfermedades más importantes (p.e. el SIDA y la malaria). De este modo se podrían evitar anualmente millones de muertes, mejorar las condiciones de vida de muchas personas, reducir la pobreza y finalmente aumentar la seguridad global.

La salud es una condición esencial para el desarrollo de una economía nacional y para una situación de ingresos estable de los hogares. Precisamente para los pobres esta cadena de efectos es de especial importancia: evitar la enfermedad reduce los gastos de tiempo y dinero para cuidar a los afectados, permite un mejor desarrollo físico y mental, un mejor aprendizaje en el colegio y una productividad laboral más alta.

La siguiente enumeración entrega una visión general de las diferentes relaciones e interdependencias entre salud y sociedad.⁷⁷

- > **La economía influye en la salud:** La estructura y el desarrollo social y económico, la política económica y social tienen efectos sobre la salud al igual que el medio ambiente y los factores genéticos (indirectos).
- > **La salud influye en la sociedad:** La salud es un importante factor de producción. Los aportes a la salud son inversiones en el capital humano, que son necesarias para el proceso económico.
- > **La economía influye en el sector de la salud:** Ello ocurre en términos cuantitativos a través de los gastos en salud, y en términos cualitativos a través de las políticas de salud, económica y social con sus respectivos impactos sobre la salud pública. Los conceptos de la economía social de mercado y de los seguros sociales de salud representan influencias positivas.

⁷⁷ Factores importantes para la salud son: Educación, medio ambiente, existencia de servicios de salud, edad, estilo de vida, alimentación, condiciones de vida y de trabajo, redes sociales y comunitarias, así como condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales. Ver: Schwefel, Detlef. *Beziehungen zwischen Wirtschaft, Gesundheitswesen und Gesundheit. Anmerkungen zu einem gesundheitsökonomischen Ausbildungsmodul der Weltgesundheitsorganisation*. In: Alfred Keck, Varinia Mros (Ed.), *Beiträge aus dem Pilotseminar zur Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsökonomie – Erfahrungen und weitere Entwicklung, Teil 1*. Berlin, Akademie für Ärztliche Fortbildung, 1989, pp. 58-



> **El sector de la salud influye en la economía:**

En los países ricos la salud constituye un importante sector de la economía. En todos los países industrializados éste contribuye de manera sustancial y sobre todo creciente a la generación de valor agregado en la economía nacional. La marcada intensidad de mano de obra tiene efectos sobre el mercado laboral⁷⁸; la demanda de cualquier sistema de salud por productos y servicios imprescindibles para su funcionamiento influye entre otras en la industria farmacéutica, la biotecnología y la tecnología médica. Asimismo las medidas a nivel de política de salud repercuten en la economía. En este contexto, hasta ahora los efectos globalizados sobre el mundo pobre han recibido muy poca atención.

> **El sistema de salud y la salud se influyen mutuamente:** A pesar de que precisamente los expertos de la medicina con frecuencia sobre-

estiman los efectos de las prestaciones de salud sobre la salud de una población, la calidad de un sistema de salud sin duda influye en el estado de salud. Y este último a su vez influye - en tanto factor de la demanda - en la necesaria oferta de determinadas prestaciones, p.e. la demanda por cuidados especializados de una población que envejece. En general se plantea la pregunta, si los sistemas de salud realmente están orientados en primer lugar a preservar la salud o si más bien prevalecen los conceptos clínicos y médicos tradicionales. Las ciencias de la salud, entre ellas sobre todo la salud pública (Public Health) entrega nuevas respuestas a esta pregunta: En vez de la enfermedad, es la salud la que constituye el centro de atención, entendida como la capacidad y la disposición a llevar una vida social y económicamente productiva.⁷⁹

Es decir, la política de salud está ligada en forma indisoluble a la política económica y social. A fin de responder a estos múltiples desafíos, la cooperación al desarrollo debe trabajar con la máxima prioridad por **fortalecer los sistemas de salud** en los países en vías de desarrollo o de transformación.

5. VIH/SIDA

El ejemplo de la pandemia del SIDA subraya esta necesidad con especial énfasis. Las catastróficas consecuencias humanitarias y económicas de esta enfermedad en los países hasta ahora más afectadas de África ponen en evidencia la necesidad de una colaboración de todos los países, gobiernos y grupos de la sociedad civil. Porque sin una exitosa

⁷⁸ Un 12 % de las personas económicamente activas trabajan en el sistema de salud alemán. OECD Health Data 2002, Paris (OECD) 2002. Ver tb. Seehofer, Horst: *Eigenverantwortung stärken. Wege zur Rettung des deutschen Gesundheitssystems*. En: *Medica* 2001, 17.11.2001, p. 1 Otra cifra - 4.5 millones de empleados - se encuentra en: Breyer, Friedrich et alii. *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen*. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2001.

⁷⁹ Declaración de Alma Ata, párrafo V. OMS/UNICEF 1978. Ver también Schwefel, D.: *Public Health aus globaler Sicht. Ökonomisch benachteiligte, nichteuropäische Länder*. En: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (editores): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Urban & Fischer Verlag, 2002, pp. 15-20, 830-831. v. Troschke, J.: "Gesundheits- und Krankheitsverhalten". En: Hurrelmann, K. y U. Laaser (editores). *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim-München: Juventa Verlag, 1998, pp.371-394. Bröskamp-Stone, U., Kickbusch, I. y U. Walter: "Gesundheitsförderung und Prävention". En: Schwartz, F.W. et al. (editores). *Das Public Health Buch*. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1998, pp.141-170

lucha contra el VIH/SIDA será imposible lograr un **desarrollo sustentable**.

Según estimaciones de ONUSIDA y la OMS, a finales de 2002 en todo el mundo vivían más de 42 millones de personas con el VIH/SIDA, la mayoría de ellas en países en vías de desarrollo. Con más de 30 millones de personas infectadas con el virus, los países del África Subsahariana son los más afectados. Pero la epidemia también conlleva peligros enormes para países con una prevalencia menor. Especialmente en China, la India, Europa del Este y Asia Central existe el gran riesgo de un aumento masivo de la propagación.



En su mayoría los nuevos portadores son adultos jóvenes, en particular mujeres jóvenes. Aproximadamente un tercio de las personas portadoras del VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años de edad y la mayoría de ellos ni siquiera sospechan que están

infectados. Contrario a todas las esperanzas, la epidemia aún no ha llegado a su pico en absoluto, sino que sigue avanzando cada vez más, incluso en países de alta prevalencia como Botswana o Sudáfrica. En algunas regiones del África Meridional, ya el 40% de todas las mujeres embarazadas está infectadas con el VIH.⁸⁰ La expansión de la epidemia avanza en forma exponencial. Es por ello que en las etapas iniciales de la expansión de la infección, medidas de prevención de comparativamente bajo costo pueden lograr éxitos relativamente grandes. Como se puede observar en los países del África Subsahariana, en las etapas más tardías sólo es posible lograr una contención de la epidemia con grandes esfuerzos conjuntos de todos los involucrados de los países en vías de desarrollo y de la cooperación internacional, y recurriendo a todos los recursos disponibles.

Las complejas **consecuencias del VIH/SIDA** afectan tanto a individuos como a familias, empresas, comunas, regiones y países enteros. La ya mencionada Comisión de la OMS de Macroeconomía y Salud (CMH) calcula que sólo la epidemia del SIDA hará bajar el crecimiento económico anual en el África Meridional en varios puntos porcentuales. Dado que las víctimas de la enfermedad son en su mayoría personas jóvenes, económicamente activas, en la región subsahariana se pierde entre el 11,7% (según estimaciones conservadoras) y el 35,1% del Producto Interno Bruto.⁸¹ Se prevé p.e. que en el año 2010 el PGB de Sudáfrica será un 17% más bajo que en el caso de un desarrollo sin la epidemia del VIH. El VIH/SIDA también afecta en forma creciente a las empresas privadas en África. Más allá de las innumerables tragedias individuales, la pandemia genera pérdidas en la **productividad y las ganancias** y por esta vía una notoria disminución de las inversiones en el África Meridional.⁸²

80 ONUSIDA: *Report on the global HIV/AIDS epidemic July 2002*, Geneva 2002.

81 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva (WHO) 2001, p. 31-32.

82 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva (WHO) 2001, p. 39.

Junto con los impactos en la economía, la epidemia afecta la vida social y sobre todo familiar. Las consecuencias psicológicas y financieras del SIDA son demoledoras y menoscaban no sólo la vida de las personas hoy, sino también las oportunidades de las generaciones futuras. Sobre todo en muchas comunidades del África Meridional la muerte y la enfermedad generan discriminación, empobrecimiento, hambre, pérdida de valores culturales y de



la transmisión de conocimientos entre las generaciones. Se calcula que en el año 2010 en el mundo existirán 42 millones de **huérfanos del SIDA**. La mayoría de estos niños no recibirán la educación y el apoyo necesarios ni de sus familias ni de sus comunidades, para convertirse en miembros responsables y productivos de su respectiva sociedad. Muchos de ellos tendrán que interrumpir sus estudios para apoyar a la familia con su trabajo.

Muchos otros caerán en la delincuencia, ingresarán a organizaciones militares o contribuirán de otra forma a la inestabilidad política y social de sus países.⁸³

A pesar de estos pronósticos sombríos, también se visualizan desarrollos positivos y motivos para la esperanza. En los últimos 20 años hemos aprendido cuáles son las **estrategias** exitosas y dónde debemos comenzar a aplicarlas. Las notables experiencias en los países industrializados – pero también en países como Tailandia y Uganda – han demostrado que es posible limitar el número de nuevas infecciones. Las condiciones para el éxito no son sólo la voluntad política, sino la implementación consecuente de medidas de prevención continuas y multisectoriales durante muchos años y con la participación de todos los involucrados: las estructuras del Estado, las jerarquías tradicionales y especialmente los jóvenes y aquellas personas que viven con el VIH/SIDA. Modificaciones duraderas de la conducta, tanto en el ámbito sexual como en la conducta de roles, así como el acceso equitativo a preservativos como el medio más importante para interrumpir la cadena infecciosa y a la terapia y el cuidado forman parte de los mayores desafíos de la comunidad internacional.

En los últimos 15 años la cooperación alemana ha implementado exitosamente diversos enfoques. Entre ellos el **combate multisectorial del SIDA a nivel distrital y comunal**, programas PMTCT (prevención de transmisión madre-hijo; reducción de la transmisión madre-hijo del VIH con ayuda de medicamentos antiretrovirales) y el asesoramiento de empresas privadas y de empleadores públicos para la implementación de **programas en el lugar de trabajo**. Con ayuda de amplias medidas de prevención⁸⁴ se

83 Kassalow, Jordan S. *Why Health is Important to U.S. Foreign Policy*. New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations) 2001.

84 1. Gesundheitsförderung, um Safer Sex in der Allgemeinbevölkerung und in spezifischen Zielgruppen zu fördern, 2. Förderung der Kondom-Nutzung und Social Marketing, 3. Kontrolle von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten durch Behandlung und individuelle Beratung, 4. Beratung bei der häuslichen Pflege von HIV-infizierten Personen und ihren Familien, 5. Sicherstellung von Hygiene im Gesundheitswesen und im Bereich der Bluttransfusion, 6. Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, 7. Operationelle Forschung zur ständigen Verbesserung der Interventionen und deren Wirkungen, 8. Jährliche epidemiologische Verlaufskontrollen bei schwangeren Frauen in Mutter-Kind-Einrichtungen (sentinel surveillance), 9. Sensibilisierung und Beratung (advocacy) von politischen Entscheidungsträgern auf regionaler und lokaler Ebene, 10. Koordination der Maßnahmen mit anderen Projekten, Ministerien und Organisationen, einschließlich der Privatwirtschaft und ehrenamtlich Tätigen. GTZ: *Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region, Part I: Experiences and Achievements, Part II: Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of Sub-Saharan Africa (Examples from Mbeya Region)*, Eschborn, 2000.

logró frenar el aumento de nuevas infecciones con el VIH, sobre todo entre los jóvenes: Así por ejemplo en la Región Mbeya en Tanzania y en Uganda Occidental (Distrito Kabarole).⁸⁵ Estudiantes de Kabarole señalaron en un estudio que los seminarios apoyados por la GTZ eran su fuente más importante para informaciones relevantes sobre el SIDA.⁸⁶ En el marco del proyecto suprarregional "AIDS Control in Companies in Africa – ACCA" por ejemplo, la GTZ asesora a empresas privadas en la implementación de **programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo** y en la lucha contra la expansión de esta infección. Estas actividades están refrendadas por las experiencias positivas de los proyectos de cooperación público privada o public-private-partnership (PPP) con DaimlerChrysler en Sudáfrica y con Heineken en el Congo, los que en cooperación con la GTZ implementaron exitosos programas de VIH/SIDA en el lugar de trabajo.

Por su parte, el Banco KfW ha logrado gran impacto con sus programas de "Marketing Social" para promover el uso de preservativos. Basados en una experiencia de diez años, se llevan a cabo programas de marketing social financiados por la cooperación financiera en actualmente 23 países con un volumen de financiamiento de 218 millones de Euros. Pequeños comerciantes del sector informal y estructuras de comercialización privadas aseguran un mejor acceso a los preservativos. La colaboración con Agencias de Social Marketing y ONGs internacionales permite realizar campañas educativas de amplio impacto, utilizando los medios de comunicación masiva y todas las formas de medios informativos adecuados a la cultura local - p.e. en los mercados o en eventos deportivos.⁸⁷

Los éxitos logrados por nuestras contrapartes alemanas e internacionales demuestran que sí existen conceptos con perspectiva de éxito para hacer retroceder la epidemia del VIH. Requisitos para ello son tanto una cooperación estrecha entre los actores locales, regionales, nacionales e internacionales como un significativo aumento de los correspondientes recursos, tal como se hizo ahora con la creación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM).

6. Los sistemas de salud y su financiamiento

Los preámbulos de todas las constituciones políticas del mundo garantizan la vida de sus ciudadanos, y los ordenamientos jurídicos penalizan la omisión de la ayuda. Pero a pesar de que el derecho a la salud forma parte de los derechos fundamentales de toda persona, se producen millones de muertes innecesarias y sufrimiento evitable en el mundo, atribuibles entre otras cosas a los déficit en la atención de salud de las personas. El premio Nobel Amartya Sen señala al respecto que el desarrollo "... primero tiene que ver con prolongar las vidas que llevamos y ampliar las libertades de las que gozamos. Y entre las libertades más importantes que podemos tener está la libertad de enfermedades innecesarias y de una muerte evitable."⁸⁸ Cuando los habitantes de un país se encuentran en una precaria situación de salud, esto es también una señal del fracaso de la política o del Estado. Muchos gobiernos descuidan la asistencia sanitaria, una función medular y vital de cualquier Estado.

85 En la Región Mbeya (Tanzania) la tasa de infección con el VIH de mujeres embarazadas (grupo de referencia) bajó p.e. de 20% (1994) a 15% (1999), la tasa de infección con Sífilis de 15% (1989) a 4% (1999). Desde 1996 la difusión de preservativos aumentó en forma constante en un 10% al año, la tasa de usuarios (self-reported) es la más alta del país. GTZ: Reason for Hope: AIDS Control and Prevention in Mbeya, Tanzania, Eschborn, 2002.

86 Kilian, A.: HIV/AIDS Control in Kabarole District, Uganda. GTZ, Eschborn, 2002.

87 ONUSIDA: Condom Social Marketing. ONUSIDA Best Practice Collection. Genf, November 2000 Lehmann, L., et al. Vermarktungsstrategien für Verhütungsmittel, op. cit., Forschungsberichte des BMZ, tomo 121. Köln, 1997. Ver tb. las publicaciones del KfW "Aufklärung als Chance, Social Marketing als Weg. AIDS-Bekämpfung in Afrika". Frankfurt, KfW, Dezember 2000; sowie in der Reihe "Arbeitshilfen, Materialien, Diskussionsbeiträge" AMD Nr. 29: "Social Marketing in der Finanziellen Zusammenarbeit", Junio 2001 y AMD 13: "Population, Family Planning and Contraceptive Social Marketing", Febrero 1995

Una política capaz, voluntad política y un entorno institucional favorable conducen a mejoramientos de la salud que generan importantes condiciones para el desarrollo económico.⁸⁸ El buen funcionamiento de un sistema de salud que ofrece una atención eficiente y que posibilita su uso con criterios de justicia social, fortalece el desarrollo social, político y económico de una sociedad. “**Good Governance**” y “**Stewardship**”⁸⁹ son condiciones básicas para crear un sistema de salud de estas características.

Uno de los objetivos de la cooperación al desarrollo en el campo prioritario de la salud es poner a los países contrapartes en condiciones de construir sistemas de salud viables. La idea es capacitar a las contrapartes para detectar y solucionar por sí mismos problemas de salud o dificultades estructurales en el sistema de salud. Los sistemas de atención deben estar orientados en las necesidades de la gran mayoría de la población, asegurar a las personas de escasos recursos el acceso a las medidas preventivas y curativas más importantes, brindar prestaciones en forma eficiente y permitir la participación de todas las fuerzas de la sociedad civil en la prestación de servicios y en la definición de sus lineamientos. Para ello es imprescindible una **política social y de salud coherente**, que vele por una relación equilibrada entre responsabilidad pública y privada, entre elementos de mercado por una parte y orientación social por la otra. Ello requiere de la cooperación intersectorial, del fomento de la colaboración entre servicios privados y públicos y de la participación de la comunidad.⁹¹



En este contexto, la promoción y prevención de salud deberían estar siempre en el primer plano. Sólo es posible alcanzar la sustentabilidad en el campo de la salud, si la promoción de la salud se adecua a las estructuras existentes, contribuyendo así a un fortalecimiento del sistema de salud. Dado que las intervenciones verticales a menudo conducen a estructuras dobles y cargas financieras y organizativas adicionales, sólo deberían ser aplicadas en casos especiales, p.e. para combatir epidemias. También los programas verticales deben ser sustentables en el largo plazo.⁹²

Para apoyar a los países contrapartes en la creación y la reforma de sistemas de salud que cumplan con los criterios de eficiencia y justicia, la cooperación alemana entrega asesoría en la formulación de

88 Sen, Amartya: "Health in Development." *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77 (8), pp. 619-623.

89 Bloom, David E. and David Canning. "A New Health Opportunity." *Development* 2001, 44:1, pp 36-43.

90 La OMS define el stewardship como "the effective trusteeship of national health". Un Steward es ético y eficiente. Confianza, legitimidad, y orientación en el bien común son las características principales. Saltman, Richard B. and Odile Ferroussier-Davis: "The concept of stewardship in health policy." *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), pp. 732-739. Murray, Christopher J.L. and Julio Frenk: "A framework for assessing the performance of health systems," *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), pp. 717-731. WHO: *Health Systems: Improving Performance. Geneva (World Health Report 2000) 2000. OECD/DAC Guidelines and Reference Series, op. cit., 2003, p. 31.*

91 Entre los criterios más importantes para un sistema de salud exitoso y de alta calidad se encuentran según la OMS: "fairness", obligación de rendir cuentas y la responsabilidad del Estado y otros actores encargados. "Fairness" en este contexto es un concepto más amplio que igualdad y justicia, y comprende igualdad en los resultados de salud, acceso a todos los servicios y al financiamiento, eficiencia en la gestión y la alocaión de recursos, obligación de rendir cuentas, así como autonomía de los pacientes y oferentes. Sin embargo, en la práctica sólo muy pocos sistemas de salud cumplen con estos criterios. OMS: *Informe Mundial de Salud 2000. Daniels, Norman et alii. "Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries." Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6), pp. 740-750.*

92 BMZ aktuell, No. 105, 1999, p.10.



planes y políticas de salud, en la formación de capacidades en gestión de salud, la integración de la población civil y de grupos particularmente desfavorecidos, la gestión de un sistema de salud pluralista (público, privado y/o sin fines de lucro) y en la implementación de sistemas de financiamiento más justos de la salud.⁹³ Además participa en el financiamiento de la generación de estructuras programáticas eficientes así como en la rehabilitación y ampliación de la infraestructura de salud y su mantención. En este marco, la cooperación técnica alemana ofrece sus acreditados servicios de asesoría para el fortalecimiento institucional y la capacitación de expertos locales, mientras la cooperación financiera aporta la competencia en materia de financiamiento de proyectos de infraestructura, reformas estructurales y programas de cobertura nacional. El asesoramiento apunta a fortalecer las capacidades locales incorporando a la población.

El **desarrollo de sistemas de salud** es un proceso complejo. Las reformas sectoriales de los años 90, la descentralización, participación de los municipios y reformas de estructuras internas y de gestión, hasta ahora sólo han tenido un éxito relativo.⁹⁴ A juicio de la OMS, la causa reside ante todo en la falta de una política social responsable, inteligente y equitativa, un elemento medular de sistemas de salud eficaces. Precisamente en este campo, Alemania puede entregar una importante contribución a una política estructural mundial que esté basada en la distribución social de las responsabilidades en el sentido de la subsidiariedad, en “checks and balances” propios de un Estado social y de derecho y en un amplio consenso con miras a la solidaridad.

En el marco del asesoramiento de los países contrapartes, las organizaciones de la cooperación alemana pueden aportar a la discusión internacional en mayor medida que antes los principios y **experiencias en el manejo del sistema de salud alemán**. Esto es en primer lugar la idea fundamental de una seguridad universal en el marco de la subsidiariedad y solidaridad y con responsabilidad social. Estos principios encuentran su expresión concreta en el derecho social o Código Social alemán, en la autonomía administrativa y el pluralismo, la administración institucional y las corporaciones de derecho público. También en el ámbito de la organización paritaria y democrática de sistemas de salud y de una cultura de la negociación y la búsqueda de consensos, la historia de casi 120 años del sistema alemán de seguridad social ofrece múltiples experiencias positivas. Estas experiencias pueden ser de gran utilidad para los países en vías de desarrollo para apoyarlos en el camino desde pequeños seguros de salud informales y voluntarios hacia sistemas de seguros obligatorios, universales, por ejemplo en la ampliación del porcentaje

93 Una deficitaria atención en salud es una causa esencial de la pobreza.

94 Albert, Helmut et alii. "Reform of Social Services. A Conceptual Framework for Orientation" GTZ Proyecto de Innovación: Reforma de servicios sociales, GTZ: Eschborn, 2001. Köcher, Dieter. Konzeptionelle Grundlagen der Reform sozialer Dienstleistungen – Gesundheitswesen, GTZ, Eschborn, 2000. Davies, Philip and Guy Carrin. "Risk-pooling – necessary but not sufficient." Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (7), p. 587.

de asegurados o la creación de un mecanismo estructural de compensación de riesgo.⁹⁵ A pesar de sus actuales debilidades estructurales y financieras el sistema de salud alemán constituye un ejemplo digno de tomar en cuenta de una política estructural en materia sectorial y social. Precisamente la aplicación durante muchos años de una economía de mercado con criterio social y de una política social solidaria, subsidiaria permite participar en la discusión valórica global.⁹⁶ La madurez en cuanto al concepto y contenido de los



sistemas de seguro social y de salud de Europa continental y los conocimientos prácticos y cercanos a la praxis de muchos años - todo ello podría ser un aporte de una Europa ampliada que debería incorporarse con más fuerza a la discusión internacional sobre políticas de salud en el marco de la cooperación al desarrollo.

7. Investigación y Desarrollo

En el ámbito del desarrollo y la investigación en salud se observa una **grave desproporción** entre la carga de las enfermedades, que se concentra en su gran mayoría en los países en vías de desarrollo, y las inversiones internacionales en la investigación, orientadas casi exclusivamente en los problemas de salud de los países ricos. En 1990, la "Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo" (Commission on Health Research for Development), y más tarde el Council on Health Research for Development (COHRED), denunció la exorbitante "brecha 90/10": **90 % de los recursos para la investigación recaen en enfermedades que no afectan a más del 10% de la población mundial.**⁹⁷ Este resultado indeseable debe ser corregido para permitir que los pobres del mundo tengan acceso a modernos métodos de diagnóstico, terapia y prevención.

En particular los esfuerzos de investigación de los países en vías de desarrollo deberían recibir un mayor nivel de atención y apoyo tanto a nivel nacional como internacional. Ello requiere por una parte trabajar en las problemáticas locales y por la otra fomentar las universidades e institutos de investigación. La cooperación alemana participa hace mucho tiempo en la formación de expertos locales y la promoción de conocimientos locales relevantes con el objetivo de más largo plazo de crear capacidades en los países contrapartes para detectar y solucionar sus propios problemas.

El análisis científico de los **problemas de salud propios del respectivo país o región** ayuda a formular políticas y optimizar la búsqueda de mejores procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento.

95 Bärnighausen, Till und Sauerborn, Rainer. "One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?" *Social Science & Medicine*, 2002, 54, p.1559.

96 *En las experiencias con el sistema de salud se socializa con particular intensidad la conciencia valórica de las personas. Eisenblätter, Bernd et alii: Globalisierung und soziale Gerechtigkeit. Beiträge des deutschen Gesundheitswesens zur internationalen Entwicklung. Eschborn y Bonn (GTZ & AOK) 2001. Weber, Axel and Friedeger Stierle, Jürgen Hohmann, Bergis Schmidt-Ehry: Social protection in health care: European assets, potentials and contributions to global development. Eschborn (GTZ) 2002.*

97 Evans et al. "Health Research: Essential link to equity in development" *Commission on Health Research for Development*, 1990. Verheul, Ellen und Rowson, Mike. "Editorial: Where is health?" *Tropical Medicine and International Health*. Volume 7, No 5, Mayo 2002, p. 391.

COHRED plantea la necesidad de que todos los países implementen sus propios programas de Investigación en Salud Nacional Esencial (ENHR) con la finalidad de un estudio multisectorial de los problemas de salud más importantes a nivel nacional. Para estos efectos debería disponerse de al menos el 2% del presupuesto nacional de salud. Cuando se trata de temas que traspasan las fronteras nacionales debe producirse una cooperación entre los programas ENHR de los países afectados. De este modo es posible concentrar los recursos muchas veces escasos y desarrollar propuestas de solución que traspasen el marco nacional. Por lo demás la cooperación suprarregional puede contribuir a mantener y promover la paz. La cooperación alemana participa en estos modelos, asignando recursos para la cooperación multilateral e internacional.

En forma adicional se requiere una mayor **sensibilización del área de investigación y desarrollo en Alemania frente a los problemas de los países en vías de desarrollo**. La investigación siempre debe considerar también la adaptación de los recursos existentes y las medidas a las realidades climáticas, socio-económicas y culturales de los países en vías de desarrollo. La **formación en las universidades alemanas** debería asumir las dimensiones globales y sociales de la salud. Los expertos alemanes en salud están subrepresentados en las organizaciones internacionales. A la vez, los institutos alemanes deberían preocuparse más por atraer estudiantes extranjeros. Ello permitiría a las universidades asegurar su posición en la competencia internacional, fortalecer a más largo plazo su propio posicionamiento en la discusión de salud y contribuir a la calificación de estudiantes para la solución de problemas en sus respectivos países de origen.

Por consiguiente, los objetivos de la formación deberían contemplar⁹⁸:

- > una actitud básica solidaria y participativa como profesional de la salud pública (Public Health Professional)
- > la importancia de una salud pública internacional basada en la evidencia (evidence-based International Public Health)
- > capacidad de comprensión de interrelaciones globales
- > incorporación de capacidades de gestión a los sistemas de salud
- > capacidad de pensar en forma multidisciplinaria
- > conocimiento de instrumentos de evaluación de la salud
- > idiomas extranjeros y aptitud para la cooperación intercultural

Para realizar un aporte efectivo a la cooperación al desarrollo, las prioridades en investigación y desarrollo en el campo de la salud deben **volcarse más hacia las enfermedades asociadas a la pobreza y las causas de muerte más frecuentes en los países en vías de desarrollo**. En lo que respecta a la investigación biomédica, la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS (CMH) fija las siguientes prioridades:

- > Vacunas contra la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA
- > Medicamentos de efecto microbicida contra el VIH/SIDA
- > Pesticidas para el control de enfermedades de transmisión vectorial
- > Terapias combinadas para la malaria para evitar la generación de resistencias a medicamentos.

Pero más allá de ello se requieren también trabajos de investigación relevantes en las áreas epidemiología, financiamiento de la salud, ciencias sociales y políticas, que concedan especial atención al tema Cambio global y salud y a las actuales problemáticas en materia de economía de salud.

98 Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) / Kommission für internationale Zusammenarbeit (KIZ) "Positionspapier zur Vertretung des Lehrgebietes "Internationale Gesundheit" im Rahmen der postgraduierten Public Health Studiengänge an den deutschen Hochschulen" Bielefeld, 2002

A fin de asegurar el financiamiento de un tipo de investigación y desarrollo orientado en las necesidades de los países en vías de desarrollo, es necesario asignar más recursos, y sobre todo a largo plazo, a las instituciones de investigación nacionales e internacionales. Es así como el COHRED pide que las organizaciones de la cooperación al desarrollo y los países donantes dispongan al menos el 5 % de sus gastos en salud para apoyar programas ENHR, es decir a nivel mundial 3 mil millones de Euros adicionales para el desarrollo y la investigación en salud:

- (1) 1,5 mil millones de Euros al año para un nuevo fondo global de investigación en salud.
- (2) Otros 1,5 mil millones de Euro al año para el desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos para el VIH/SIDA y la malaria, así como la tuberculosis y otras enfermedades asociadas a la pobreza.
- (3) Incremento de los gastos para Investigación Operacional e intervenciones prioritarias en países contrapartes en al menos 5% de los fondos de cooperación por país.
- (4) Mejorar el acceso a informaciones científicas a través de Internet, así como promover la conexión a Internet de universidades y centros de investigación en los países en vías de desarrollo.
- (5) Revisión de la legislación sobre medicamentos abandonados ("orphan drugs") en los países ricos en el sentido de una mayor consideración de las enfermedades de mayor incidencia en los países en vías de desarrollo.
- (6) Incentivos puntuales para la investigación de terapéuticos específicos a través de compromisos previos de compra (por ejemplo para vacunas contra el VIH/SIDA).

Entretanto el COHRED fue complementado con el Global Forum for Health Research, ya que quedó en evidencia que muchos problemas de salud sólo pueden resolverse por medio de la colaboración global.

Alianzas entre la cooperación al desarrollo del Estado, los institutos de investigación, ONGs nacionales e internacionales y otras organizaciones multilaterales e internacionales (UE, Banco Mundial, OMS) pueden contribuir a concentrar las fuerzas existentes. Dentro de Alemania se debería reforzar la cooperación entre diversos ministerios como el Ministerio Federal de Cooperación Económica (BMZ), el Ministerio Federal de Educación y Ciencias (BMBF) y el Ministerio Federal de Salud y Asuntos Sociales (BMGS) y coordinarla con otros actores a nivel nacional. Además se debería impulsar la participación en redes internacionales para la promoción y difusión de los resultados de las investigaciones. Un paso importante en esta dirección es el programa de los países europeos y en vías de desarrollo de ensayos clínicos (European Developing Countries Clinical Trials Programme – EDCTP). Esta iniciativa tiene por objeto unir los esfuerzos de investigación en Europa en la producción de medicamentos y vacunas y acelerar la obtención de resultados concretos contra las enfermedades asociadas a la pobreza, el SIDA, la malaria y la tuberculosis.⁹⁹ Asimismo los avances en materia de investigación y desarrollo obtenidos en Alemania deberían hacerse más presentes a nivel internacional a través de programas multilaterales de fomento de la investigación como el TDR (UNDP – World Bank – WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases). Estos conocimientos y experiencias deben incorporarse a la discusión mundial sobre investigación y desarrollo, presentándolos en foros y seminarios, en grupos de trabajo y proyectos de investigación. Como por ejemplo con ocasión de un simposio organizado por GTZ, la Sociedad Alemana de Medicina Tropical y Salud Internacional (DTG) y el TDR en marzo de 2003 en Berlín.

99 Más informaciones se pueden obtener en http://europa.eu.int/comm/research/info/conferences/edctp/edctp_en.html



8. Perspectivas

Las interrelaciones entre salud, economía, política y desarrollo hacen que el tema de la salud sea considerado cada vez más como un **factor esencial del desarrollo sustentable** y particularmente del combate a la pobreza.¹⁰⁰ Diversos grupos de interés de una sociedad civil en proceso de globalización apoyan estas exigencias con creciente énfasis. Para mejorar la prevención, la autoayuda y los servicios de salud, los países pobres y los países ricos deben aprender juntos y de sus respectivas experiencias. Los elementos más importantes de este proceso son: conceptos claros, intercambio de experiencias, aseguramiento de la calidad, conceptos de seguridad, sistemas de seguridad, ayuda para la superación de crisis, investigación, formación, integración y reintegración.¹⁰¹

La educación y la salud son la base de un desarrollo social productivo y con ello de la lucha contra

la pobreza, puesto que crean, protegen y aprovechan el capital humano. En este contexto, la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, es la capacidad y la disposición¹⁰² a llevar una vida social y económicamente productiva. Para promover el desarrollo sustentable, la salud y la educación deben estar integradas en una política de seguridad social. Principios como la solidaridad, subsidiariedad y economía social de mercado deberían ser los ejes de una política estructural global que crea y mantenga las condiciones para una sociedad mundial estable. Intereses políticos globales están exigiendo un mejoramiento de los servicios sociales básicos y de salud – también en el interés propio de los países ricos. Desde allí se infieren muchas razones importantes para invertir en el campo de la Salud Internacional:¹⁰³

- > Con pocos recursos se pueden salvar muchas vidas en los países en vías de desarrollo.
- > La política de salud forma parte de un “buen gobierno” (“good governance”).
- > También en el campo de la salud se pueden realizar inversiones equivocadas.
- > La salud es un derecho fundamental.
- > La salud es políticamente relevante.
- > Las epidemias también pueden constituir una amenaza para nosotros.
- > Los servicios de salud son relevantes para la población en su conjunto.
- > El sector de la salud es un importante factor económico.
- > La enfermedad frena el desarrollo económico.
- > Los servicios de salud tienen efectos positivos sobre la cohesión social y la prevención de crisis.

100 Bloom, David E. and David Canning. "A new health opportunity." *Development* 2001, 44:1, pp.36-43. También los objetivos de desarrollo internacional de la OCDE y los objetivos del milenio de las Naciones Unidas enfatizan ante todo la salud, la educación básica y el medio ambiente.

101 Diesfeld H.J. y M. Krawinkel: *Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts. Entwurf einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*. Junio 2000.

102 El concepto de salud no se refiere sólo a la salud física, sino también a la salud mental – en la discusión sobre la Salud Internacional este punto fue muchas veces ignorado. Recién en su Informe sobre la Salud Mundial del 2001 la OMS recalca la especial importancia de la salud mental. World Health Organization: *The World Health Report*. 2001. "Mental Health: New Understanding, New Hope." Geneva (WHO) 2001.

103 Seidel, Walter: *Warum sollte die deutsche EZ im Bereich Internationale Gesundheit investieren? 10 gute Gründe*. Berlin (DSE) 2000.

Entre las recomendaciones más comunes para la salud global está la de integrar las medidas en el ámbito de la salud a las estrategias de combate a la pobreza. Para este efecto es preciso mejorar los sistemas de salud, promover la salud así como reducir los riesgos de salud por medio de políticas coherentes en los sectores relevantes para la salud.

Entre las **medidas más importantes** de la cooperación al desarrollo en el campo prioritario de la salud se encuentran sobre todo la lucha contra las enfermedades infecciosas (p.e. VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, enfermedades asociadas a la pobreza), la promoción de la salud reproductiva y del aseguramiento de la calidad. Otras medidas que la cooperación alemana apoya hace mucho tiempo son la creación e implementación de sistemas de seguros sociales de salud, resguardando los principios de subsidiariedad y equidad; conceptos de seguridad, así como organización y gestión eficiente en términos de costos en el sistema de salud; aseguramiento de la calidad y acceso a medicamentos esenciales. Importantes temas nuevos, llevados a la discusión internacional sobre todo por la OMS, son la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles (enfermedades crónicas, problemas nutricionales, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.) y las graves consecuencias de los accidentes y la violencia, así como del consumo de alcohol y tabaco para la salud.¹⁰⁴ A eso se agregan nuevos desafíos para los sistemas de salud en los países en vías de desarrollo, así p.e. en materia de promoción de la salud mental y en el manejo de los problemas sociales de poblaciones que envejecen y de las enfermedades asociadas a la vejez.

En todo caso la discusión internacional sobre salud global no gira sólo en torno a nuevos temas, sino también nuevos conceptos e instrumentos. Por esta razón, la integración de las planificaciones sectoriales en estrategias nacionales de desarrollo

y combate a la pobreza coherentes y sustentables (PRSP), considerando las respectivas condiciones marco a nivel macroeconómico, el nivel de endeudamiento y las posibilidades del financiamiento conjunto orientado a programas en estrecha cooperación con otros donantes e instituciones multilaterales, está en el primer plano de la discusión actual sobre cómo aumentar la eficiencia de la cooperación al desarrollo en el contexto de la globalización. Participar en el **diálogo con organizaciones internacionales, bilaterales y sociales, con los gobiernos y los afectados** puede ser una importante contribución para ir generando una política estructural global de los pequeños pasos. Precisamente Alemania con su estructura federal y su experiencia secular en la aplicación del principio de subsidiariedad, puede aportar ideas al respecto. Tal diálogo pluralista requiere de la documentación de ejemplos reales así como de buenas prácticas, que permitan clarificar el contexto y crear consenso. De esta forma surgirá un campo de acción que con justa razón se puede llamar Salud Internacional o **Salud Global**.

La convicción que se ha ido generando a nivel internacional de que **sin salud no es posible lograr un desarrollo sustentable**, confiere nueva actualidad al tema de la salud en el siglo 21. El fomento de la salud global se ha convertido en una necesidad estratégica - y no en último término, en el propio interés de los países ricos.¹⁰⁵ Sobre esta base debería ser posible establecer alianzas de la cooperación alemana con contrapartes competentes y eficientes y hacer política también en nuestro país. Las experiencias acumuladas hasta ahora con interesantes programas de desarrollo en diferentes partes del mundo constituyen una base esencial y excelentes condiciones de partida para un fomento sostenible, intensivo y de amplia cobertura de la salud de la población mundial.

104 WHO: *Report of the Director-General 2001*, Geneva, 2001.

105 El Council on Foreign Relations de EEUU recomendó recientemente: "The president and the secretary of state should make a commitment to place global health squarely on the agenda of U.S. foreign policy in order to protect both the health of Americans and major U.S. interests." Kassalow, Jordan S. *Why Health is Important to U.S. Foreign Policy*. New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations)

Pie de Imprenta

Editores

Deutsche Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
(Cooperación Técnica Alemana)
Dra. Assia Brandrup-Lukanow
Dag-Hammarskjöld-Weg 1–5
Postfach 51 80
65760 Eschborn
Tel.: +49-(0) 6196-79-1272
Fax.: +49-(0) 6196-7980-1272

Sociedad Alemana para Salud Pública (DGPH)
Kommission für Internationale Zusammenarbeit (KIZ)
Prof. Dr. med. Ulrich Laaser DTM&H, MPH
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
D 33501 Bielefeld
Tel./AB/Fax: +49 521 450116
E-Mail: ulrich.laaser@uni-bielefeld.de

Asociación Alemana para las Ciencias de Salud
y Salud Pública (DVGPH)
c/o Deutsche Koordinierungsstelle für
Gesundheitswissenschaften (DKGW)
Generalsekretär Prof. Dr. med. Jürgen v. Troschke
Hebelstr. 29
79104 Freiburg
Tel.: +49-(0) 761-203-5521
Fax: +49-(0) 761-203-5516
E-Mail: sekretariat@dvgh.de

Sociedad Alemana de Medicina Tropical
y Salud Internacional (DTG)
c/o Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Str. 74
20359 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40-428 18 478
Fax: +49 (0) 40-428 18 512
E-Mail: dtg@bni-hamburg.de

Banco de Desarrollo KfW
Dr. Wolfgang Bichmann
Palmengartenstraße 5-9
Postfach 111141
60325 Frankfurt am Main
Tel.: +49-(0) 69-7431-3520
Fax.: +49-(0) 69-7431-3746

Autores

Prof. Dr. rer. pol. Detlef Schwefel
Dra. Myriam Vučković
Prof. Dr. med. Rolf Korte
Ole Doetinchem
Dr. med. Wolfgang Bichmann
Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Fotos

Páginas 1, 10, 18 y 19 OMS / P. Viro
Página 2 Bundesministerium für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung (Ministerio
Federal de Cooperación Económica y Desarrollo)
Páginas 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 21,
23, 24, 27, 28, 29 y 37 Gottfried Huss
Página 6 Peter Weis
Página 22 Version FotografenAgentur
Páginas 30 y 34 Rolf Korte
Páginas 32/33 Ralf Maro/Version

Diseño gráfico

design werk, Wiesbaden
Tel.: +49-(0) 611- 204 78 78
Tel.: +49-(0) 611- 204 78 80
E-Mail: info@design-werk.com



Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH



Sociedad Alemana de Medicina Tropical y
Salud Internacional (DTG)



Banco de Desarrollo KfW



Sociedad Alemana para Salud Pública (DGPH)



Asociación Alemana para las Ciencias de Salud y
Salud Pública (DVGPH)