



Este número especial del Boletín de la Cooperación Mundial se ocupa de la salud pública.

El artículo destacado fue escrito por la Dra. Odile Frank y cubre algunos de los problemas más agudos en el área de salud pública en la actualidad en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Otro de los asuntos tratados en este número está relacionado con las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el insigne organismo internacional creado hace 68 años para promover la salud y aliviar la carga de la enfermedad en todo el mundo. La OMS recibe directrices sobre sus objetivos y prioridades de 194 Estados miembros a los que sirve. La Asamblea Mundial de la Salud se convoca cada año en Ginebra y reúne a altos funcionarios de sanidad de todo el mundo, así como representantes de muchos organismos, organizaciones, fundaciones y otros grupos que contribuyen a mejorar la salud pública. Por último, esta edición del Boletín presenta los perfiles de dos organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la defensa de la atención sanitaria, la sensibilización y otras esferas.

El Editor

CONTENIDO

Protección social, cobertura sanitaria universal y dignidad humana

2

La Asamblea Mundial de la Salud aborda

9

Protección social, cobertura sanitaria universal y dignidad humana: el papel de los trabajadores en el desarrollo social

Por Odile Frank

Presidenta del Foro de ONG sobre la Salud

Al iniciarse este 2016 fuimos dotados de una nueva orientación de futuro para la salud. Nuestra perspectiva y atención se han desviado hacia un panorama más amplio. Al no vernos más limitados por el logro de metas específicas, ahora vemos el posible alcance del acceso universal a la salud, con el apoyo de la protección social y guiados por los derechos humanos y la justicia social.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) no son tan solo una nueva agenda de políticas de desarrollo con sus programas de trabajo sino que representan valores que plantean cuestiones morales para todas las sociedades e inspiran responsabilidad y la rendición de cuentas.

La consagración de la salud como un Objetivo¹ independiente sitúa a la salud en el nivel de máxima prioridad de la Agenda 2030, lo que refleja el compromiso de la comunidad internacional para con la cobertura sanitaria universal y para dar una respuesta adecuada a las amenazas para la salud cotidianas. Al mismo tiempo, el primer objetivo de la Agenda² –poner fin a la pobreza– subraya el papel fundamental de los sistemas de protección social, uno de cuyos pilares es el acceso universal a la asistencia sanitaria básica³

Su aplicación nos brinda a todos un motivo para la reflexión. Vamos a necesitar de la voluntad política y la movilización de recursos



Odile Frank ha trabajado en temas relacionados con la salud en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, el Consejo de Población, la Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas (como Jefa de la Subdivisión de Integración Social en el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES)), la Organización Internacional del Trabajo (como Investigadora principal y Asesora Jefa de Política en la Unidad de Investigaciones y Análisis Políticos del Programa Mundial sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo) y más recientemente en la Internacional de Servicios Públicos (como Experta en Sanidad y Servicios Sociales). Obtuvo su Doctorado en Ciencias en la Universidad de Harvard, donde se especializó en salud pública y ciencias médicas y sociales, y los títulos de Máster en Ciencias de la Población y en Consultoría Psicológica. La Dra. Frank ha sido autora de numerosos trabajos y artículos en las áreas técnicas de desarrollo internacional.

En 2016, la Dra. Frank fue nombrada Representante Especial del CIBS en la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y los organismos especializados en Ginebra.

¹ El Objetivo Sostenible 3 persigue «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos».

² El Objetivo Sostenible 1 persigue «Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo» y el Objetivo 1.3 insta a «poner en práctica a nivel nacional sistemas de protección social para todos...»

³ «Recomendación sobre los Niveles Mínimos de Protección Social» (Núm. 2020, Organización Internacional del Trabajo, 2012).

sobre una base sostenible pero, sobre todo, aptitudes humanas suficientes a todos los niveles. El personal sanitario es fundamental y la disponibilidad de la capacidad humana será la traducción más exacta de la voluntad política y los recursos dedicados a efectos de lograr, finalmente, nuestra ambición de larga data de una «sanidad por y para todos».

El personal sanitario y los asistentes sociales

El personal sanitario y los servicios de bienestar social públicos se encuentran en un punto crítico y, sin embargo, nada preparados para asumir la nueva visión. Los centros sanitarios y de asistencia social no disponen, con frecuencia, de suficiente personal y sus profesionales están insuficientemente pagados y viven en pésimas condiciones de trabajo en muchas zonas del mundo. Este número insuficiente de profesionales se debe, en parte, a los términos desalentadores de empleo y las malas condiciones laborales, pero también debido a las graves limitaciones en materia de contratación resultantes de la austeridad presupuestaria y de las exigencias de ajuste estructural. A pesar de la escasez de las cifras, hay poca o ninguna presión por aumentar sus salarios. Pero la consecuencia más grave es inevitable deficiencia en el conjunto de servicios que pueden ofrecer a los pacientes en toda circunstancia.

El personal sanitario y los asistentes sociales representan, de forma significativa, una mano de obra poco remunerada, incluso en países con un alto nivel de prestación de servicios sanitarios y disponibilidad de servicios sociales. Muy parecido al caso de los maestros, al personal sanitario y de servicios sociales se les valora inadecuadamente y se les considera improductivos en el nuevo cálculo económico neoliberal, al igual que la educación y la sanidad son considerados bienes de consumo para el que cada consumidor es responsable, sin valorarlos como bienes públicos cuyo precio supera al

de los rubíes.

La voluntad política vive horas bajas con gobiernos enfrentados a los intereses del sector privado para asegurar los aumentos necesarios en los ingresos públicos y mejorar, reforzar y dar sostenibilidad a los servicios sociales y sanitarios. El resultado final de este concurso de voluntades podría considerarse un éxito si los recursos dedicados a la creación y dotación de profesionales sanitarios demuestran ser capaces de lograr que la universalidad del acceso a la sanidad sea una realidad.

Se necesitará el fortalecimiento de los trabajadores de la atención sanitaria y de los servicios sociales para asegurar la cantidad, la calidad y la sostenibilidad de los servicios, cumpliendo con una serie de funciones y actuando como «controladores» de acceso a los servicios y la prestación de asistencia sanitaria y apoyo social, incluyendo, entre otros:

- acceso universal a los servicios a los que la gente tiene derecho;
- acompañamiento de personas con derechos, que garanticen que los servicios se disfrutaran plenamente;
- proporcionar servicios de atención social y/o sanitaria directamente a las personas, incluidos los que tienen necesidades particulares, como las mujeres embarazadas, mujeres con bebés o niños pequeños, personas en paro, enfermos, ancianos, discapacitados, todos los niños menores y personas que tienen dos o más necesidades simultáneas;
- garantizar la vigilancia y el control de calidad de los servicios contra las normas acordadas;
- garantizar la administración, gestión y sostenibilidad de los servicios;
- garantizar la coherencia entre y a través de los servicios, a fin de permitir un enfoque equitativo y

garantizar que las situaciones de las personas con múltiples necesidades se aborden en todos los servicios y con el tiempo.

El personal de la asistencia social y sanitaria en las economías ricas en recursos

En muchas economías ricas en recursos, el estado de bienestar, como una institución enraizada en las ideas de personas como Bismarck (en Alemania) y Beveridge (en el Reino Unido), prevaleció durante las décadas de 1960 y 1970⁴, tras las cuales perdió terreno rápidamente sin ser verdaderamente cumplido. El estado de bienestar fue traspasado y superado por las fuerzas del capitalismo global, impulsando un gobierno débil y la desregularización de la empresa privada basándose en la creencia de que cada individuo se beneficiaría más y directamente de los frutos de su trabajo en alianza con el capital, siempre y cuando el gobierno permitiera una mayor libertad de trabajo y de circulación de capital. Sin embargo, no existe una justa correspondencia entre el trabajo y el capital, y el resultado de la inacción del gobierno desde la década de 1980 provocó el aumento de la brecha entre la renta del trabajo y la renta del capital. El capital acrecienta más su poder entre los ricos y las grandes fortunas se han forjado en el mercado mundial, mientras que el poder adquisitivo de los trabajadores se ha quedado estancado y ha disminuido en algunos casos. Con unos ingresos cada vez más restringidos y aumentando los plazos de autorización y solvencia para pedir préstamos, los gobiernos no han sido capaces de compensar a los trabajadores y la pobreza ha permanecido, sin mitigarse, en medio de la riqueza. Como resultado, algunos de los mayores aumentos de pobreza se están produciendo en las llamadas «bolsas de pobreza» en los países ricos en recursos. Al mismo tiempo, se siguen destinando escasísimos fondos a las herramientas para remediar esta situación, en particular los elementos que sustentan los

programas de protección social –***incluyendo su componente fundamental del acceso universal a la atención sanitaria básica***– que son necesarios para proporcionar la adecuada cantidad y calidad de recursos humanos para prestar esos servicios.

En cierto modo, los nuevos objetivos de desarrollo sostenible se abordan de forma muy precisa para todos, incluyendo las economías ricas en recursos. Incluso si la Agenda 2030 para «*Transformar nuestro mundo*»⁵ centra su atención en los países en desarrollo, el lenguaje de los objetivos en materia de protección social y cobertura sanitaria universal pone de relieve su carácter universal y propósito de inclusión:

"1.3 Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables"

"3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos"

A los países ricos en recursos se les está considerando responsables ahora de terminar lo que habían comenzado pero que, hasta el momento, no han conseguido lograr. La Agenda 2030 exige un compromiso renovado con la sanidad universal, lo que implica una redistribución de los recursos de la asistencia sanitaria y los sistemas sociales –incluyendo el refuerzo de la cantidad y calidad de los profesionales de la asistencia social y

⁴ Costa Esping-Andersen. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press, 1990, pág. 1.

⁵ *Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development*. Nueva York: Naciones Unidas, 2015 [A/RES/70/1].

sanitaria- y la creación de nuevos mecanismos de financiación para erradicar y revertir la pobreza persistente. Este objetivo es ambicioso, pero está dentro del alcance de estos países, con un claro beneficio para todas sus poblaciones.

En todas estas áreas, los países ricos en recursos tienen que demostrar su determinación y la viabilidad y adecuación de los objetivos, y deben hacerlo pronto.

El personal de la asistencia social y sanitaria en las economías en desarrollo

En la mayoría de las economías en desarrollo, no hay antecedentes de un estado de bienestar. La solidaridad era un aspecto crítico de la vida en el pueblo y entre los nuevos migrantes de las zonas urbanas, por ejemplo; sin embargo, los gobiernos se enfrentaban a grandes poblaciones rurales que vivían de la agricultura de subsistencia, centrada en el crecimiento económico basado en productos primarios, industrias extractivas, la modernización de la agricultura y insuficiencia de la industrialización. Estas economías a menudo se modernizaron económicamente a un ritmo que llevaba a aumentar la proporción de la población, mientras que el crecimiento económico por sí solo fue durante mucho tiempo considerado la única fuente de alivio de la pobreza. Hoy en día, muchos países en desarrollo han establecido sistemas de protección social que incluyen una red de apoyo y beneficios para los grupos desfavorecidos. Pero incluso en estos países, las exigencias del ajuste estructural, la presión de la globalización económica y la austeridad presupuestaria fruto del impacto de la crisis financiera y económica originada en el período 2007-2008 han obstaculizado el crecimiento de los sistemas estatales basados en la solidaridad y han estancado su desarrollo.

De hecho, muchos de los países de este grupo deben volver a empezar y desarrollar

sus sistemas sanitarios y sociales. A menudo carecen de recursos, y se requieren esfuerzos especiales a fin de obtenerlos de manera constante. En este sentido, la mayoría de los países en desarrollo tendrán que lidiar con la alteración de sus fuentes de ingresos de su sistema fiscal a fin de incluir nuevos impuestos, así como con la modificación de sus prioridades de gasto, mientras sitúan el gasto sanitario y del sistema social en una prioridad más relevante y reducir la prioridad de otros gastos. Este cambio incluye, de manera considerable, la dotación de recursos que mejoren la distribución de los profesionales de la salud en los lugares y comunidades carentes de servicios médicos.

El personal de la asistencia social y sanitaria en las economías más desfavorecidas

Los países de bajos ingresos han sido los más afectados y, con frecuencia, se han visto totalmente sobrepasados por las fuerzas de la globalización, después de no haber sido capaces de negociar algún beneficio, en el proceso de globalización, de las transformaciones económicas globales que se daban. Ellos son los más afectados por el peso de su pobreza persistente. Los medios para desarrollar sistemas sanitarios y sociales sencillamente aún no se han materializado. Los gobiernos de estos países están, todavía y en gran medida, centrados en el crecimiento económico básico, para su propio bien y como una panacea para el desarrollo social, tomando a menudo decisiones basadas en el asesoramiento de los donantes que va ligado a los préstamos condicionales y la asistencia para el desarrollo. La recesión económica mundial ha golpeado a estos países en un momento crítico, y muchos de ellos están tratando de mantenerse a flote, con perspectivas posiblemente aún más inciertas. Este grupo de países son vulnerables; necesitarán obtener un mejor asesoramiento sobre políticas, así como la ayuda externa dirigida particularmente al desarrollo de la infraestructura social.

Deberán dirigir los recursos limitados a la atención sanitaria, la educación y los servicios sociales en lugar de esperar al «efecto goteo» difícil de alcanzar de un limitado número de sectores de crecimiento. Hay indicios de que la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) es cada vez mayor para estos países menos desarrollados y de bajos ingresos, ya que la AOD se redirige desde los países en desarrollo en mejor situación económica que ya han «superado» la financiación en condiciones favorables y que se benefician en mayor medida de la inversión extranjera directa.

Ha quedado muy claro que la AOD debe destinarse al desarrollo de la infraestructura social, incluida la atención sanitaria y los servicios sociales, y no es suficiente que los donantes, incluidas las instituciones financieras, simplemente indiquen donde debe invertirse el dinero. Se debe hacer un seguimiento de la AOD. Dicho procedimiento está justificado si nos fijamos en el brote de la enfermedad del virus del Ébola en 2014.

La falta de inversión en los sistemas sanitarios de los tres países de África occidental afectados por el brote del Ébola en el año 2014 fue la causa individual más importante de la propagación y persistencia de esos brotes. En ese momento, los tres países afectados estaban invirtiendo en gran medida en sus industrias extractivas, con vistas a la asistencia sanitaria y los sectores sociales. En uno de los casos, el país no estaba cumpliendo con sus propios objetivos en cuanto al «gasto del sector prioritario» mínimo, es decir, la inversión en educación, agricultura, energía, justicia, asuntos sociales y obras públicas, así como la sanidad y la higiene pública, y no estaba cumpliendo con los objetivos de trimestre a trimestre; de hecho, pasaba por alto sus acuerdos previos con el Banco Mundial de emplear recursos para los sectores sociales prioritarios. En otro caso, el país fue amonestado por el Banco Mundial por un pequeño déficit presupuestario derivado del rebasamiento del

gasto público.

Aun así, la AOD es sólo una fracción de la base de recursos de los países menos desarrollados –alrededor del 12% de la renta nacional bruta en promedio en la actualidad– por lo que estos países también tendrán que hacer frente a la aplicación de los objetivos de desarrollo sostenible mediante la reorientación de sus gastos hacia nuevas prioridades. La distancia que tienen que recorrer es importante, sobre todo en lo que respecta a la poca importancia que le dan al gasto sanitario. Incluso se violan los compromisos intergubernamentales vigentes; por ejemplo, la Declaración de Abuja de 2001 de la Unión Africana⁶ apeló a sus miembros a aumentar sus cuotas respecto del gasto presupuestario nacional en salud al 15%. Sin embargo, solo unos pocos países de los más de 50 que componen la Unión han alcanzado ese nivel hasta la fecha, lo cual representa menos de uno de cada diez países.

Los trabajadores de la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Además, el objetivo de desarrollo sostenible para los trabajadores de la salud y la asistencia social tiene especial relevancia para este grupo de países. A diferencia de los objetivos de la protección social y la cobertura sanitaria universal que se han mencionado anteriormente, la intención de la meta para los trabajadores no es universal sino que se centra en los países en desarrollo, haciendo especial hincapié en los países menos desarrollados y los pequeños Estados insulares en desarrollo de entre todos los países en vías de desarrollo:

“3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y de la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del

⁶ Ver

<http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf>.
Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.

personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo”

En términos prácticos, esto significa que en la determinación de las prioridades en el gasto, los países en desarrollo más desfavorecidos tendrán que asegurar que las cifras del personal de atención sanitaria y social ocupan un lugar preponderante. Esta prioridad debe ser también un elemento esencial del seguimiento de la AOD.

Reconocer la asequibilidad de la atención sanitaria y social

Sin embargo, para todos los grupos de países, la voluntad política en la asignación de fondos es de suma importancia, y que a menudo requiere persuadir a los principales actores responsables de la preparación y aprobación del presupuesto nacional. Por ejemplo, todos los países deben persuadirse o volverse firmes en su convicción de que los niveles mínimos de protección social son asequibles. Esto ya ha sido ampliamente demostrado en estudios realizados por la OIT; es más, el Banco Mundial ha calculado que el 70% de los países ganaría en eficiencia económica con la protección social, y que el 30% restante puede ser asistido en este cometido.

Esto también ha sido ampliamente demostrado en los programas de protección social existentes. En Brasil, por ejemplo, la conocida *Bolsa Familia*, que transfiere ingresos a las familias, siempre y cuando mantengan a sus hijos en la escuela, ha costado el 0,4% de la renta nacional bruta, mientras que el programa ha demostrado un rendimiento que casi duplica la inversión nacional.

Aparte de los cambios en los ingresos fiscales y en las prioridades de los gastos nacionales, así como en el acceso a la AOD y los préstamos, los países pueden esperar

augmentar los ingresos dedicados a la salud y los servicios sociales al contribuir a los esfuerzos mundiales en su lucha contra los flujos financieros ilícitos. Este compromiso internacional es de suma importancia; se prevé que las empresas multinacionales ya no puedan participar en la evasión de impuestos a través de la erosión de la base y el desplazamiento de ganancias y deban establecerse firmemente para fines fiscales. Tanto las instituciones financieras internacionales como los países deben darse cuenta de las ventajas de un ligero déficit presupuestario y una tolerancia a la inflación también. Los países ricos en recursos así como no pocos países en desarrollo podrían utilizar los recursos que ya tienen en su mano, movidos por un renovado deseo de lograr no sólo la letra, sino el espíritu e intención en su totalidad, de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. Todo esto va a ser dinero bien gastado.

Los desafíos de hacer frente a la prestación sanitaria y la trampa de los sistemas de atención sanitaria de dos niveles

Los retos a los que se enfrentan los gobiernos al tratar de cumplir con sus responsabilidades y compromisos con los sistemas de salud y de apoyo social son sustanciales. Existen claros indicios de que la demanda de la asistencia sanitaria es poco flexible a los cambios tanto de ingresos y precios, sin contar algunos servicios, como la cirugía opcional. La demanda sanitaria es rígida, excepto en términos de crecimiento: la demanda de una mejor sanidad parece, pues, no tener límites. Las personas que son pobres, cualquiera que sea la economía en la que viven, están dispuestas a ceder por el bien de la salud de un ser querido, incluso a través de la venta forzosa de bienes valiosos. La gente rica va a comprar la salud que sus ingresos permitan. No nos comportamos como los llamados consumidores racionales cuando se trata de nuestra salud. Los pacientes no van a la «tienda de la salud»

objetivamente como harían con sus compras de bienes y servicios, buscando la combinación óptima de entrega, precio y calidad. Esto es porque tenemos información incompleta y hay otros factores que cuentan y que son puramente subjetivos; nuestra experiencia de bienestar físico es vital e íntima, una clase aparte de nuestro bienestar material. No somos dueños de nuestra salud, como lo haríamos con una mercancía. Nuestro estado de salud es parte de lo que somos y de la experiencia cotidiana de nuestras vidas.

La inversión es sensible a la necesidad de la salud, y responde en consecuencia. El gasto sanitario mundial actual, que se estima que esté en el orden de 6,3 a 10 billones de dólares, supera por cinco o más el gasto en defensa mundial. Se puede ganar mucho dinero en materia de salud y el capital de libre circulación en busca de una inversión segura puede encontrar beneficios sustanciales y prácticamente garantizados en el sector de la salud. En comparación con esta necesidad de rendimiento incondicional de capital no calificado, la industria de la salud, que invierte directa e intencionadamente en materia de salud, incluso en los sectores de tecnología de la salud y equipos farmacéuticos, se beneficia del mantenimiento de las normas y de la responsabilidad social de las empresas colectivas. La negociación con la industria de la salud se encuentra dentro del alcance de los gobiernos, quienes pueden desarrollar, ampliar, aplicar y hacer cumplir la regulación. El capital de libre circulación es difícil de alcanzar, y es indiferente al dominio en el que se invierte. La presión de la disponibilidad de dichos recursos es enorme y eleva el precio de la salud, mientras que obliga a bajar el gasto mínimo para asegurar el rendimiento que obtiene dicho capital. Es debido a esta restricción financiera que los profesionales de la asistencia sanitaria y social se encuentran insatisfechos. Como consecuencia de este estrechamiento los gobiernos se encuentran con la carga de

cuidar a los pacientes más enfermos y más pobres, mientras que los pacientes que pueden pagar y que tienen menos problemas compran salud y otros servicios de los proveedores, quienes cobran precios mucho más altos y se benefician de un alto rendimiento.

Los sistemas de salud de dos niveles, que ahora se pueden encontrar en muchas economías, son uno de los mayores desafíos para los sistemas sanitarios y sociales. Los gobiernos a nivel mundial tendrán que hacer un balance de lo que se ha logrado y determinar estrategias para salvaguardar la verdadera universalidad de la asistencia sanitaria y los sistemas sociales, basada en la solidaridad fiscal, la equidad y la justicia social.

Las opiniones expresadas en el artículo son las de la autora y no reflejan necesariamente las del Comité de administración del CIBS

La Asamblea Mundial de la Salud aborda las principales deficiencias y preocupaciones en materia de salud pública

Por Sergei Zelenev

La 69ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS), celebrada en Ginebra este año, cubrió un número sin precedentes de los temas de la agenda (76 temas en 6 días, del 23 al 28 de mayo), y aprobó varias resoluciones importantes que abordan cuestiones vitales para la salud pública. La labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue examinada exhaustivamente en la AMS, se fijaron nuevos objetivos y se ofreció una actualización de las prioridades existentes.

En los debates celebrados en la AMS se destacó la cuestión de las emergencias sanitarias, siendo este tema uno de los primeros en examinarse, en parte como respuesta a muchos críticos y la protesta de los medios a escala mundial debido a la respuesta multilateral, inicialmente lenta, al virus del Zika, así como a las dificultades para contener el brote del Ébola en África occidental. El programa recientemente iniciado de la Organización Mundial de la Salud sobre emergencias sanitarias, considerado como un resultado directo de este gran problema, consiguió un apoyo importante de los delegados; se solicitó a la OMS que dirigiera y coordinara la respuesta ante las emergencias sanitarias a fin de garantizar que la respuesta ante estas amenazas mundiales fuera mucho más rápida y más robusta. El programa fue adoptado como parte de la amplia gama de reformas llevadas a cabo dentro de la organización después de que una revisión llevada a cabo por diferentes comités independientes descubriera deficiencias en los procesos actuales de la agencia.

Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente

Los delegados hicieron hincapié en la importancia de ejecutar la aplicación de la «Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)». La resolución adoptada instaba a la Secretaría de la OMS a prestar apoyo técnico a los Estados Miembros en la actualización y aplicación de sus planes nacionales e informar periódicamente a la Asamblea Mundial de la Salud sobre el progreso de la salud de las mujeres, los niños y adolescentes. La estrategia establece un objetivo muy ambicioso, a saber, para asegurar que todas las mujeres, niños y adolescentes, en cualquier entorno, en cualquier parte del mundo, son capaces de sobrevivir y prosperar de aquí a 2030. El documento, incluyendo su nuevo marco operativo, visualiza la titularidad del país y una mayor rendición de cuentas por parte de las autoridades nacionales en todos los niveles. Se subrayó que el seguimiento del progreso nacional no es posible sin la recopilación de datos detallados de alta calidad y de la capacidad adecuada para su análisis.

El sobrepeso y obesidad infantil llaman mucho la atención de los delegados como factores de riesgo innegable que requieren una intervención precoz con el fin de promover las oportunidades de vida de todos los niños. En muchos países la obesidad infantil ha alcanzado proporciones alarmantes, allanando el camino para el desarrollo de las enfermedades en etapas posteriores de la vida. Muchos delegados – quienes fueron ampliamente respaldados por los grupos de la sociedad civil– acordaron que los gobiernos deberían apoyar la nueva orientación de la OMS para poner fin a la promoción inapropiada de alimentos y bebidas producidos comercialmente dirigidos a bebés y niños pequeños. Los planes de aplicación para el conjunto de medidas integradas recomendadas en el informe de la

Comisión para acabar con la obesidad infantil se deben desarrollar a nivel nacional sin demora.

Un envejecimiento saludable hoy y mañana

Los delegados también aprobaron una resolución sobre la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2020). Mientras que los países varían en función del tiempo y la velocidad del proceso de envejecimiento, la proporción de personas de edad avanzada –a saber, la población mayor de 60 años– está creciendo en todas las regiones y en la gran mayoría de los países. Se estima que en 2050 la proporción de personas de edad se eleve al 22%, tanto en las regiones más desarrolladas como las menos desarrolladas. La proporción de personas de «edad muy avanzada» –los mayores de 80 años– va en aumento dentro del grupo de las personas mayores, creando necesidades adicionales.

En sí mismo, el envejecimiento es una manifestación del progreso humano y un tremendo logro; el aumento de la longevidad, sobre todo si se combina con la capacidad para mantenerse saludable hasta una edad «muy avanzada», significa avances impresionantes de la medicina moderna, incluyendo el uso de métodos más efectivos en geriatría y gerontología. La creciente proporción de personas mayores presenta, sin duda, numerosas oportunidades para las sociedades, desde el uso de experiencias y capacidades de los trabajadores de más edad en el entorno del mercado hasta ayudar a las familias a hacer frente a la educación de los hijos y nietos. Pero el envejecimiento es también un importante reto social, en términos de la demanda adicional que supone para los sistemas de atención sanitaria y los cuidados a largo plazo a una edad en que la discapacidad o la enfermedad es difícil de evitar. A la luz de las tendencias demográficas actuales, los políticos de todos los países tienen que encontrar respuestas a

estas preguntas fundamentales referentes a las oportunidades y desafíos que se encuentran en las sociedades que envejecen. La buena salud en la vejez refleja una combinación de factores, pero muchas enfermedades crónicas se puede prevenir mediante conductas saludables en todo el ciclo de vida. La OMS alienta a los países a elaborar y apoyar una acción coherente sobre el envejecimiento saludable con el objetivo de desarrollar entornos propicios para las personas de edad y asegurarse de que las políticas en materia de salud son inclusivas y las personas mayores no se quedan atrás.

Cobertura sanitaria universal

Lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a la atención médica de calidad cuando sea necesaria es considerado por la OMS como un objetivo fundamental en el contexto del fomento de la salud física y mental y el bienestar y de cara a ampliar la esperanza de vida. Los sistemas nacionales de salud resistentes, que se basan en una fuerte atención primaria, proporcionan un apoyo esencial por esta vía y son considerados por muchos como la mejor defensa que los países pueden establecer contra los brotes de enfermedades infecciosas como el Ébola y el Zika, así como la creciente carga y los costes de las enfermedades no transmisibles como el cáncer y la diabetes. La cobertura sanitaria universal es equitativa y rentable de muchas maneras. Muchas delegaciones expresaron un fuerte compromiso con dicha cobertura, señalando que es incluyente, factible y cuantificable. Al mismo tiempo, las discusiones revelaron que la brecha en la cobertura sanitaria universal, teniendo en cuenta las circunstancias existentes sobre el terreno, no se puede sufragar de la noche a la mañana, y en el caso de los países de bajos ingresos pueden llevar décadas. Hay una necesidad de acelerar la búsqueda de un uso más eficaz de los instrumentos del sector privado como una adición importante al sistema nacional de salud, haciéndolos más

inclusivos, sin disminuir la importancia de la prestación pública. Como ha señalado la directora general de la OMS, la Dra. Margaret Chen, en su declaración ante la AMS, la cobertura sanitaria universal va más allá de los aspectos puramente médicos; es «buena para la salud y para la cohesión y la estabilidad de las sociedades».

La salud en la Agenda 2030

La cobertura sanitaria universal, entendida como un objetivo y enfoque de política, está estrechamente relacionada con el tema de la salud como se aborda en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en las palabras de la Declaración, son «de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal»¹. A diferencia de su predecesor, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los ODS están destinados a todos los países, no sólo los países en desarrollo. Una de las dimensiones críticas de los ODS es su énfasis en la interrelación, pues están diseñados para ser transversales. Como se señaló en el informe que la Secretaría presentó a la AMS, varios objetivos de salud comprendidos en los ODS son consecuencia de «la agenda inconclusa» de los ODM, mientras que muchos otros objetivos de salud se derivan de resoluciones de la AMS y planes de acción relacionados. «Al mismo tiempo, es importante reconocer la amplitud de la nueva Agenda: no solo considera la salud como un objetivo en sí misma, sino que además reconoce que la salud y sus determinantes influyen en otros objetivos y metas, y viceversa, como una parte integral del desarrollo sostenible»².

Los delegados acordaron que el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud es clave para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, que a su vez es fundamental para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud. También se observaron los vínculos entre el cambio climático y la salud, incluidos

los relacionados con la propagación de enfermedades transmitidas por vectores. Los debates, así como los acuerdos adoptados, pusieron de relieve la necesidad de mejorar una serie de funciones esenciales de la salud pública: la inversión de recursos adecuados, sostenibles en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios; mejorar la educación, el reclutamiento y retención de los trabajadores de la salud; abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud; por último, mejorar el seguimiento y análisis de los resultados en el ámbito de la salud.

Los objetivos relacionados con la salud se centran, aunque no se limitan, en el Objetivo 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades». Incluyen el objetivo de lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo la protección contra los riesgos financieros, el acceso a la calidad de servicios esenciales de atención sanitaria y el acceso a los medicamentos esenciales y vacunas seguras, eficaces, de alta calidad y asequibles para todos. Por supuesto, el logro de este objetivo, así como otros ODS, implica su cumplimiento progresivo; los países tienen que tener en cuenta la disponibilidad de recursos internos, así como otros, y avanzar a su propio ritmo.

Salud y medio ambiente

La mejora de la calidad del aire que respiramos es una de las preocupaciones de la OMS. La contaminación del aire en ambientes interiores y al aire libre es a la vez una de las causas principales de enfermedades evitables y muerte a nivel mundial. La contaminación del aire no respeta las fronteras nacionales y las intervenciones para enfrentarla a menudo

¹ Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 70/1, párr. 5

² Organización Mundial de la Salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. La Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Informe de la Secretaría. A69/15, de 8 de abril de 2016, párr. 19

requieren una acción urgente, no sólo a nivel nacional, sino también internacional. La 69ª Asamblea Mundial de la Salud examinó y aprobó una hoja de ruta para encontrar una respuesta mundial más efectiva a los efectos adversos de la contaminación del aire. Con el fin de llevar a cabo un seguimiento específico, la estructura de información adoptada tiene indicadores y objetivos para controlar el progreso.

Las medidas para prevenir la contaminación del aire encajan bien dentro de la serie de medidas consideradas conjuntamente con la aplicación del Acuerdo de París, adoptado en la Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, adoptada en diciembre de 2015. Hay claras oportunidades de lograr una sinergia en este contexto. La profunda reversión de la tendencia actual en la generación de gases que afectan al cambio climático, prevista por el Acuerdo de París, depende en gran medida de la aplicación de una serie de políticas destinadas a mitigar el cambio climático, incluidas las tecnologías de combustión limpia y mecanismos de gestión de la demanda.

Muchas de esas políticas también reducen los contaminantes del aire perjudiciales para la salud (como el carbono negro) que afectan directamente a la salud humana y el clima. Los hoja de ruta adoptada «detecta las oportunidades y recoge las sinergias y eficiencias vinculadas a las políticas que se centran en la reducción del cambio climático y en la supervisión del progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible pertinentes». ¹ Uno de los efectos beneficiosos de las políticas dirigidas a la mitigación del cambio climático es que la asignación de recursos tendrá en este caso un doble propósito, además de servir para mejorar la calidad del aire y prevenir millones de muertes asociadas con la contaminación del aire. Según han observado los redactores del informe mencionado de la Secretaría de la OMS, «el aumento de la conciencia pública

estimula la demanda de políticas que reducen la contaminación del aire, previenen enfermedades y mejoran la salud y el bienestar ... Para obtener tal aumento de la eficiencia, es crucial identificar los beneficios comunes de las diferentes medidas que se describen en la hoja de ruta, los que afectan a la salud y la contaminación atmosférica, el cambio climático y el desarrollo sostenible». ¹

La aplicación de las medidas indicadas requiere interacciones efectivas con las partes interesadas, incluidos aquellos del sector privado. Colaborar con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) conlleva numerosos beneficios potenciales ya que las OSC podrían ofrecer la supervisión así como la rendición de cuentas, de manera independiente, para evaluar y acelerar el progreso en los indicadores descritos en la hoja de ruta. Esos esfuerzos conjuntos son también esenciales para dar prioridad a la buena práctica del intercambio de colaboración efectivo y de amplio espectro, no sólo en la lucha contra la contaminación atmosférica, sino también con respecto a la función del sector de la salud en la gestión racional de los productos químicos, una de las áreas prioritarias a tratar en la próxima AMS en 2017.

El Dr. Sergei Zelenev es Director Ejecutivo del CIBS.

Para más detalles:

<http://www.who.int/mediacentre/events/2016/wha69/en/>

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-25-may-2016/en/>

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/WHA69-importance-of-multisectoral-action/en/>

³ Organización Mundial de la Salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. La salud y el medio ambiente. Proyecto de hoja de ruta para una respuesta mundial mejorada a los efectos adversos de la contaminación atmosférica en la salud. Informe de la Secretaría, Doc. A69/18, de 6 de mayo de 2016, párr. 7

⁴ *Ibid.*

La agenda para la promoción de la salud: perfiles de dos organizaciones de la sociedad civil

El Foro de ONG para la Salud

Un consorcio de organizaciones de salud fundada en 1978 bajo el nombre de **Foro de ONG para la Salud** está comprometido con el diseño y la aplicación de la política sanitaria mundial basada en los derechos. Con afiliación de carácter internacional, el Foro de ONG para la Salud es una asociación registrada sin ánimo de lucro con sede en Ginebra, Suiza (<http://www.ngo-forum-health.ch>). El Foro está dirigido por un Comité de Dirección, que se reúne al menos cuatro veces al año y está compuesto por diez representantes de las organizaciones miembros, elegidos en la Asamblea General Anual de gobierno por un período de dos años. Las actividades del Foro y su Secretaría se financian principalmente por cuotas de sus miembros y se complementan con una pequeña cantidad de apoyo de los donantes, los cuales deben cumplir con las normas de colaboración y ausencia de conflicto de intereses. El Foro ofrece a sus miembros un intercambio de información y sirve como una plataforma para la promoción y la acción concertada. El consorcio trabaja con el sistema de las Naciones Unidas y colabora con otras organizaciones de la sociedad civil; el Foro es un notable Miembro del Grupo Central de la *Coalición mundial por los niveles mínimos de protección social*.

El **Foro de ONG para la Salud** comenzó como una red en la década de 1970 que buscaba promover el concepto de atención primaria de salud (APS). Con los años, el grupo amplió sus actividades más allá de la APS: a raíz de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en 1978, se identificaron y promovieron las herramientas y medios necesarios para que la sociedad civil hiciera

realidad la APS, sobre todo:

- Promoción de la participación popular,
- Medios de comunicación más efectivos en todos los niveles,
- Cooperación entre las ONG dentro de los países,
- Coordinación a nivel local, regional e internacional.

En 1997, la organización decidió ampliarse aún más y se convirtió en el actual **Foro de ONG para la Salud** con el fin de fomentar la presencia multisectorial y la cooperación. Un principio fundamental del Foro es la aplicación de los derechos humanos en el sector de la salud y todos los sectores relacionados con la salud, incluido en el ejercicio de la actividad del Foro.

La Alianza para la Promoción de la Salud

Concebido como un grupo informal ad hoc de varias organizaciones no gubernamentales internacionales que se ocupan del trasvase de ambiciosas agendas internacionales a nivel de base y comunitario durante la 4ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud celebrada en Bangkok en 1997, el Grupo se convirtió en una alianza independiente acorde con el Derecho suizo, registrada en 2008 y con sede en Ginebra. El Consejo de 11 miembros se reúne periódicamente en Ginebra para trazar y llevar a cabo el trabajo. La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de la OMS da a la Alianza una plataforma para invitar a otras partes interesadas a centrarse en la respuesta de las ONG a las conferencias de la OMS, su seguimiento, diversos temas y retos existentes. Los miembros participan activamente en las reuniones de la AMS y del Consejo Ejecutivo de la OMS, conocer y relacionarse con los delegados del gobierno, ofrecer declaraciones conjuntas y organizar eventos paralelos. La Alianza organiza cuatro eventos principales al año junto con la presencia de sus miembros en el Consejo Ejecutivo de la OMS y las reuniones de la

Asamblea Mundial de la Salud. Los foros de noviembre convocados por la Alianza comenzaron en 2010 para ofrecer una plataforma específica a las organizaciones de la sociedad civil representadas en Ginebra y en otros lugares de trabajo en todo el universo OMS/ONU, con el objetivo de aprender, informar, participar y trabajar conjuntamente con otras personas involucradas en la salud, la promoción de la salud y otros temas relacionados. La Alianza trabaja activamente con las organizaciones miembros estudiantiles, tratando de aprovechar el entusiasmo de los futuros profesionales para llevar a cabo los mensajes vitales de promoción de la salud. Entre los socios se incluyen otras organizaciones internacionales no gubernamentales, instituciones de salud y miembros del sector académico.

En febrero el año 2015 la OMS otorgó el estatus de Relaciones Oficiales a la Alianza como resultado de su trabajo en curso y de apoyo a los Determinantes Sociales de la Unidad de Salud. La Alianza ha establecido un programa de tres años de trabajo con la Unidad. Los miembros de la Alianza mantienen contacto y conversaciones de manera regular con varias unidades de la OMS que se ocupan de la promoción de la salud, las enfermedades no transmisibles, el género y salud de la mujer y otros temas. La Alianza ha organizado varios talleres en Kenia y la India, dando así poder a comunidades y asociaciones locales para buscar sus propias respuestas a los problemas de salud locales, lo que contribuye en gran medida a la visión de la Alianza «para que las declaraciones mundiales trasciendan hasta el pueblo».

Hay información adicional disponible en <http://www.alliance4healthpromotion.org/>

Recursos y enlaces de interés – el hallazgo del mes

Explorar la Innovación Civil para la Transformación Social y Económica



Editado por Kees Biekart, Wendy Harcourt, Peter Knorringa, Routledge, 2016.

Mediante un enfoque cada vez más holístico del desarrollo, la publicación de esta colección ilustra cómo la innovación cívica ocurre a nivel mundial e institucional, así

como en las comunidades y los individuos. El libro explora las nuevas prácticas que surgen de distintas economías, estrategias transformadoras de empoderamiento en las cadenas de valor mundiales, la política local de los movimientos sociales y las luchas por los derechos con respecto a la raza, el género y la sexualidad.

Para más detalles:

<https://books.google.com/books?id=itQmDAQAQBAJ&pg=PT70&lpg=PT70&dq>

Perspectivas sociales y del empleo en el mundo 2016: La transformación de puestos de trabajo para poner fin a la pobreza, OIT, Ginebra, 2016



Esta edición del informe de «Perspectivas sociales y del empleo en el mundo», preparada por la Organización Internacional del Trabajo, está dedicado al tema de la pobreza, y examina cómo el trabajo decente puede contribuir a la meta de acabar

con la pobreza, un objetivo relevante para todas las regiones.

Para detalles adicionales:

http://www.ilo.org/global/publications/books/forthcoming-publications/WCMS_507516/lang-es/index.htm

The content of this Global Newsletter may be freely reproduced or cited provided the source is acknowledged. The views do not necessarily represent policies of ICSW.

Newsletter Editor:
Sergei Zelenev, Executive Director
E-mail: szelenev@icsw.org,

Address:
ICSW, 5700 Arlington Ave.,
Bronx, New York, 10471 (US Office)
icsw@icsw.org
Website www.icsw.org;

If you wish to unsubscribe, please click '[here](#)' providing your name and email address