



# Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



## FORMACIÓN

### Los retos de salud en la década que empieza: de la cooperación internacional al concepto de Salud Global. Implicaciones para la cooperación de especialistas clínicos

### Health Challenges for this Decade: from International Cooperation to the Concept of Global Health. Implications of Clinical Specialist Cooperation

J. Garay\*

Médico internista, especializado en Medicina Tropical y Salud Pública, Coordinador de Políticas y Programas de Salud, Dirección General de Desarrollo, Comisión Europea

Recibido el 24 de enero de 2011; aceptado el 21 de marzo de 2011  
Disponible en Internet el 26 de julio de 2011

#### Evolución de la salud

¿Cuál es el principal reto de salud en el mundo? Empecemos por recordar el objetivo que consintió la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace ahora 65 años: «Alcanzar el mejor estado posible de salud para todos». Ello inspiró su inclusión en la carta de los derechos humanos en los años siguientes. Desde entonces, la humanidad ha aumentado su esperanza de vida media en casi 20 años, casi tanto, como lo estimado en todo el tiempo anterior de evolución humana.

Los análisis parecen indicar que fue la alimentación, el agua potable, el saneamiento, la vivienda y trabajos en condiciones higiénicas, y la liberación de la mujer, los factores que más influyeron en aumentar la esperanza de vida. Los antibióticos, el suero de rehidratación y otros avances médicos contribuyeron. En sus primeros veinte años la OMS avanzó hacia la erradicación de la viruela. Coincidió con la última ola de independencias y unas Naciones Unidas, incluida la OMS; con espíritu democrático global, si bien aun condicionadas por la oligarquía de un Consejo de Seguridad, legado de las guerras mundiales. Sin embargo, en sus segundos veinte años fracasaron los intentos de la OMS de

erradicar la malaria. A finales de los 70, la OMS, UNICEF y el empuje de países del Sur, en buena parte imbuido de principios sociales en las jóvenes democracias africanas, de las resistencias socialistas en Asia y América, y del movimiento de médicos descalzos de China, se ilusionó con el concepto de Atención Primaria en la Conferencia de Alma Ata, extendiendo la salud fuera de las instituciones, movilizándolo comunidades, aspirando al concepto de «salud para todos en el año 2000». Pero la movilización comunitaria careció de gobiernos comprometidos realmente a extender la salud a las comunidades, en parte limitados por los ajustes estructurales de las instituciones financieras internacionales (regidas por el Norte y el capital...), que frenaban las políticas y gastos sociales. UNICEF, siempre gobernada por Estados Unidos y su filosofía política liberal, promovió la iniciativa de Bamako en los años 80 en un intento de autogestionar la atención comunitaria, pero con ello la limitó, la medicalizó, la «des-socializó». Con sistemas de salud que no despegaban y el Banco Mundial dictando las recetas de eficiencia en intervenciones públicas de salud (Informe 1993, Invertir en Salud), la OMS fue perdiendo liderazgo en los últimos 20 años del siglo xx. Mientras tanto, el sida comenzó a extenderse, en especial donde las necesidades de salud eran mayores y los recursos más limitados: el África subsahariana. Quizás otro signo de descrédito de la OMS fuera que se fundó una agencia diferente para luchar contra una enfermedad. Con inequidades crecientes en un mundo con pensamiento único

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Juan.GARAY@ec.europa.eu

de mercado progresivamente desregulado, y con sistemas de salud débiles en los países de recursos financieros limitados por gravitar en la periferia de la economía global, dominada por la especulación del poder central, el sida se extendió, y el progreso en la esperanza de vida se frenó. La década de los 80 se conoció como la década perdida del desarrollo, la década de los 90 bien se podría llamar la década perdida de la salud. El reto de «salud para todos en el año 2000» se fue olvidando durante los 90. Llegado a su destino, ni siquiera recibió sepultura.

Los últimos cinco años del siglo xx parecieron transformar y casi borrar toda la historia y compromisos previos: el avance más importante en terapia se demostró en la conferencia mundial del sida de Vancouver en 1996 cuando David Ho demostró como las terapias combinadas podían convertir al sida, hasta entonces lentamente fatal, en una enfermedad crónica. Los siguientes años desencadenaron una nueva movilización social, 20 años tras Alma-Ata, pero muy diferente: la reivindicación de acceso al tratamiento para el sida. «Seropositivos» activistas del Norte reclamaban acceso a tratamientos vitales e influyeron como nunca antes hizo ningún grupo social en las reuniones del G8 desde Okinawa y en la Organización Mundial del Comercio desde Doha, desencadenando la gestación de un fondo mundial para luchar contra el sida y excepciones a los acuerdos de patentes para medicamentos contra el sida. El movimiento activista del sida no hablaba de derecho a la salud en abstracto, no reivindicaba sistemas públicos de salud, no representaba a comunidades en su conjunto; simplemente exigía acceso a tratamiento para el sida. De movimientos comunitarios a *lobbies*, de derecho a la salud a énfasis en una enfermedad (luego extendida indirectamente a la malaria y a la tuberculosis), de prevención y salud pública a tratamientos efectivos, de servicios a proyectos, de sistemas públicos a ONG internacionales prestadoras de servicios, de procesos a resultados. Todo ello regido por una lógica «humanitaria»: tres millones de personas morían por sida sin acceso a tratamientos vitales. Se precisaban proyectos con urgencia, resultados, vidas salvadas.

Todo ello influyó en la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): el mundo pedía avances y resultados en las estancadas mortalidad infantil (10 millones de niños menores de cinco años), mortalidad materna (medio millón de mujeres durante el embarazo, parto y postparto) y en el avance del sida, e indirectamente, la malaria y la tuberculosis.

## La cooperación internacional en salud

En la primera década del siglo XXI que ahora acaba, la cooperación internacional en salud ha gravitado en torno al marco de los ODM y el énfasis en proyectos y resultados en problemas de salud concretos y de mayor relevancia mediática. Ello ha llevado a una proliferación de iniciativas verticales que se priorizan y diseñan ya ni siquiera en capitales lejos de las comunidades o estructuras locales, sino incluso en Nueva York, Washington, Ginebra o Bruselas. Estas iniciativas tienen grupos de activistas como sus mejores aliados, reclamando de los países ricos o grupos de poder financiero, industrial o filantrópico, fondos para proyectos centrados en los problemas de salud a los que son sensibles. Ello ha

influido en una movilización de fondos de cooperación en salud, al rebufo de los compromisos de aumento de la ayuda al desarrollo acordados en Monterrey ligados a los ODM. En grandes rasgos la primera década del siglo XXI ha multiplicado los fondos de cooperación en salud por 4 (de 4 a 16 mil millones de dólares —\$—), los cauces de cooperación (unos 30 donantes del comité de ayuda al desarrollo, unas 140 iniciativas globales de salud, unas 10.000 ONG y grupos de expertos del Norte dedicados a la cooperación en salud, cientos de miles de informes, misiones, evaluaciones...).

Pero la ayuda al desarrollo en salud es sólo una pequeña parte de la financiación de la salud: el mundo gasta en salud un 10% de su producto mundial bruto (unos 6 billones de dólares), dos terceras partes en el mercado privado, una tercera parte por cotizaciones y financiación pública, orientada teóricamente a la equidad y cobertura universal en salud. De los 2 billones de gasto público en salud, el 80% se concentra en los países de alta renta (12% de la población mundial, media de 1.500 \$ por habitante y año -/h-a), 19% en los países de renta media (dos terceras partes de la población mundial, media de 100 \$/h-a) y tan sólo 1% en los países de renta baja (el 12%, con una media de 20 \$/h-a). La mitad de la cooperación internacional en salud se destina a países de baja renta donde supone unos 8 \$/h-a adicionales, sólo en una cuarta parte ligados a presupuestos, cuentas o programas públicos de salud, es decir un 10% de los fondos públicos en su totalidad.

Además de la limitación en su nivel y en su coherencia con políticas financieras internacionales, la financiación pública y privada de servicios y proyectos de salud en países en desarrollo es de muy baja pertinencia (o de alta «impertinencia»), eficiencia y sostenibilidad. La baja pertinencia se relaciona con la distorsión de la ayuda (60% de la cooperación en salud se concentra en el 20% de la carga de enfermedad en «países en vías de desarrollo» (quizás mejor llamados «economías periféricas»): sida, malaria y tuberculosis. La baja eficiencia se debe a la multiplicidad de sistemas paralelos orientados a problemas concretos de salud que duplican y malgastan los recursos limitados. Es difícil extrapolar la relación directa entre financiación e impacto en salud, pero en el enfoque de proyectos ligados exclusivamente a una enfermedad como el sida el coste-utilidad medio es de unos 2000 \$/AVAD, 40 veces mayor que el recomendado por el Banco Mundial en los años 90 y unas 14 veces mayor que la eficiencia media esperada al relacionar recursos disponibles (nacionales e internacionales) y carga de enfermedad evitable (al menos 200 millones de AVAD) en los países de baja renta: 140 \$/AVAD. Por último, la cooperación internacional es volátil en su predictibilidad (una media de 12-18 meses, tres veces inferior a la predictibilidad de fondos públicos nacionales) y desequilibrada en sus aportaciones en gastos recurrentes en relación a inversiones (relación de más de 1:1 cuando los servicios de salud requieren al menos una relación de 3:1). Por otro lado, la cooperación «técnica» supone hasta una tercera parte de la cooperación internacional y a menudo está ligada a expertos y procesos externos —extraños— a los países «receptores». Por si fuera poco, más de las dos terceras partes de la cooperación en salud son ajenas a los procesos de decisión y financiación pública del sistema de salud, y por lo tanto, desincentivan la priorización de salud en los presupuestos públicos. Son «fungibles».

Paradójicamente, el mismo Norte «solidario» dicta recetas desreguladoras y neoliberales a los gobiernos del Sur a través de las condiciones de préstamos del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, limitando el espacio fiscal y los gastos públicos sociales y en salud. Por otro lado, los acuerdos comerciales bilaterales intentan blindar las patentes y ahogan el desarrollo y asequibilidad de medicamentos vitales para los países de baja renta; y las políticas de migración o estrategias específicas en salud de países de alta renta, favorecen la emigración de valiosos y limitados profesionales de salud en países de baja renta. Dichas incoherencias tienen un impacto potencial negativo muchas veces mayor que el impacto de la cooperación internacional solidaria en salud.

Debemos, por lo tanto, ver con seria humildad y auto-crítica el efecto de la cooperación internacional en salud. Pero ello no debe llevar ni al cinismo ni al derrotismo. En primer lugar porque el reto prevalece de millones de muertes evitables, como más abajo se apunta. En segundo lugar, porque los ciudadanos de países de rentas altas esperan que sus gobiernos sean solidarios con «países en desarrollo», incluso en tiempos de crisis. Y en tercer lugar, porque la cooperación internacional con las reformas necesarias, puede tener un impacto directo en la salud e indirecto en la sensibilidad de ciudadanos y gobiernos de países de altas y bajas rentas, y ser un revulsivo para políticas comerciales, financieras y migratorias internacionales más justas y humanas.

## La reforma de la cooperación internacional en salud: el concepto de Salud Global

Conscientes de los retos de inequidad en salud en el mundo y de las limitaciones de la cooperación en salud, basada en enfoques de proyectos, verticales y de enfermedades; la Unión Europea —UE— adoptó una histórica política de Salud Global en mayo de 2010, bajo el liderazgo de la presidencia española. La política europea en Salud Global identifica retos y acciones concretas en cuatro áreas claves para una mejor Salud Global: gobernanza, equidad, coherencia y conocimiento.

La gobernanza de la salud requiere liderazgos democráticos y efectivos. A nivel nacional, precisa de gobiernos democráticos, parlamentos dinámicos y una sociedad civil organizada y activa. Estos factores permiten diseñar e implementar estrategias participativas, pertinentes para los problemas prioritarios, efectivas dados los recursos disponibles y demandantes de recursos adicionales necesarios a nivel nacional e internacional. Dichos factores y virtudes no son frecuentes en muchos países, independientemente de sus rentas. A nivel global, el proceso democrático se emplaza teóricamente en la Asamblea Mundial de la Salud, que reúne a 198 países en la discusión de prioridades y acciones internacionales en salud. Dichos acuerdos deben ser liderados por la OMS. En la práctica, los acuerdos son en su mayoría resoluciones no-vinculantes, y casi el 80% del presupuesto de la OMS es dirigido a prioridades dictadas por quienes las financian, países de alta renta y el sector privado comercial o filantrópico. La UE se ha comprometido a reforzar los procesos participativos a nivel nacional y a aumentar la proporción (hasta el 50% al menos) de sus contribuciones a la OMS a través de financiación integrada y no dirigida,

para así respetar el proceso democrático y el liderazgo de la OMS en su función primordial.

El mundo sufre una creciente inequidad en salud. Como antes se apuntaba, la financiación pública en salud llega a ser casi 100 veces menor en países de baja renta que en los de alta, y la esperanza de vida 20 años menor, con mortalidades infantiles 15 veces mayores y maternas de hasta 60 veces superiores. Los principios europeos de las políticas de salud —equidad, universalidad, calidad y solidaridad— se deben aplicar a todas las políticas nacionales, europeas y con terceros países y organizaciones internacionales. Y ello debe priorizar los países de menos recursos potenciales y a través de sistemas orientados a una cobertura universal y en equidad. Para ello, los principios de la efectividad de la ayuda, acordados en París en 2005 y refrendados en Accra en 2009, deben ser aplicados al sector de la salud, como antes se describía, altamente distorsionado/sesgado; fragmentado/ineficiente y «proyectizado»/insostenible. Ello precisa de un nuevo enfoque de la cooperación, más orientada a alinear la financiación a través de cuentas transparentes públicas y de participar en el diálogo y seguimiento de estrategias nacionales efectivas y en equidad. Al margen de emergencias y erradicaciones (ortodoxia de las intervenciones verticales desde los años 50), se deben cuestionar las intervenciones parciales que no apoyan en su totalidad indisoluble servicios integrados de salud. Estos principios se recogen en la Asociación Internacional de la Salud (*International Health Partnership*), que precisa de una adherencia más coherente, honrada y consistente de sus miembros, en especial de donantes y organizaciones multilaterales, dependientes aún de dinámicas verticales y parciales.

En cuanto a la coherencia, es necesario aplicar los principios de salud europeos, equidad, universalidad, calidad y solidaridad; a las políticas internas y externas con impacto en la salud internacional. La UE ha identificado cinco áreas claves para la coherencia en salud: las políticas financieras y comerciales, de migración, de seguridad alimentaria, de cambio climático y de paz y seguridad. En todas ellas será preciso aplicar los principios antes referidos y asegurar que sus efectos no socaban los esfuerzos en solidaridad sino los potencian. Inicialmente se ha puesto énfasis en asegurar que los acuerdos comerciales bilaterales de comercio y las políticas de migración hacia la UE no afectan la disponibilidad de recursos humanos y materiales claves para la salud en terceros países, en especial en aquellos de baja renta.

El conocimiento internacional en salud adolece de similares sesgos y debilidades a los de la cooperación internacional. El nivel de financiación pública, incluidos los esfuerzos de cooperación, es aun más limitado en relación al de carácter comercial, de ahí su sesgo en contra de problemas de salud prioritarios para las comunidades y países de rentas más bajas, menos rentables desde el punto de vista de beneficios económicos privados. Por otro lado, la cooperación en investigación también está sesgada hacia ciertos problemas de salud y no está suficientemente ligada a mecanismos que prioricen el desarrollo y acceso a medicamentos vitales y al impacto en salud más que los beneficios comerciales. La UE se ha comprometido también a ligar de forma más efectiva sus esfuerzos en investigación internacional en salud mediante nuevos modelos de innovación, a las prioridades de salud en países de baja renta y fortalecer los procesos nacionales propios de investigación.

## Un paso más: ¿hacia un marco o convención internacional de Salud Global?

La segunda parte de 2010 llevó la política de la UE en Salud Global al diálogo con actores clave sobre las nuevas claves en la gobernanza, la cooperación y la coherencia. El mismo mes de su adopción, durante la Asamblea Mundial de la Salud, Estados Unidos presentó su Iniciativa de Salud Global. Ello llevó a Brasil, vicepresidencia del comité ejecutivo (grupo de 38 países que representan al total de la Asamblea Mundial), a sugerir una alianza entre estas nuevas visiones con la creciente cooperación Sur-Sur en salud. El mes siguiente, el diálogo en estos retos compartidos reunió a una amplia comunidad internacional en la Conferencia Internacional de Salud Global en Bruselas, donde se volvieron a apuntar claves para el trabajo común. Los meses siguientes fueron intensos en torno a las discusiones del G8 (aun centradas en menús de prioridades verticales..) y de la revisión de los OMD en la cumbre de Naciones Unidas en septiembre, que por primera vez incluyeron un capítulo común de sistemas de salud que introduce cada uno de los tres OMD parciales. Diciembre volvió a reunir en Bruselas, en los «Días Europeos del Desarrollo», a líderes mundiales y Brasil volvió a proponer, de forma más concreta la idea de un marco internacional de salud global, muy probablemente a debate durante enero de 2011 en el Comité Ejecutivo de la OMS.

### En este contexto ¿cuál es el reto actual?

Revisemos de nuevo el objetivo de la OMS, recogido en los derechos humanos: alcanzar el máximo estado posible de salud, para todos. El estándar de salud ha ido aumentando: las tasas de mortalidad de niños y de adultos han ido disminuyendo. No está tan claro si hoy el bienestar psicológico y social es también mejor que hace 65 años. Las tasas de depresión y suicidio en todo caso no han disminuido. Mientras se desarrollan indicadores objetivos y comparables de «felicidad» (si ello es posible a través de culturas y diferentes conceptos de la vida..), veamos con más detalle cómo ha aumentado la «cantidad» (esperanza) de vida. Durante los últimos veinte años en que contamos con estadísticas comparables entre países y regiones, y por problemas de salud y capacidades de atención, al menos la mitad del impacto en la mayor esperanza de vida, se debe a la influencia de las estadísticas de China, donde un sexto de la población mundial ha reducido en más de seis veces su mortalidad infantil y más de tres veces su mortalidad adulta. También ha aumentado por encima de la media la esperanza de vida en otras economías que ahora disfrutan de rentas medias en Latinoamérica, Norte de África y Asia. El efecto de India es también importante en la última década. En el otro lado de la moneda está África subsahariana, con alguna excepción, donde el aumento de la esperanza de la vida ha sido menor, casi inexistente en África Central y Occidental, e incluso negativo en la región del Sur de África, azotada por el sida. En el año 2000, si las tasas de mortalidad infantil y de adultos (de 15 a 60 años) de países de alta renta (en términos regionales, el «mejor estándar» de salud), se aplicaran al resto del mundo, el número de muertes «evitables» hubiera sido de unos 20 millones. Claramente, las últimas

dos palabras del objetivo mundial de salud («para todos»), suponen una situación inaceptable y un reto prioritario y cuantificable.

¿Qué ha pasado en la última década? Si aplicáramos las tasas medias mundiales de mortalidad infantil y de adultos del año 2000, a la población mundial actual en el 2010, habría 7 millones más de muertes, que el progreso en esta década ha conseguido ir evitando. La mitad de estas «muertes evitadas» en 2010, lo han sido por el acceso de tratamiento al sida, casi inexistente en países de rentas bajas en el año 2000. Analicemos también la distribución, la equidad, de la salud en el mundo hoy: el número de «muertes evitables»: por la misma inferencia antes estimada para el año 2000, si las tasas de mortalidad infantil y de adultos de países de alta renta se aplicaran al resto del mundo hoy, el número de muertes «evitables» sería también de unos 20 millones. En conclusión, mientras el mundo sigue avanzando (si bien no sabemos en qué proporción del potencial tecnológico y social) en «el mejor estándar de salud posible» (a un ritmo de unos 4 meses de esperanza de vida cada año, no es evidente en «calidad de vida»...), el avance no es «para todos» y las diferencias en salud, las «muertes evitables» permanecen constantes en la última década. Volviendo al análisis de final del siglo xx, los 80 fueron una década «perdida» para el desarrollo, los 90 para la salud, y los 00 para la equidad en salud.

El análisis más «fino» de inequidades vino de la mano de el trabajo de la comisión de determinantes sociales de la salud, mapeando estas inequidades también dentro de los países. De hecho, la mitad de las citadas «muertes evitables» tienen lugar en los países de baja renta, mientras que la otra mitad se debe a desigualdades intranacionales, fundamentalmente en los países de rentas medias.

Ante este reto de inequidad y de trabajar por el objetivo de hace 65 años, tan relevante hoy como entonces, el mundo no está bien preparado: el marco internacional es el de los ODM, que es claramente insuficiente: sólo recogen por categorías (muertes infantiles, maternas y por sida y malaria) un 55% de las muertes evitables (11 millones de muertes: 8 en menores de 5; 0,3 maternas y unas 3,5 por sida y malaria) y un 40% por sus objetivos (reducción –igual por países– en dos terceras partes –mortalidad infantil–, tres cuartas partes –mortalidad materna– o, de forma menos precisa en las enfermedades mencionadas). No sólo los ODM apenas afectan a la mitad de las muertes evitables, sino que ignoran las desigualdades entre y dentro de los países y la morbilidad por otros problemas de salud y en otros grupos de edad. Este hecho será, durante el 2011, bien analizado en la cumbre mundial sobre las enfermedades no-infecciosas y crónicas. Está claro: el mundo precisa de un nuevo marco operativo para avanzar en la asignatura pendiente en salud: la equidad.

La cooperación internacional en salud precisa así mismo de una reforma radical. Sus bajas pertinencia, eficiencia y sostenibilidad no pueden seguir siendo enmascaradas por *marketing* de cada iniciativa vertical y su universo de *lobbies*. Siguen proliferando las estimaciones de costes independientes para sus objetivos parciales, el análisis de déficits financieros para seguir en su modelo vertical, las atribuciones de muertes evitadas (todas juntas superan en varias veces los siete millones antes mencionados...). Todo

ello en una competitividad que en nada parece diferenciarse de la del mercado de detergentes o refrescos. Políticos con necesidad de datos a corto plazo sin referencia alguna a la universalidad del derecho a la salud o al coste oportunidad, y sociedad civil sensible a historias aisladas de enfermedades y personas, siguen priorizando la atención fragmentada, por falta de información como la que este escrito pretende animar. La UE puede hacer mucho en esta reforma: aplicando los principios de equidad, universalidad (poblacional y en problemas de salud), calidad y solidaridad. Los países de la UE, aún en su diversidad de sistemas de salud, entienden en el estado una función de garante de derechos, políticos y también sociales, incluido el derecho a la salud. Por ello regulan los mercados para evitar inequidades en el derecho básico a la vida, y asignan recaudaciones a la financiación de un sistema público y universal de servicios de salud. El fondo público que asiste a todos los ciudadanos es esencial en el derecho a la salud y en la cohesión social en la UE. El mismo principio y concepto podría inspirar, a nivel mundial, un Fondo Global de Solidaridad en Salud, que asista a los países cuyos recursos actuales; aun fortaleciendo su recaudación fiscal y maximizando su crecimiento económico, no pueden pagar los salarios mínimos a sus profesionales para evitar su emigración, ni los precios mínimos de medicamentos esenciales. El mercado de estos bienes universales (bienes imprescindibles para el derecho universal a la salud), debe ser regulado en coherencia, y también mitigado o compensado por un fondo de solidaridad, la evolución natural de la multiplicidad de fondos parciales actuales, y del enfoque de proyecto a servicio, de enfermedad a derecho.

Dicho derecho a la salud precisa de tres elementos: un garante, un sujeto receptor y un contrato. El garante, en nuestro concepto de la UE, debe ser el estado. El receptor debe ser el ciudadano responsable también de contribuir económicamente y de otras maneras (formas de vida saludable, participación comunitaria) a ello, y el contrato debe ser claro e identificar qué servicios y en qué condiciones deben ser legalmente disponibles o, en su ausencia, reclamables.

Esta reforma requiere de un liderazgo participativo, de una gobernanza global nueva. La Constitución de la OMS y su actual programa de trabajo del 2006 al 2015, se basa en normas de calidad y seguimiento estadístico, apenas cita la inequidad, y desde luego no está en el centro de sus funciones y objetivos. El principal problema de salud mundial llama a una reforma de la constitución de la OMS, en torno a un marco o convención de salud global, donde la comunidad internacional regule el mercado comercial y filantrópico, y asegure la equidad progresivamente en recursos y servicios integrados y esenciales (posiblemente con la definición de un paquete básico universal de servicios de salud) en base al derecho a la salud y su universalidad. En resumen, se trata de «desalambrar» el derecho a la salud, fragmentado por barreras económicas, por enfoques parciales arbitrarios, por grupos de población, por proyectos limitados en el tiempo. Precisa de una OMS renovada y firme, que no-siempre-complazca-a-todos-los-financiadores y que ejecute las resoluciones democráticas de la Asamblea Mundial de la Salud, hacia su, nuestro objetivo común, la mejor salud posible «para todos».

## **Rol de asociaciones profesionales y especialistas clínicos en el nuevo contexto de la Salud Global**

El contraste entre nuestro medio en España —de alta renta— y el medio de los países de baja renta implica contrastes de necesidades mucho mayores (tres veces mayor carga de enfermedad, de media, tasas de mortalidad infantil más de diez veces mayores, esperanza de vida hasta un 50% menor) y recursos mucho más limitados (hasta 100 veces menores en financiación pública per cápita). Una alta proporción de profesionales de la salud, en sus diferentes especialidades y funcionan, expresan su deseo de colaborar en cooperación internacional, en especial para y en situaciones de mayor necesidad. La colaboración se canaliza, de menor a mayor implicación, por colaboraciones financieras esporádicas o regulares a grupos de cooperación (por lo general ONG para el desarrollo o multilaterales como Naciones Unidas), a veces unida a contribución voluntaria a debates en asambleas o trabajo voluntario en sede, en una proporción menor de casos (menos del 5% en España, más del 10% en el Reino Unido) a través de estancias cortas en hospitales (a menudo de misiones religiosas) o proyectos en países de baja renta (empezando por rotaciones dura te la carrera o la especialización, siguiendo por temporadas durante vacaciones o asuntos propios), dedicación más prolongada durante un tiempo de la carrera profesional (menos de un 1%) o profesionales dedicados a la cooperación internacional en salud como actividad principal de su carrera profesional (una minoría). Ninguna de estas formas de actividad está claramente definida, apoyada, informada o reconocida.

Existen claras necesidades de información de los conceptos de Salud Global, de los marcos políticos globales y europeos, de las vías de formación y contribución en diferentes modalidades, de la coordinación de estas oportunidades e iniciativas en el contexto de la efectividad de la ayuda —antes descrita—, de vías en que dicha cooperación puede ser útil para la información, sensibilidad y compromiso del resto de profesionales, y también para el propio sistema de salud en España (Holanda, por ejemplo, valora —sus instituciones y su sociedad— altamente a los profesionales con experiencia en cooperación en sus capacidades gestoras —eficiencia en gasto— y en el enfoque clínico y comunitario adquirido en contextos de recursos limitados y altas necesidades. Todo ello debería llevar a incluir conceptos de Salud Global en la formación pregrado y en la coordinación, racionalización y reconocimiento europeo y mundial, de formaciones de diferente grado de profundidad según dedicación, en Salud Global (cursos de introducción, diplomas, máster, especialización).

Mientras ello pueda suceder, cuales son los aspectos concretos y a corto plazo que pueden facilitar y mejorar la actividad esporádica y de corto plazo, de cooperación internacional de los profesionales clínicos en España?

En primer lugar, sería necesaria una cierta «coordinación» (existen casi 50 especialidades médicas reconocidas en España, con sus asociaciones profesionales, grupos de cooperación, a menudo descoordinados entres sí y con sus homólogas europeas) de estas contribuciones para aprovechar al máximo su posible impacto, evitar duplicidades, atender a las necesidades mayores y más pertinentes, y

facilitar mayor continuidad y sostenibilidad de las acciones. La sección de salud de la AECl podría ser el lugar de inventario y coordinación, uniéndose a la identificación de necesidades con capacidades de cooperación, vinculando a procesos de cooperación más amplia (a través del enfoque sectorial —«SWAP»—) y de más largo plazo.

En segundo lugar, desde el ejercicio profesional en España, podemos contribuir a una mayor «coherencia» en la Salud Global. Un ejemplo: nuestra influencia en que las compañías farmacéuticas promuevan o permitan (por fabricantes genéricos) la comercialización a precios asequibles de medicamentos o equipamientos esenciales, en países de baja renta, puede tener un impacto mucho mayor que el conjunto de cooperaciones puntuales. Por otro lado, la sensibilidad a los flujos migratorios de profesionales de países de baja renta hacia nuestro sistema público y privado, debe respetar el código global voluntario de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud y promocionar formas de movilidad de beneficio mutuo para los países de origen, de destino y para los profesionales, como las migraciones circulares. Las asociaciones profesionales pueden promover este tipo de iniciativas.

En tercer lugar, es necesaria la «formación» de los profesionales involucrados en actividades de cooperación, a unos mínimos conocimientos de salud global y de políticas de cooperación). Dicha formación (mientras se pudiese estructurar de una forma más amplia como se mencionaba anteriormente) podría ser coordinada y reconocida por la AECl en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad e instituciones de salud internacional existentes en España (entre otras, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Salud Global de Barcelona o la Escuela Andaluza de Salud Pública). Debería incluir conceptos de salud global, políticas y normativas internacionales y europeas, conceptos epidemiológicos en países de baja renta, de tecnología apropiada, de antropología en relaciones inter-culturales y de siste-

mas de salud. Cada asociación de especialistas (hay unas 50 en España, unas 20 con grupos activos de cooperación) podría complementar esta formación con aspectos propios a su especialidad.

Con estas sugerencias no se pretende coartar o dificultar la encomiable y muy necesaria sensibilidad y acción solidarias de miles de profesionales de la salud en cooperación, sino fomentarla, racionalizarla, y aumentar su pertinencia, eficiencia e impacto en la salud de los más necesitados, en el contexto descrito de Salud Global.

## **Nivel de evidencia**

Nivel de evidencia III.

## **Protección de personas y animales**

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

## **Confidencialidad de los datos**

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## **Derecho a la privacidad y consentimiento informado**

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.