

## ACADEMIA IBEROAMERICANA DE FARMACIA

# Situación socio-sanitaria en Iberoamérica. Indicadores de salud y desarrollo

RODRÍGUEZ-CONTRERAS PELAYO, R.

¿Cuándo será la tierra, lugar de la cosecha para todas las gentes?

Francisco Contreras

## ANTECEDENTES

El encuentro con la Amazonía impresiona. Desde el avión se presenta como una exuberante extensión: verde, sombra, misterio. Con mansas cintas de agua. Salvaje y oscura. Donde la ausencia de cualquier punto de luz al anochecer, despierta una sensación temerosa de desconocida lejanía. Acentúa dicha impresión, el calor húmedo, el olor ocre a melaza, los mosquitos, los bejucos y las soledades.

En otro extremo, la Patagonia, un mar plano de tierra, de matorral inerme, extenso y pajizo. De impenetrable serenidad. Que alberga glaciares azules, hielos eternos, llenos de puntas de navajas y gritos ateridos.

Su deterioro progresivo, puede servir de ejemplo a la situación socio-sanitaria de Iberoamérica, cuyo problema esencial: la **desigualdad**, viene ligado a la injusticia social y a la pobreza extrema. De ahí derivan sus principales problemas de salud.

América Latina, es la región del mundo, donde los ingresos se distribuyen de manera menos equitativa. El valor del coeficiente Gini (que mide la desigualdad en distribución de tierras, con cifras que van del 0, igualdad perfecta, al 1, desigualdad total) es superior a 0,75, el más elevado de la tierra.

El periodo de crecimiento que se inició en 1.970 y se mantuvo hasta 1.982 provocó, una mejoría de la distribución, de escasa duración. La llamada década perdida, decenio de los 80, -donde descendió de promedio un 10% el PIB/habitante- supuso un retroceso de la equidad.

En los años 90, que comenzaron con expectativas de crecimiento, las economías de la región han experimentado grandes y desiguales cambios. Algunas han frenado la inflación y han restablecido el crecimiento; aunque los años finales, no han resultado buenos para países como: Colombia, Venezuela, Paraguay, Brasil, México, Argentina, Chile y para toda América Central; quienes padecieron o bordearon la recesión. Y sobre todo para Ecuador, que con una depreciación galopante, (el 197% en 1.999 y una caída del 23,5% a comienzos del 2.000) entra en el nuevo siglo con la dolarización de su moneda, el desgobierno, y la amenaza de un estallido social (con un 70% de su población en situación de pobreza). (CONADE. Diciembre 1.999).

En todo caso, Iberoamérica, ha mantenido o incrementado la desigualdad, de forma que han crecido los niveles de pobreza, y se han incorporado 40 millones de nuevos menesterosos a las listas de la vergüenza.

Es en este escenario de gran incertidumbre – con un 44% de su población en situación de pobreza, y un 16% en la de miseria- donde, la mayor parte de los países Iberoamericanos, han establecido políticas de Ajuste Estructural, que se han caracterizado por una reducción del gasto público en actividades como salud y educación; con ausencia o insuficiencia de verdaderas políticas de apoyo a las capas mayoritarias de la población. Afectando, con ello, de forma negativa al acceso de la satisfacción de sus necesidades básicas (alimentación, salud, educación, empleo, vivienda) y generando un gran deterioro social.

## MARCO SOCIOCULTURAL DE LA SALUD

Desde los clásicos esquemas de Hortwitz y Quesada Vargas, que desarrollan y completan ideas enunciadas con anterioridad (J.P. Frank, 1.790, "De populorum miseria murborum genitrice") se acepta el criterio de la estrecha relación entre el estado de salud-enfermedad y el desarrollo socio-económico de los pueblos.

Se considera, que la mayor parte del cambio en los patrones de morbi-mortalidad del último siglo, ha sido consecuencia, más de los cambios sociales y económicos producidos, que de los mayores recursos invertidos en los servicios sanitarios.

En 1.974, la 27ª Asamblea General de las Naciones Unidas declaró: "hemos de trabajar para corregir las desigualdades y reparar las injusticias actuales, eliminando las disparidades crecientes entre los países".

Las enormes desigualdades en materia de salud, la inequitativa utilización de los servicios, la falta de criterios de planificación y la incorrecta gestión de la asistencia, hizo plantearse a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una nueva alternativa en el Sistema Sanitario: la Atención Primaria de Salud (Alma - Ata, 1.978) después de que la 30ª Asamblea Mundial de la Salud (1.977) señalara que "la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios, deberá consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2.000, un grado de salud que las permita llevar una vida social y económicamente productiva; esa meta es la conocida como **salud para todos en el año 2.000**.

Veinte años después, la cruda realidad, señala la crisis de un discurso institucional lleno de buenas palabras y objetivos sin cumplir; ya que el proceso de degradación ha continuado:

- Se ensancha la brecha que separa a los países pobres de los ricos
- Se acrecienta el escándalo del hambre
- Aumenta la deforestación y la desertización
- Se acelera el cambio climático

- Se produce la superpoblación de grandes urbes

- Se acentúa la pérdida de la biodiversidad

- Se profundiza en la crisis de la identidad cultural de los pueblos del Sur.

Es claro que el concepto de **salud para todos** ha contribuido positivamente a mejorar la salud de los pueblos, como nos señalan diversos indicadores en Iberoamérica:

- El promedio de esperanza de vida aumentó más de un 15% en las tres últimas décadas.

- La tasa de mortalidad infantil se redujo a la mitad y la de < 5 años, cayó en sus 2/3 partes entre 1.970 y el 2.000.

- Ha aumentado el acceso de la población a la Educación, a los Servicios de Salud, al consumo de agua limpia y al saneamiento.

- Se ha mejorado la oferta calórica día / per cápita

- Se ha erradicado la poliomielitis (desde los 7.000 casos notificados en 1.978). La Región de las Américas fue certificada libre de polio en 1.994.

Pero, por el contrario, el imperativo de **Equidad**, núcleo fundamentalmente del concepto **Salud para todos**, aparece como el mayor fracaso actual, ya que entre 1.960 y 1.990, se ha duplicado la desigualdad en el mundo y se ha doblado la brecha que separa a los países ricos de los pobres.

Esta tendencia, se ha seguido reforzando en la década de los 90.

Todo ello ha llevado a declarar hasta al Banco Mundial (Informe de 1.993, Invertir en salud) que "la más eficaz medida para mejorar el estado de salud de la población, consiste en elevar el nivel de ingresos de los que viven en condiciones de pobreza" y que "las políticas oficiales que promuevan la equidad y el crecimiento al mismo tiempo serán más favorables para la salud, que las que fomenten sólo el crecimiento".

## SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA. DIFERENCIAS NACIONALES

*“La democracia y la libertad son buenas para la economía”*

Amartya Sen. Premio Nobel Economía 1.998.

Durante el decenio de 1.990, han continuado –aunque con oscilaciones– los procesos de democratización en Iberoamérica. Las reformas económicas, el reparto de los beneficios y la lucha contra la injusticia social, no se han acometido seriamente. El aumento de la riqueza, ha venido acompañado del crecimiento de la corrupción y no se ha puesto al servicio de la población.

Una importante razón de la crisis de Iberoamérica viene ligada al fuerte endeudamiento. Entre 1.986-1.990 dicha Región, remitió al exterior alrededor de 130.000 millones de \$ USA, sin que esta enorme suma, rebajara el total de

la deuda externa, que pasó de 408.877 millones de \$ en 1.985 a 702.877 millones de \$ en 1.997.

Este débito ha obligado a aplicar entre un 38,1% (1.985) y un 35,6% (1.997) del total de las exportaciones de la Región al servicio de la deuda; cosa que asfixia a los gobiernos y obliga a realizar fuertes recortes en el ámbito de lo social.

Siguiendo datos del Informe sobre desarrollo humano 2.000 (PNUD) vamos a clasificar los diferentes países Iberoamericanos, en orden por el valor del IDH. Asimismo incluimos a España, como elemento de comparación. (Tabla I).

**TABLA I.** Clasificación de los países Iberoamericanos según nivel de desarrollo humano. (IDH).

Nº Clasif. País	Esperanza de vida (años) 1.998	Tasa alfabet. Adulto 1.998	Tasa matric. (1°,2°,3°) 1.998	PIB/Per cápita (PPA en \$)	Diferencia n° PIB - n° IDH	Relación PIB real/per cápita 1987-98 20%+rico 20%+pobre	País
35 Argentina	73,1	96,7	80	12.013	3	-	Argentina
38 Chile	75,1	95,4	78	8.787	9	17,4	Chile
39 Uruguay	74,1	97,6	78	8.623	9	8,9	Uruguay
48 Costa Rica	76,2	95,3	66	5.987	18	13	Costa Rica
55 México	72,3	90,8	70	7.704	-3	16,2	México
56 Cuba	75,8	96,4	73	3.967	40	-	Cuba
59 Panamá	73,8	91,4	73	5.249	14	14,7	Panamá
65 Venezuela	72,6	92,0	67	5.808	3	-	Venezuela
68 Colombia	70,7	91,2	71	6.006	-3	20,3	Colombia
74 Brasil	67,0	84,5	84	6.625	-16	25,5	Brasil
80 Perú	68,6	89,2	79	4.282	7	11,6	Perú
81 Paraguay	69,8	92,8	65	4.288	5	27,1	Paraguay
87 Rep. Dominicana	70,9	82,8	70	4.598	-5	12,5	Rep. Dominicana
91 Ecuador	69,7	90,6	75	3.003	17	9,2	Ecuador
104 El Salvador	69,4	77,8	64	4.036	-13	16,6	El Salvador
113 Honduras	69,6	73,4	58	2.433	2	17,1	Honduras
114 Bolivia	61,8	84,4	70	2.269	4	8,6	Bolivia
116 Nicaragua	68,1	67,9	63	2.142	4	13,1	Nicaragua
120 Guatemala	64,4	67,3	47	3.505	-24	30,0	Guatemala
150 Haití	54,0	47,8	24	1.383	-7	-	Haití
21 España	78,1	97,4	94	16.212	9	5,4	España

Fuente: Informe Desarrollo Humano 2.000 (PNUD). Elaboración propia.

En esta tabla observamos que el primer país Iberoamericano en orden al Desarrollo humano, corresponde a Argentina, seguido de cerca por Chile, Uruguay y Costa Rica y en los últimos lugares Nicaragua, Guatemala y Haití.

Observamos como Cuba, Costa Rica y Ecuador ascenderían 40, 18 y 17 puestos en la clasificación que hubiesen obtenido de ordenarlos sólo en función del PIB/per cápita. Mientras que Guatemala, Brasil y El Salvador, descenderían 24, 16 y 13 puestos. Esto puede darnos una impresión de la mejor o peor "penetración" que los recursos financieros pueden tener en beneficio de la salud y educación de la población.

También en esta tabla podemos ver la relación en PIB/per cápita, entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la colectividad; para diversos países de Iberoamérica (hay algunos de los que no disponemos de datos).

Observamos que la mayor desigualdad se produce en Guatemala, Paraguay y Brasil y la menor desigualdad se da en: Bolivia, Uruguay y Ecuador.

En esta ocasión hemos comparado con España, cuya razón en PIB del 20% + rico frente al más pobre, es de sólo 5,4, que se encuentra extraordinariamente más bajo que el de los países de Iberoamérica.

### PROBLEMAS SANITARIOS POR GRUPOS DE POBLACIÓN.

Dada la confluencia de factores de riesgo presentes en las primeras etapas de la vida, con los del embarazo y parto, trataremos ambos grupos de manera continuada y secuencial.

#### *Problemas del embarazo, parto y puerperio*

La tasa de mortalidad materna es el indicador, que mejor mide, en la actualidad, la desigualdad entre países en relación al nivel socioeconómico; dado que es muy sensible para valorar las condiciones de salud de la mujer, de la atención materno-infantil, de la accesibilidad y calidad de los servicios médicos, así como de las condiciones socioeconómicas y de la estabilidad familiar (nutrición, actividad laboral, higiene sexual, hacinamiento, integración social...)

La baja calidad de los certificados médicos de defunción, que en muchos casos no contienen información suficiente para atribuir la muerte a

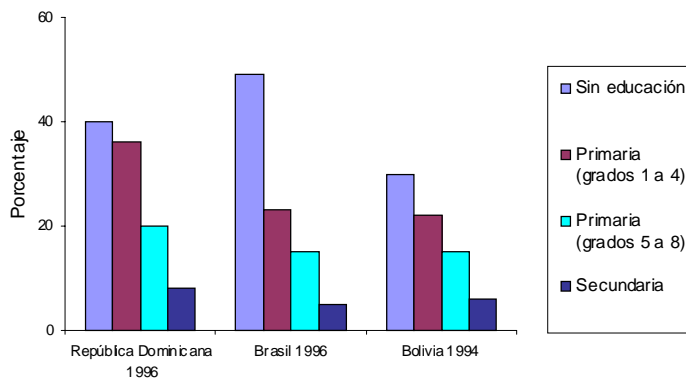
una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio, así como el subregistro de defunciones y de nacimientos; impiden que los datos de mortalidad materna sean fiables y condicionan que estos, estén claramente infravalorados.

Las causas principales de dicha mortalidad, vienen constituidas por la toxemia del embarazo, las hemorragias, las sepsis, el aborto y las complicaciones del puerperio. Y agravadas por la desnutrición, la anemia, los procesos palúdicos, la tuberculosis, las afecciones cardiovasculares, las enfermedades de transmisión sexual y la multiparidad.

El tema del registro del aborto y su repercusión en la mortalidad, es aún menos fiable, dada su ilegalidad en la mayoría de los países y su casi inexistente certificación médica.

La figura 1 nos señala los porcentajes de embarazo en adolescentes por grado de escolaridad, en diversos países de la Región.

FIGURA 1.- Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que dieron a luz, por grado de escolaridad.



Fuente: Macro International. Demographic and health surveys 1994-1996. Calverton, Maryland: Macro International; 1994-1996

Observamos, como el porcentaje de mujeres que dieron a luz, está directamente asociado a un menor nivel de escolarización en todos los países que se recogen.

Entre las adolescentes de los países Iberoamericanos, una de las principales causas de muerte, es la mortalidad maternal como consecuencia del embarazo o parto, donde tan común es el aborto séptico. El riesgo de muerte en ellas es de 50 veces superior al de una adolescente en los EEUU.

Las menores de 20 años, sufren más complicaciones del embarazo y parto (toxemia gravídica, anemia, parto prematuro, fístula vesicovaginal, traumatismo del cuello uterino y muerte) que quienes tienen sus hijos con 20 ó más años;

ya que entre las primeras abundan los embarazos no deseados, la clandestinidad y el aborto junto a la falta de recursos económicos y marginación social.

### Salud Infantil

En toda Iberoamérica, se ha producido una disminución progresiva y continuada de las tasas de mortalidad infantil y en menores de 5 años.

Como cifra promedio en Iberoamérica, entre 1960-1998, la mortalidad infantil bajó de 107 a 32 muertos.

La tabla nº II recoge, el descenso de la mortalidad en niños menores de 5 años en la región.

**TABLA II.** Disminución porcentual de la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años entre 1950-1954 y 1990-1994.

Disminución porcentual	Países
80% y más	Costa Rica, Chile, Cuba, Venezuela, Colombia, México, Brasil, Perú, República Dominicana, Honduras, Bolivia, Panamá, Ecuador
70%-79%	Guatemala, Haití, Argentina, Nicaragua
60%-69%	El Salvador
50%-59%	Paraguay
40%-49%	Uruguay

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas. Edición de 1998*. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica 567).

Podemos observar la gran disminución producida en la mortalidad en menores de 5 años de todos los países, con cifras de descenso que van del 80% y más en Chile, Costa Rica, Cuba, Venezuela, Colombia etc, hasta el 40-60% en Uruguay y Paraguay.

Pese a ello, Iberoamérica, tiene todavía alrededor de 6 millones de niños desnutridos y el problema sangrante de los “niños de la calle”.

### Principales causas de enfermedad y muerte

Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, y las deficiencias nutricionales, permanecen como las tres principales causas de muerte tanto en los menores de 1 año, como en los < 5 años.

Asimismo la tosferina, difteria, tétanos, sarampión, meningitis tuberculosa y paludismo, tienen un gran peso de forma individualizada.

También lo tienen las llamadas “causas externas” (homicidios, accidentes, conflictos armados).

Casi todas las anteriores patologías tienen en común que para su control y prevención existen tratamientos adecuados. Así como el que, en su mayoría, están fuertemente asociadas a la pobreza y a la exclusión social.

Para concluir este bloque, exponemos en la tabla nº III, los valores para 1998 de las tasas de mortalidad infantil; la de < 5 años así como las de mortalidad maternal en diversos países de Iberoamérica y en España como referencia.

En ella encontramos, como Bolivia ( $390 \text{ }^{00}/_{000}$ ) tiene un riesgo de mortalidad maternal cerca de 70 veces superior al de España, ( $6 \text{ }^{00}/_{000}$ ) y Perú con  $270 \text{ }^{00}/_{000}$ , cerca de 50 veces superior, en ambos países se dan asimismo las mayores tasas de mortalidad infantil y de < 5 años de Iberoamérica. En el extremo opuesto se encuentran Cuba -con cifras cercanas a las de España-Chile y Costa Rica.

TABLA III. Indicadores de Supervivencia Humana.

País	Tasa mortalidad infantil. 1998 0/00	Tasa mortalidad < 5 años. 1998 0/00	Tasa mortalidad maternal 1.990-98 00/000
35 Argentina	19	22	38
38 Chile	11	12	23
48 Costa Rica	14	16	29
55 México	28	34	48
56 Cuba	7	8	27
65 Venezuela	21	25	65
68 Colombia	25	30	80
74 Brasil	36	42	160
80 Perú	43	54	270
81 Paraguay	27	33	190
91 Ecuador	30	39	160
114 Bolivia	66	85	390
120 Guatemala	41	52	190
Iberoamérica y Caribe	32	39	-
21 España	6	6	6

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2000 (PNUD). Elaboración propia.

### La salud del adulto y del trabajador

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que en Iberoamérica se están aplicando progresivamente políticas de flexibilización laboral, que afectan a la estabilidad en el empleo, al horario de trabajo, a la extensión de la jornada y a la remuneración. Esto está originando una generalización del trabajo precario, donde los trabajadores se ven obligados a aceptar condiciones laborales muy desfavorables.

Con ello está creciendo el sector informal (trabajador independiente, pequeñas empresas y servicio doméstico) que se afirma como la principal fuente de generación de empleo. Entre 1990-95, el 84% de las nuevas ocupaciones, corresponden a actividades informales.

En 1996, el desempleo representaba entre el 10-18% en Argentina, Colombia, Panamá, Uruguay y Venezuela; pero el subempleo –trabajo con una remuneración inferior al salario mínimo de cada país– presenta una evolución de rápido crecimiento. En Perú el 48% de la población estaba subempleada y en Ecuador el 51% en 1999. Eso hace que en la Región, entre el 20-40% de la población empleada perciba ingresos menores al mínimo necesario para cubrir la canasta básica.

Si consideramos el factor género; la mujer (cuyo desempleo duplica al del varón) tiene por lo general una carga de trabajo doble y hasta

triple que la del hombre, mientras recibe un salario promedio al 71% del varón.

En cuanto a la participación de los niños y adolescentes en el mercado de trabajo, la OIT, señala para 1996, que la mitad de los 15 millones de niños que trabajan en América Latina (sin considerar el trabajo doméstico) tenían entre 6 y 14 años, lo que representa entre el 20-25% del total de niños de esa edad. En Ecuador el 38% de la población de 8 a 18 años, se integraba como fuerza de trabajo.

El trabajo de los niños, pone en peligro o impide su educación, y su desarrollo social, físico y mental y reduce sus posibilidades de salir de la pobreza.

Desempeñan trabajos con jornadas prolongadas y peor remuneradas que las de los adultos, en condiciones sanitarias muy deficientes. Entre sus actividades las hay intolerables, como el trabajo en las minas (Brasil, Colombia, Perú), en plantaciones agrícolas (Brasil, Ecuador, Perú), en industrial informales de cuero y en la calle.

Por su parte la violencia, ha alcanzado proporciones epidémicas en la región en los últimos decenios y se ha convertido en una de las mayores preocupaciones en salud pública. El homicidio en el grupo de edad de 15-24 años, ocupa para esa edad, el segundo lugar como causa de muerte con valores que van de 267<sup>00</sup>/<sub>000</sub> en

Colombia, 93<sup>00/000</sup> en Puerto Rico, 72<sup>00/000</sup> Brasil, 69<sup>00/000</sup> Venezuela a 26<sup>00/000</sup> Ecuador.

La OMS estima, que por cada niño o adolescente que muera por violencia, quedan otros 15 afectados gravemente por el suceso y otros 30 ó 40 declaran daños que requieren tratamiento médico o psicológico.

La violencia en la adolescencia, no se limita al traumatismo físico, sino comprende también abuso sexual, emocional, abandono, violación, y otras formas de abuso psicológico.

De forma sintética, en la tabla n°IV, recogemos, las cifras del impacto de los factores de riesgo para la salud en América Latina y el Caribe.

**TABLA IV.** Cifras estimadas del impacto de los factores de riesgos para la salud en América Latina y el Caribe, 1990 (en miles).

Factor de riesgo	Número de defunciones	Años potenciales de vida perdidos	Años de vida con incapacidad
Hipertensión	242,5	1.674	134
Difícil acceso al agua potable, condiciones precarias de saneamiento	135,3	4.254	929
Consumo de alcohol	136,1	3.319	6.201
Desnutrición	135,0	4.540	520
Inactividad física	117,6	796	173
Consumo de tabaco	99,4	952	388
Ocupación	97,7	1.973	1.708
Prácticas sexuales de riesgo	73,9	2.003	1.642
Contaminación atmosférica	33,6	377	98
Abuso de drogas	16,0	449	1.140

*Fuente:* Leigh J, et al. Occupational hazards. En: Murray CJL, Lopez AD, eds. Quantifying global health risks: The burden of disease attributable to selected risk factors. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1996.

En ella, la hipertensión está definida como el determinante de salud que causa un mayor n° de defunciones; a ella le siguen las malas condiciones de saneamiento, el consumo de alcohol, la desnutrición y el tabaco. Mientras que en relación a los años potenciales de vida perdidos, el primer lugar lo ocupa la desnutrición, seguida de las malas condiciones del agua de bebida, el consumo de alcohol y las enfermedades de transmisión sexual.

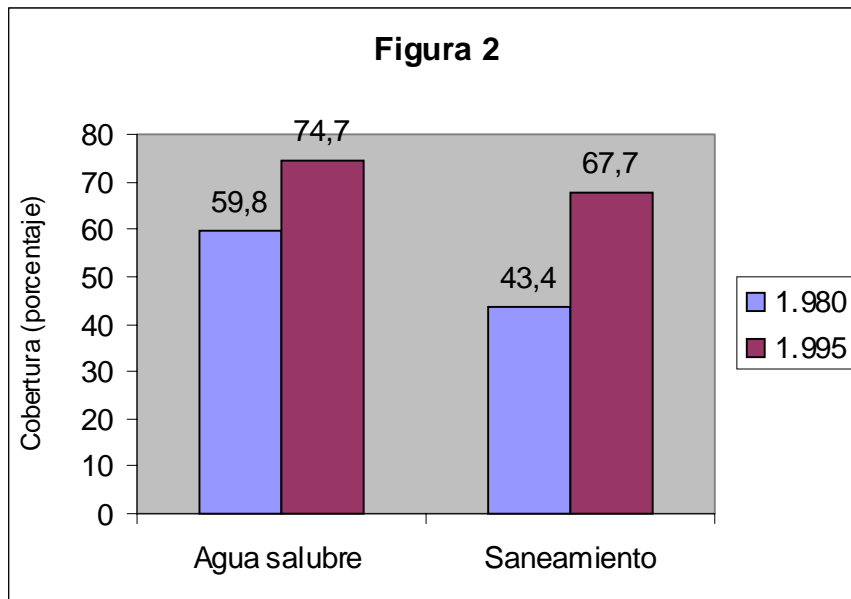
#### *Vivienda, agua y saneamiento*

Como vimos, las deficiencias de la vivienda, el saneamiento y la disponibilidad de agua limpia, constituyen un importante determinante del exceso de mortalidad y una característica vinculada a los niveles de pobreza en América Latina; donde el 38% de los hogares, con más de 200 millones de personas, se encontraban en 1994, por debajo del nivel de la pobreza (CEPAL).

Estos factores contribuyen a incrementar el riesgo de enfermedades transmitidas por vectores: malaria, enfermedad de Chagas, dengue, fiebre amarilla; así como de enfermedades gastrointestinales y respiratorias.

La epidemia de cólera, que azotó Iberoamérica desde 1991, y que ha afectado a 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá) con un total de casos notificados de 1.199.000 y 11.800 defunciones desde su inicio, hasta 1997; ha obligado a profundizar en el análisis de los sistemas de abastecimiento de aguas y saneamiento de dicha región. De ellos se deduce que menos del 25% de los sistemas comunitarios eran desinfectados de forma correcta y continuada.

La figura 2, nos señala, con más optimismo, las tendencias (para toda la Región de las Américas) en el periodo de 1970-95, de la cobertura de agua saludable y saneamiento para toda la población.



Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica. Programa de análisis de Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano.

### *La salud de los pueblos indígenas*

Pocos países en Iberoamérica, elaboran estadísticas de salud y enfermedad por etnias, es por ello difícil evaluar objetivamente sus condiciones de vida. Sí se conocen, algunas de las graves desigualdades que existen entre los pueblos indígenas y el resto de la población.

De acuerdo a diversas estimaciones, se establece en más de 42 millones de población indígena, lo que representa alrededor del 10% del total de América Latina y el Caribe. Se considera que existen por encima de 400 etnias distintas.

La falta de políticas que defiendan y apoyen la pluralidad cultural y los derechos de los pueblos indígenas, ha determinado su marginalización; que se traduce en pobreza extrema, desempleo, analfabetismo, deserción escolar y alarmante inequidad social.

En muchas ocasiones, se ha agravado el fenómeno con la emigración a la ciudad, que refuerza el desarraigo, la pobreza y la mendicidad. Las

actividades ilegales, como el narcotráfico; los conflictos bélicos y los procesos de explotación de recursos naturales, empeoran su situación.

### *Morbimortalidad*

Las primeras causas de muerte y enfermedad, son las enfermedades infectocontagiosas, parasitarias y las transmitidas por vectores (malaria, enf. Chagas, fiebre amarilla). La tuberculosis, neumonías, accidentes y suicidios son problemas frecuentes, junto al alcoholismo.

Todas ellas están fuertemente asociadas a la desnutrición, que tiene gran importancia entre esta población (los pueblos garífuna y misquito en Honduras, presentaban desnutrición en niños < 12 años en unos porcentajes del 78 y 96% respectivamente).

La tabla V nos señala la desigualdad frente a la pobreza entre la población indígena y la no indígena.



**TABLA V.** Porcentaje de población bajo la línea de pobreza<sup>a</sup> en la población indígena y no indígena de Bolivia, Guatemala, México y Perú, alrededor de 1989.

País	Población Indígena	Población no indígena
Bolivia	64,3	48,1
Guatemala	86,6	53,9
México	80,6	17,9
Perú	79,0	49,7

<sup>a</sup> Un ingreso mensual de US\$ 60 y US\$ 30 con un valor adquisitivo similar al de 1985 corresponde a la línea uniforme de pobreza y a la línea de extrema pobreza, respectivamente.

*Fuente:* Psacharopoulos G, Patrinos HA. Indigenous people and poverty in Latin America: An empirical analysis. Washington, DC: World Bank; 1994:207. (World Bank Regional and Sectorial Studies).

## POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD

Todos los países siguen manifestando su compromiso con la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Pero frente a esta declaración se posiciona la realidad de la crisis económica y la no priorización del sector de la salud entre los objetivos de las Administraciones.

Según datos del Banco Interamericano de Desarrollo, los recursos públicos destinados a salud entre 1980/89, sólo se han mantenido en Cuba, Chile, Honduras, Venezuela y Ecuador (con posterioridad a estos años, en los dos últimos países han caído marcadamente dichos recursos en el periodo 1990/95).

En los restantes 16 países Iberoamericanos, se ha reducido la participación del Presupuesto Nacional destinado a salud. En Colombia esa caída ha sido aproximadamente del 50% en 10 años.

En una palabra, existen menores recursos públicos, para atender mayores demandas.

Se hace imprescindible integrar las políticas de salud, con las de desarrollo y crear fondos de inversión social en apoyo de los grupos más postergados, que son los que más sufren los efectos de la crisis y del ajuste.

## EL GASTO NACIONAL EN SALUD. COMPOSICIÓN PÚBLICO-PRIVADA. EVOLUCIÓN

Existen grandes diferencias para 1995 en el Gasto Nacional en Salud (GNS) entre los países de América Latina y el Caribe frente a Canadá y los EEUU, como nos señala la tabla nº VI.

El ingreso per cápita del Canadá y de los EEUU fue más de siete veces mayor que el de América Latina y el Caribe; mientras que el gasto per cápita en salud fue más de 14 veces mayor (lo que dobla las diferencias de ingreso).

**TABLA VI.** Gasto Nacional en Salud (GNS) y su composición Pública/Privada según ingresos. 1995.

País	PIB per cápita	GNS % PIB	GNS per cápita	% Público (GNS)	% Privado (GNS)
Argentina	8.100	9,8	745	45	55
Bolivia	800	6,0	48	55	45
Brasil	3.700	7,6	280	34	66
Colombia	1.910	7,3	140	30	70
Chile	4.160	8,0	331	50	50
Cuba	1.175	9,0	106	87	13
El Salvador	1.610	6,8	158	27	73
Ecuador	1.390	5,1	71	32	68
Guatemala	1.340	4,2	56	45	55
Haití	250	3,5	9	37	63
México	3.320	4,8	160	47	53
Nicaragua	380	9,2	35	63	37
Uruguay	5.170	10,0	516	57	43
Promedio AL/Caribe	3.289	7,3	240	41	59
EEUU	26.980	14,3	3.858	44	56
Canadá	19.380	9,8	1.899	71	29

Fuente: Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1996.

La otra información, recogida en la tabla, analiza las características del Gasto Nacional en Salud, según la composición público-privada.

El promedio regional de dicha composición es de 41/59: el 41% corresponde al gasto del sector público y el 59% corresponde al gasto privado. Frente a esa distribución, nos encontramos que en EEUU (único país desarrollado en donde el gasto privado en salud es el componente más importante del gasto nacional en salud) el 44% corresponde al gasto del sector público y el 56% al gasto del sector privado. Igualmente EEUU ocupa también la cabeza del ranking mundial, tanto en el gasto total en salud per cápita (3.858 \$) como en porcentaje sobre PIB (14,3%). Ello contrasta con la falta de cobertura sanitaria para 44,3 millones de personas en ese país en 1.998 (16,3% de su población).

Mientras Canadá, tiene una composición público-privada del GNS del 71/29.

“Esta distribución, muestra que es errónea la idea, de que en los países de más bajos ingresos, el gasto del Gobierno (público) es el componente más importante del Gasto Nacional en Salud. Más bien lo contrario, mientras menos desarrollado sea el país y menor sea el nivel del PIB per cápita, menor será la importancia del gasto público en salud, como proporción del PIB”.

En los dos extremos de variación en la composición público-privada, se encuentra Cuba y El Salvador.

Entre 1980 y 1995, los 3 elementos esenciales que caracterizan la evolución del Gasto Nacional de Salud en América Latina y Caribe han sido: a) el crecimiento del GNS; b) el descenso del gasto en salud del sector público; c) la rápida expansión del gasto privado, principalmente a partir de 1990.

Entre 1980 a 1990, el Gasto en Salud del sector público, bajó de 107 \$ per cápita a 82\$ per cápita. En este mismo periodo el gasto privado, tuvo un incremento del 67%.

#### *Comparaciones Internacionales. Evolución del Gasto. Equidad y eficiencia*

Las cifras recogidas en la tabla nº VII, comparan las evoluciones del Gasto Nacional en Salud, entre América Latina y el Caribe con respecto a los países europeos de la OCDE (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía), caracterizados en su gran mayoría por tener sistemas de salud de cobertura universal.

Las principales características que se destacan son:

a) Los valores del GNS en % PIB, son menores en América Latina y Caribe frente a los paí-

ses europeos de la OCDE (sobre todo al inicio del periodo analizado)

b) Las grandes disparidades en la composición público-privada del GNS entre los países Al/Caribe y la OCDE.

**TABLA VII.** Gasto nacional en salud como porcentaje del PIB. Años 1980, 1990 y 1994-1995.

Gasto	1980	1990	1994-1995
<b>América Latina y el Caribe<sup>a</sup></b>			
Total, miles de millones de US\$ de 1995	72,8	95,7	113,8
% del PIB	5,8	6,9	7,3
Público	46,0	36,0	41,0
Privado	54,0	64,0	59,0
<b>Países europeos de la OCDE</b>			
Total, miles de millones de US\$ de 1995	440,2	665,3	696,1
% del PIB	7,1	7,6	8,0
Público	82,0	80,0	80,0
Privado	18,0	20,0	20,0

<sup>a</sup> Estimaciones con base BID (datos de 1990, 1993, 1996), Informe anual del Banco Mundial (Nueva York: Oxford University Press; 1997), FMI-FIS (datos de 1995,1996).

En estos últimos el gasto público alcanza alrededor del 80% del GNS; y en los primeros está alrededor del 40%.

Durante los años 80 y hasta mediados de los noventa, tanto en Iberoamérica como en los países de la OCDE, el gasto nacional en salud, aumentó más que la tasa de crecimiento económico.

En los países de Iberoamérica y Caribe, al igual que en EEUU, el gasto en salud, ha crecido a tasas manifiestamente mayores (promedio anual de crecimiento del 3,5% entre 1990-95) que la tasa de crecimiento económico del país. En los países europeos de la OCDE, el gasto en salud creció a tasas ligeramente mayores que el crecimiento económico (GNS crecimiento promedio 1,1%); esto puede reflejar el éxito relativo de las políticas de contención de costes, hecho, tal vez posible dada la composición mayoritariamente pública del GNS en dichos países europeos.

La explosión del gasto en Iberoamérica, no está relacionado con la creación de sistemas nacionales de salud de acceso más equitativo. Pocos países han hecho progresos en el logro del acceso universal, sino al contrario en los últimos 20 años.

Definir el nivel óptimo del gasto nacional y su composición público-privado, son desafíos

importantes en Iberoamérica para luchar contra la desigualdad.

En apoyo de la equidad y también de la eficacia, hasta el propio Banco Mundial apuesta por la importancia de un financiamiento público.

El Banco Mundial a través de un documento titulado "Salud, nutrición y población" expresa "la experiencia de la mayor parte de los países ... tiende a probar que los gobiernos deben jugar un rol mayor en la financiación de cuidados de salud .. los recursos privados son a menudo grandes despilfarradores en cuidados inefectivos, por falta de regulaciones o controles estatales". Asimismo el Banco Interamericano de desarrollo señala en su rapport de 1996, "Economic and social progress in Latin América" el "comportamiento, oportunista de los aseguradores privados, quienes cada vez más hacen recaer sobre el sector público, la responsabilidad del segmento de la población, más expuesto a la enfermedad y de cuidados más costosos".

Hay pues cada vez mayor convergencia de criterios, en considerar que la **equidad y la eficiencia** van frecuentemente **asociadas** entre sí y también con un:

- Mayor porcentaje de gasto público.
- Mayor cobertura de asistencia poblacional.

- Mayor control y regulación sobre oferta de recursos.
- Mayor capacidad de evaluación del propio sistema.
- Más adecuado desarrollo de la Atención Primaria.
- Mejor integración de los niveles asistenciales.

“Lo que parece deducirse de los estudios sobre la eficiencia relativa de los Sistemas Sanitarios de los países europeos desarrollados, es que

lejos de existir una relación de sustitución; **equidad y eficiencia** están **asociadas**. Sistemas Sanitarios más igualitarios tipo Servicios Nacionales de Salud, son más eficientes que aquellos que se apoyan más en el mercado”.

A modo de síntesis, en los últimos 20 años en Iberoamérica se han ampliado las brechas económicas y sociales, entre países y dentro de muchos países. Con un cuadro (tabla VIII) elaborado por el PNUD, valoramos globalmente, el principal problema: la pobreza y la desigualdad.

**TABLA VIII.** Pobreza Humana en los Países Iberoamericanos (IPH-1).

País	IPH-1 1998 Valor %	Pobl % morirá < 40 a sobre total 1998	% adultos analfab. 1998	Población sin acceso			Niños < 5 años peso insuficiente % 1990-98	Población por debajo del límite de pobreza %	
				Agua potable % 1990-98	Servicio salud 1981-93	Sanea- miento % 1990-98		1 dólar día (PPA\$ 1993) 1989-98	Límite nacional en pobreza 1987-97
Argentina	-	5,5	3,3	29	-	32	-	-	25,5
Chile	4,7	4,4	4,6	9	5	-	1	4,2	20,5
Uruguay	3,9	5,0	2,9	5	0	-	5	6,6	-
Costa Rica	4,0	3,9	4,7	4	3	16	2	9,6	-
México	10,4	8,2	9,2	15	9	28	14	17,9	10,1
Cuba	4,6	4,4	3,6	7	0	34	9	-	-
Venezuela	12,4	6,4	8,0	21	-	41	5	14,7	31,3
Colombia	10,4	9,8	8,8	15	13	15	8	11,0	17,7
Brasil	15,6	11,3	15,5	24	-	30	6	5,1	17,4
Perú	16,5	11,3	10,8	33	-	28	8	15,5	49,0
Ecuador	16,8	10,9	9,4	32	20	24	17	20,2	35,0
El Salvador	20,2	10,7	22,2	34	-	10	11	25,3	48,3
Honduras	23,3	11,3	26,6	22	38	26	18	40,5	50,0
Bolivia	17,4	18,0	15,6	20	-	35	10	11,3	-
Nicaragua	24,2	12,2	32,1	22	-	15	12	3,0	50,3
Guatemala	29,2	15,3	32,7	32	40	13	27	39,8	-
Haití	45,2	26,5	52,2	63	55	75	28	-	65,0
Ibero- américa Caribe	-	9,7	12,3	22	-	29	10	-	-

El índice de pobreza humana (IPH-1) es una medición multidimensional de la pobreza.

Fuente: Informe Desarrollo Humano 2.000 (PNUD).

El nos señala que la pobreza humana va de un bajo nivel de 3,9 en Uruguay, 4,0 en Costa Rica y 4,6 en Cuba; a un elevado valor de 45,2 en Haití, 29,2 en

Guatemala y 24,2 en Nicaragua; con cifras de población con disponibilidad inferior a 1 dólar día, de alrededor de un 40% en Honduras y Guatemala.

## CONCLUSIONES

Por todo lo anterior, consideramos prioritario, encontrar un modelo de desarrollo que nazca de la búsqueda de la justicia, que se apoye en un encuentro inteligente entre culturas, y que establezca en la equidad –con el hombre y la naturaleza- la base de un desarrollo respetuoso y sustentable. Que coloque al ser humano en el centro y que asegure el respeto, tanto para los ecosistemas naturales, como para las generaciones actuales y futuras.

Ello obliga a reforzar los Estados de derecho, democráticos; que recauden, movilicen y orienten los recursos de forma progresiva hacia la justicia y equidad social. Que promuevan la participación de toda la sociedad. Que garanticen la transparencia y el control del gasto, la lucha contra la corrupción, el reparto de poderes y la alternancia y pluralidad de organizaciones políticas y sociales.

Sin olvidar como elementos imprescindibles en un mundo global:

- 1.- La eliminación de los trabas proteccionistas de los mercados de los países desarrollados, para las exportaciones de los países en vías de desarrollo; reestructurando los tradicionales esquemas financieros y comerciales.
- 2.- La cancelación de la deuda externa. Asumiendo la responsabilidad, del inadecuado destino de la mayoría de los fondos de Asistencia Oficial al Desarrollo, así como de su continuado descenso.
- 3.- El establecimiento de un nuevo marco de cooperación internacional, que propicie el fortalecimiento y democratización de las Organizaciones Internacionales.

Es pues, en este contexto, en una tierra exuberante y amarga, donde deberíamos esforzarnos en alcanzar la equidad, no ya sólo por ser una actitud moral, sino porque tal vez descubriéramos que es la actuación más rentable e inteligente que podemos acometer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993. Invertir en Salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1994
2. Bijlmakers L, Harnmeyer JW. Discussion and Conclusión. En: Chabot J, Harnmeyer JW, Streefland PH, *Primary Health Care in Times of Economic Turbulence*. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1995: 119-48.
3. Cornia AC. *Adjustment with a Human Face: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*. Oxford: UNICEF; 1.987.
4. Costello A, Watson F, Woodward D. *Human Face or Human Facade? Adjustment and the Health of Mothers and Children*. London: Centre for International Child Health; ; 1.994.
5. Craft N. Beijing and the Future of Women: improving health depends on Changing Women's Social and Political Roles. *BMJ* 1.995; 311:580-1.
6. Chisvo M, Munro L. *A review of social dimensions of adjustment in Zimbabwe, 1.990-1.994*. UNICEF: Harare; 1.994.
7. Grosskurth H, Moshafir F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Semkero K, et al. Impacto of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1.995; 346:530-6.
8. Illich I. *Medical Nemeses. The expropriation health*. Toronto. 1976.
9. Instituto Monetario Europeo. *Informe anual, 1996*. Bruselas: IME, 1997.
10. Mahler H. *Present status of Who's initiative "Self health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO. 1976.
11. OMS. *Comité Expertos. Necesidades del Personal Sanitario para alcanzar la Salud para todos en el año 2000*. Serie Informes Técnicos nº 717 . ginebra: OMS, 1985.
12. OMS. *Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000*. 8º Informe de la Situación Sanitaria Mundial. Ginebra: OMS, 1993.
13. OMS. *Rapport sur la santé dans le Monde. 1999*. Ginebra. OMS. 1999.
14. OPS. *La Salud en las Américas. Publicación Científica nº 569*. Washington. OPS 1998.
15. PNUD. *Desarrollo Humano. Informe 1996*. Nueva York: PNUD, 1997.
16. PNUD. *Desarrollo Humano. Informe 2000*. Nueva York. PNUD, 2000.
17. Rexed B. Políticas for improving education of the health professions: the OECD studies. En: *Interacción entre la Educación y la Asistencia Sanitaria*. Madrid: Ed. Universidad Complutense, 1980: 29-34.
18. Rodríguez-Contreras Pelayo R. "La equidad y la intervención de la Comunidad como ejes de la cooperación al desarrollo en salud". EASP. ÉTICA y SALUD. Serie monografías nº 22. 1998.
19. Elola Somoza F. J.; Nieto J. Et al. la relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del Sistema Sanitario Español: *Gac. Sanit.* 1.996; 10: 193-196

## DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL EXCMO. SR. D. FERMÍN SÁNCHEZ DE MEDINA CONTRERAS

Excma. Sra. Presidenta de la Academia Iberoamericana de Farmacia

Excmos. e Ilmos. Sres.

Señoras y señores

Es para mí un gran honor y una gran satisfacción tener la oportunidad de glosar la personalidad de Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo. Farmacéutico y médico, ejerce de profesor titular pero es catedrático, es profesor en Granada pero su actividad y, sobre todo, su corazón están en el mundo, especialmente en Africa y Sudamérica. Y se llama Rodríguez-Contreras, curiosamente casi igual que el conquistador Rodrigo de Contreras, Gobernador de Nicaragua, que impulsó numerosas explotaciones en aquel territorio. Su gobierno se caracterizó por las medidas que dictó a favor de los indios y contrarias a la esclavitud, lo que despertó el descontento y odio de los colonos, que le denunciaron a la Inquisición como estafador de bienes de la Corona. Aunque en España se le hizo justicia, resultando absuelto, se le despojó de parte de sus bienes y se le depuso de su cargo.

Nuestro nuevo académico es granadino, farmacéutico en 1973, médico en 1978, Doctor en Farmacia en 1980 y Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en 1984, obtiene la Catedra de la especialidad en la Universidad de Cantabria en 1991, pero vuelve a Granada como Profesor Titular porque es aquí donde puede desarrollar su actividad científica. Una actividad desarrollada en cuatro áreas:

- Epidemiología de Enfermedades Crónicas
- Epidemiología de Enfermedades Transmisibles
- Evaluación Sanitaria
- Epidemiología Clínica

Fruto de esta actividad han sido 68 publicaciones científicas, 16 capítulos de libros, 49 comunicaciones y ponencias en congresos, 5 tesis y 6 tesis dirigidas y 9 proyectos de investigación subvencionados.

Pero decía que Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo tenía el corazón en el mundo. Me llamó mucho la atención el lema de su discurso, que pertenece a una obra de su hermano Francisco:

“¿Cuándo será la tierra lugar de la cosecha para todas las gentes?”

Esta preocupación ha llevado a nuestro nuevo académico a realizar actividades en cooperación al

desarrollo sanitario desde hace muchos años, siendo en la actualidad Presidente de Medicus Mundi Andalucía y Director de la Agencia Sanitaria Cooperación al Desarrollo, Facultad de Medicina, Universidad de Granada. Y ha sido coordinador o responsable de numerosos proyectos de Desarrollo Sanitario en Africa y América Latina, algunos de los cuales están teniendo curso en la actualidad.

Su discurso sobre la situación socio-sanitaria en Iberoamérica no es, por tanto, el resultado de un estudio científico puro, sino, sobre todo, la expresión de un deseo. Un deseo compartido por muchas -aunque nunca suficientes- personas e instituciones. De ahí las promesas, las buenas intenciones de la vigésimo séptima Asamblea General de las Naciones Unidas en 1974 o de la trigésima Asamblea Mundial de la Salud en 1977 a las que se ha referido.

Promesas, promesas, buenas intenciones...

Una vez más voy a recurrir a las palabras de Federico Mayor a este respecto:

(El País, domingo 6 de agosto de 2000.)

“Cuentan que, hace más de 3000 años, una poetisa china escribió: “Sus palabras son bellas, pero luego no cumple sus promesas”. En los últimos años, los países más avanzados económicamente han suscrito bellísimas declaraciones, resoluciones y convenios. Pero, con raras excepciones que hay que destacar, no han cumplido luego sus compromisos”

.....

“El incumplimiento ha desembocado en grandes asimetrías de índole económica y social, y en el agravamiento de la situación medioambiental. En consecuencia, uno de los deberes más acuciantes, en este inicio de siglo y de milenio, consiste en replantear, con lucidez y firmeza, la política internacional, con un plan de puesta en práctica de múltiples acuerdos, de tal modo que los derechos humanos de gran parte de la humanidad no sean simples enunciados”

No sean simples enunciados...

Creo que no hace falta añadir nada más a estas palabras. Solo me falta dar la bienvenida al Profesor Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo a nuestra Academia y esperar que podamos ofrecerle un nuevo cauce para sus inquietudes científicas y humanas que tanto le honran. Y que no nos quedemos en simples enunciados.

Nada más. He dicho.