



Publicado en Internet:
19-septiembre-2014

Maite de Aranzabal Agudo:
mdearanzabal@gmail.com

Editorial

Salud en el mundo y objetivos del milenio

M. de Aranzabal Agudo^a, D. Canadell Villaret^b,
en nombre del Grupo de Cooperación de la AEPap

^aPediatra. CS Lakuarriaga. Vitoria, Álava. España

• ^bPediatra. CAP de Barberá del Vallés. Barcelona. España.

El mundo está mejorando. Aunque en los medios de comunicación no nos lo cuenten. Y si seguimos pensando que la pobreza extrema o muchas enfermedades no son erradicables o que para que existan ricos tiene que haber pobres, estaremos confundidos. Y no solo eso, sino que haremos daño al mundo al desanimar y hacer creer que los esfuerzos realizados son inútiles.

¿Y sirve para algo la ayuda internacional? Esta es la eterna pregunta que gran parte de la población utiliza, sea con convencimiento, sea como excusa, para no apoyar la cooperación fuera de nuestras fronteras.

La cooperación al desarrollo es relativamente joven y ha cambiado según se ha ido adquiriendo experiencia: ahora se mueve menos por intereses políticos y más por necesidades, cuenta con el contexto. Es decir, cuenta con la realidad geofísica y sociocultural y trata de fortalecer los progresos de las iniciativas de los Gobiernos locales.

Es obvio que los avances no se han producido solo por la ayuda oficial al desarrollo (AOD), pero se

puede asegurar que esta es un factor importante para el progreso de los países.

En España, la crisis ha devuelto la palabra pobreza a nuestro vocabulario. En 2014 la cifra de hogares en los que todos sus miembros activos están en paro se acerca a los dos millones. El 29% de los niños están al borde de una penuria que puede excluirles socialmente¹.

Y como el mundo es global y todo repercute en lo demás, en 2013, por segundo año consecutivo, 470 000 inmigrantes se han visto obligados a retornar a sus países por falta de trabajo². Y aun así, dado que la situación es a menudo desesperada, las avalanchas de pateras y saltos de la valla de Melilla siguen ocurriendo día tras día.

Y respecto a los menores, aunque las estadísticas son muy opacas, podemos hablar de unos 5000 nuevos acogimientos anuales de inmigrantes juveniles.

Analizando los datos de los últimos 15 años sobre los avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^{3,4}, se puede ser optimista: vivimos más

Cómo citar este artículo: de Aranzabal Agudo M, Canadell Villaret D, en nombre del Grupo de Cooperación de la AEPap. Salud en el mundo y objetivos del milenio. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:199-203.

años y con mejor calidad, la pobreza extrema ha disminuido a la mitad desde 1990, muchos países que dependían de la ayuda son ahora casi autosuficientes, otros son cada vez más ricos, el clima comercial ha hecho mejorar las exportaciones y disminuir los aranceles y con ello la deuda, y casi el doble de niños tiene acceso a la escuela primaria.

Los ODM se pactaron en el año 2000, entre todos los grandes protagonistas de la cooperación internacional, incluyendo 192 países, grandes instituciones como la ONU, el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional. Las ONG, sociedad civil y empresas se adhirieron y suscribieron la misma agenda.

Había que hacer algo para que la diferencia entre nacer en una latitud u otra no marcara la diferencia entre vivir y malvivir. Había que trabajar juntos y de forma global en la misma dirección poniéndose como meta el 2015. Así surgieron los ODM que, si bien no se cumplirán por completo, sí han producido contundentes mejoras. Y en ello debemos basarnos para seguir trabajando en el mismo sentido, con fuerzas renovadas y mayor ilusión.

Contra el pronóstico de los más escépticos, en la reciente revisión del cumplimiento de los ODM se observa que la mejora es innegable:

- El 80% de las importaciones provenientes de países en desarrollo ingresó a los países desarrollados libre de aranceles, y los impuestos aduaneros continuaron en un nivel históricamente bajo.
- La carga de la deuda de los países en desarrollo sigue estabilizada aproximadamente en el 3% de las ganancias por exportaciones.
- Las tasas de alfabetización entre adultos y jóvenes están aumentando notablemente, a la vez que se reducen las diferencias entre sexos.
- El número de niños sin escolarizar descendió de 102 a 57 millones desde el año 2000, alcanzándose en 2011 un 90% de matriculación en enseñanza primaria.
- La tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años ha disminuido notablemente: de casi 12 millones de muertes hemos pasado a cerca de 7 millones en 2011.

- Tétanos, sarampión, sida y malaria van a ritmo de cumplir los objetivos de disminución de su prevalencia.
- La incidencia y mortalidad de la neumonía, la diarrea y la tuberculosis han descendido mucho; también la desnutrición.

Aun así, mientras América Latina —aunque de manera desigual entre regiones— ha mejorado mucho, en el África subsahariana un niño tiene una probabilidad de morir 16,5 veces mayor que en nuestro país.

Respecto a lo aún no conseguido de los ODM, destacaríamos:

- La falta de sostenibilidad del medio ambiente, con una emisión de dióxido de carbono de casi el 50% más que en 1990.
- La malnutrición, especialmente en África subsahariana y Asia meridional, donde afecta a uno de cada cinco niños. Esto resulta escandaloso en un mundo cada vez más autosuficiente, con suficientes medios tecnológicos, económicos y humanos para acabar con ella.
- El tratamiento a la mujer en muchos países.
- La mortalidad perinatal.
- Los ODM no alcanzaron a los más pobres de los pobres.

El gran problema sobre el que las políticas de salud deberán centrarse en el futuro son los 2 800 000 niños que mueren anualmente en el periodo neonatal por sepsis, parto prematuro o asfisia perinatal. Asimismo, por cada recién nacido que muere, al menos otros 20 padecen complicaciones neonatales que se seguirán de parálisis cerebral, dificultades del aprendizaje, retraso mental u otras discapacidades, para las cuales las familias no están preparadas, suponiendo una insoportable carga para su progreso².

Para combatir esto hay que mejorar la nutrición materna; empoderar a las mujeres sobre fertilidad, planificación familiar y anticonceptivos; disminuir el número de embarazos en adolescentes; realizar las visitas preparto; aumentar la cualificación del personal para atender el parto y mejorar la higiene⁵.

Si hablamos de diarreas, el descenso de la mortalidad no se debe a fármacos milagrosos sino al acceso a agua segura, que es ya posible para el 89% de la población mundial. Aun así, quedan 783 millones de personas sin ella.

En la década pasada se evitaron más de un millón de muertes por paludismo y el número de países que lo padecen disminuye. Pero a pesar de estos avances hay 216 millones de casos de paludismo al año, sobre todo infantiles, en África. Para que la lucha antipalúdica no fracase, como en los años 60, harán falta medidas sociales (buen control de vectores, mosquiteras, fumigación de entornos de riesgo) además de las médicas (test de diagnóstico rápido y tratamiento preventivo a embarazadas y niños).

En cuanto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en 2011, a pesar de infectarse 400 000 niños, hubo 230 000 casos menos que diez años antes. A final de 2011, aunque habían muerto 1,7 millones de personas con sida, había 34,2 millones de personas viviendo con el virus. Esto sí es un éxito innegable del esfuerzo económico y médico internacional. Pero, al mismo tiempo, se necesitarán servicios médicos regularmente y tratamientos con antirretrovirales caros durante toda la vida.

Por eso hay que luchar por buenos sistemas de salud, no por estrategias puntuales^{6,7}, para que puedan hacer frente de manera más operativa a situaciones como el actual brote de Ébola u otros similares.

Hay que invertir en medicamentos, sí, pero a la vez potenciar la investigación de vacunas y medicamentos genéricos baratos. Y además hay que multiplicar las campañas de información, prevención y sensibilización ya que, en ese mismo 2011, unos 2,5 millones de personas nuevas se infectaron con el VIH y eso demuestra que el conocimiento de los jóvenes es aún escaso. También hay que luchar contra el estigma social que arruina la vida de estos jóvenes y de muchos niños antes incluso de que sean conscientes de su enfermedad.

La realidad es que los organismos internacionales no quieren compromisos de acción social duradera

y apenas hacen referencia a la intersectorialidad del componente salud.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Los logros en los ODM se han conseguido, aunque de forma desigual, en los últimos años. Queda poco tiempo para que se cumpla el plazo fijado, pero avanzamos y los recursos empleados han valido la pena.

Todos los sectores gubernamentales y sociales se han comprometido con la equidad y salud para todos en los próximos años. Existe un plan de aceleración con intervenciones específicas aprobadas y con soluciones *online* para Gobiernos y usuarios, y una agenda post-2015 que intenta no repetir errores.

Es obvio que se precisa un aumento en las aportaciones financieras solicitando a los países donantes que destinen el 0,7% de su producto interior bruto a cooperación, y a los receptores que destinen el 15% del suyo a salud. A pesar de la crisis, la cooperación al desarrollo a nivel internacional ha logrado mantener su crecimiento entre 2008 y 2012. Sin embargo, España ha escogido un camino propio, recortando hasta un 70% o más la partida de ayuda internacional (AOD) en estos últimos años, un lamentable descenso a cifras claramente insuficientes⁸.

Un país desarrollado como España no debe permitir el nivel actual de desigualdad de ingresos y sus consecuencias⁹. Es urgente una reforma del programa de rentas mínimas y de los servicios sociales públicos, antes de que la brecha social sea tan importante como en algunos países de África o Asia.

Pero, al mismo tiempo, debemos exigir a los Gobiernos “cero recortes” en ayuda internacional. Cuesta entender que la caída del presupuesto en ayudas a países pobres no haya tenido mayor coste político. Cuesta entender que no haya manifestaciones y movilizaciones para recuperarlas.

El destino de esas aportaciones también debe modificarse reforzando los sistemas de salud y la

Atención Primaria. Los programas integrales a la larga son más eficientes, ya que atienden varias necesidades a la vez, lo que parece más racional. Ya acabó la hora de construir —muchas veces a modo de trueque para conseguir algo de ese país— un esplendoroso edificio hospitalario donde no ha sido solicitado, no se cuenta con personal médico y se carece de Atención Primaria y educación⁵. Esto último debe tenerse en cuenta también en algunos países desarrollados, también en España.

Asimismo, la ayuda deberá alinearse con los sistemas de salud nacionales que la reciben y no imponer nuestro modelo.

Además, debemos tener en cuenta y aprovechar las ventajas de la irrupción de nuevos actores en la cooperación internacional: los países “BRIC” (Brasil, Rusia, India, China), que apuestan por otro modelo de cooperación, y las empresas y particulares que, aunque en los países anglosajones llevan un largo recorrido como donantes, en el sur de Europa no lo han sido tanto. Para estos últimos se ha creado el programa Global Compact.

El avance de todo el mundo está al alcance de la mano pero requiere un apoyo político y social sostenido.

Solamente cuando suficientes personas comiencen —comencemos— a pensar de forma crítica sobre la situación actual podrá lanzarse una estrategia eficaz. El objetivo más importante que podemos respaldar desde aquí es el de abogar y hacer presión por conseguir un cambio más profundo en las estrategias y en el consumo, un cambio a nivel macroeconómico y político mundial.

Y todo esto porque, además de ser un deber moral, es un acto de inteligencia, ya que los seres humanos hambrientos buscan la solución por cualquier medio. Ya lo decía Miguel Hernández: *“Ayudadme a ser hombre: no me dejéis ser fiera / hambrienta, encarnizada, sitiada eternamente”*¹⁰.

ABREVIATURAS

AOD: ayuda oficial al desarrollo • **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio • **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Save the Children. Pobreza infantil y exclusión social en Europa. Informe 2014 [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=187
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de población activa. Informe junio 2014 [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en www.ine.es/inebaseDYN/epa30308/epa_inicio.htm
3. ONU. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de 2014 [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf
4. Medicus mundi. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria: informe 2013 [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en <http://tinyurl.com/q9ub4vr>
5. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. 2011. Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva de la madre, el recién nacido y el niño [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en <http://tinyurl.com/mnbcw24>
6. Smith DL, Bryant JH. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. *Soc Sci Med.* 1988;26:909-17.
7. WHO. The world health report 2000. Health Systems: improving performance [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en www.who.int/whr/2000/en/
8. Oxfam-Intermón. España líder indiscutible de los recortes en cooperación: la realidad de la ayuda 2013

[en línea] [consultado el 21/ago/2014]. Disponible en www.oxfamintermon.org/es/informate/publicaciones/estudios/realidad-de-ayuda-2014

9. Gutiérrez R. La batalla contra la pobreza. El País. 13-8-2014 [en línea] [consultado el 21/08/2014]. Disponible en http://elpais.com/elpais/2014/06/24/opinion/1403608613_192397.html
10. Hernández M. El hambre. En: Hernández M. Poemas sociales de guerra y muerte, 4.ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1981. p. 41-2.