

A circular map of the Southern Hemisphere, showing continents like Africa, South America, and Australia, along with various islands and geographical features. The map is oriented with the Equator at the top and bottom. The title 'Capítulo 2' is centered at the top of the map.

## Capítulo 2

# Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sitúan la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir con más ahínco a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y la degradación ambiental. Tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud, y todos los demás tienen importantes efectos indirectos en ella. Este capítulo, en el que se describen los orígenes de los ODM y se evalúan los avances logrados hasta la fecha hacia su consecución, contiene una importante advertencia: si los países, tanto los ricos como los que se hallan en vías de desarrollo, no refuerzan notablemente sus compromisos, será imposible alcanzar estos objetivos para el conjunto del planeta.



# 2

## Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por las Naciones Unidas en 2000 brindan la ocasión de emprender una acción concertada para mejorar la salud mundial. Los ODM sitúan la salud en el corazón del desarrollo y establecen un novedoso pacto mundial que vincula a los países desarrollados y los países en desarrollo por medio de obligaciones claras y recíprocas.

No va a resultar fácil aprovechar la oportunidad que ofrecen los ODM. Por ahora, los países ricos no han asumido plenamente todas las responsabilidades previstas en el pacto, como el establecimiento de políticas más justas de comercio internacional, el aumento de la asistencia oficial para el desarrollo, la adopción de medidas para aliviar la carga de la deuda o la agilización de la transferencia de tecnología. Pese a los progresos registrados en algunas esferas, muchos países en desarrollo aún no han empezado a avanzar hacia la consecución de sus ODM relacionados con la salud. Si los países, tanto desarrollados como en desarrollo, no refuerzan notablemente sus compromisos, va a ser imposible asegurar el cumplimiento de los ODM en el plano mundial; además, los resultados obtenidos en algunos de los países más pobres serán muy inferiores a los logros esperados. La OMS y los asociados internacionales en la esfera de la salud deben intensificar su cooperación con los Estados Miembros para acelerar los progresos hacia los ODM y asegurar que las mejoras que se obtengan beneficien a los más necesitados.

### Compromisos internacionales asumidos en la Cumbre del Milenio

En septiembre de 2000, representantes de 189 países, entre ellos 147 jefes de Estado, se dieron cita en Nueva York en la Cumbre del Milenio para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (1), donde se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Los dirigentes de los distintos países asumieron compromisos en siete esferas: la paz, la seguridad y el desarme; el desarrollo y la erradicación de la pobreza; la protección del entorno común; los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; la atención a las necesidades especiales de África; y el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

La Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio (2), elaborada después de la Cumbre, establecía las metas y objetivos que deben alcanzarse para 2015 en cada una de las siete áreas. Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, que se ha dado en denominar Objetivos de Desarrollo del Milenio, representan los compromisos contraídos

por gobiernos del mundo entero para redoblar los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, la falta de acceso a agua salubre y la degradación ambiental. Los ODM también incluyen compromisos para reducir la deuda, fomentar la transferencia de tecnología y establecer nuevas alianzas en pro del desarrollo.

## Un pacto para acabar con la pobreza

La idea de considerar los ODM como un pacto, que impone responsabilidades a países ricos y pobres, se afinó a comienzos de 2002 en Monterrey (México) en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. El Consenso de Monterrey (3), fruto de dicha conferencia, reafirma la importancia de los ODM y brinda un marco para crear las alianzas necesarias para su consecución. Al cabo de unos meses, en septiembre de 2002, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica), hizo avanzar el proceso otro paso más, al reconocerse que reducir la pobreza y lograr los ODM era fundamental para el conjunto del programa de acción para el desarrollo sostenible (4). Tanto el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2003* como el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003* han seguido consolidando el concepto de un pacto, con miras a asegurar la formulación de políticas fundamentadas.

En los ODM se resumen algunos de los principales compromisos contraídos en las conferencias más importantes de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990. Estos objetivos también se basan en los objetivos internacionales de desarrollo establecidos por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en 1996 (5). Con todo, lo que los diferencia de sus predecesores es su naturaleza bidireccional. Los países en desarrollo tienen el cometido de cumplir los Objetivos 1 a 7. El Objetivo 8, en cambio, incumbe a los países desarrollados y establece las medidas que éstos pueden adoptar para crear un entorno más propicio en las esferas del comercio, la asistencia para el desarrollo, la deuda, los medicamentos esenciales y la transferencia de tecnología. Si no se logran progresos hacia el Objetivo 8, es poco probable que los países más pobres consigan salvar los obstáculos estructurales que los mantienen sumidos en la miseria o asegurar los niveles de inversión necesarios para alcanzar los demás objetivos.

## Nuevos conceptos de pobreza y desarrollo

Desde comienzos del decenio de 1990, los conceptos de pobreza y desarrollo han ido evolucionando para dejar de hacer énfasis exclusivamente en los ingresos y avanzar hacia una noción más amplia de lo que constituye el bienestar de las personas; esto queda patente en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y en otros índices multifactoriales, que ofrecen, para medir el desarrollo, indicadores distintos del producto nacional bruto (PNB) per cápita (6).

Dentro de este nuevo planteamiento, la pobreza no sólo es sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino también de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud. El término *pobreza humana* hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades (por ejemplo, el acceso físico a la atención de salud) y a la falta de «factores de conversión» básicos que permitan poner remedio a esa situación (por ejemplo, el acceso social a la atención de salud) (7). El término *desarrollo humano* se aplica a los procesos que amplían las opciones de que disponen las personas para el disfrute efectivo de las capacidades antes citadas (por ejemplo, la posibilidad de optar por un modo de vida saludable) (8).

## Interacción entre salud y desarrollo

Este nuevo concepto más complejo de pobreza y desarrollo tiene en cuenta los procesos interactivos que tan importantes resultan para la dinámica social del proceso de mejoramiento de la salud. Así, por ejemplo, las capacidades económicas afectan a la salud, ya que las limitaciones que conllevan los bajos ingresos restringen el acceso a la atención sanitaria y las oportunidades de promoción de la salud. Otro factor igualmente significativo es que la mala salud coarta las posibilidades de las personas de incrementar sus ingresos, lo que contribuye a la pobreza.

La relación de causalidad recíproca entre salud y desarrollo también ha sido resaltada por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, que ha hecho hincapié en el papel fundamental que la salud desempeña dentro del crecimiento económico (9). La importancia de la salud dentro de un modelo multidimensional de desarrollo humano sostenible es también uno de los principales mensajes transmitidos por los ODM.

Aunque los avances en la esfera sanitaria son importantes en sí mismos, asegurar una salud mejor también es un requisito previo para el desarrollo económico y la cohesión social y un importante impulsor de ambos objetivos. Y a la inversa, las mejoras en el acceso de las personas a la tecnología sanitaria constituyen un buen indicador del éxito de otros procesos de desarrollo. Todas estas vinculaciones quedan patentes en los ODM: tres de los ocho objetivos, ocho de las 18 metas exigidas para la consecución de estos últimos y 18 de los 48 indicadores de progreso están relacionados con la salud (véase el cuadro 2.1).

Los ODM están relacionados entre sí y son interdependientes. En muchos países va a ser imposible reducir a la mitad la pobreza de ingresos (Objetivo 1, meta 1) si no se adoptan medidas para mejorar la salud de la población. De modo análogo, eliminar las desigualdades entre los géneros (Objetivo 3) y aumentar los niveles de escolarización en la enseñanza primaria (Objetivo 2) son requisitos indispensables para avanzar en la mejora de los resultados sanitarios. La salud de la población ya no puede examinarse por separado, sin tener en cuenta cuestiones relacionadas con la gestión de los recursos naturales y la sostenibilidad ambiental (Objetivo 7). Así pues, es importante que los ODM referentes a la salud no se aborden de forma aislada – como estrategias no relacionadas entre sí –, sino como el resultado, o el fruto esperado, de un programa de desarrollo en el que colaboran varias partes.

Uno de los objetivos más difíciles de cumplir, el de reducir en dos tercios la mortalidad en la niñez (Objetivo 4, meta 5), exige intervenciones técnicas que atajen las causas principales de las muertes infantiles, como la malnutrición, las infecciones y las enfermedades parasitarias. Ahora bien, la eficacia de esas intervenciones dependerá de una red de sistemas asistenciales, tanto públicos como privados, y estará supeditada a la consecución de niveles de financiación adecuados. Su efecto vendrá reforzado por diversas medidas, como por ejemplo las encaminadas a asegurar una mayor seguridad alimentaria o el acceso a la educación, a los medicamentos esenciales y al agua salubre, y por mejoras en la gestión del gasto público. La capacidad de los gobiernos para financiar esas actuaciones estará condicionada no sólo por las políticas nacionales e internacionales en la materia sino también por los entornos comerciales y, en los países más pobres, por la disponibilidad de fuentes externas de ayuda financiera. Los ODM constituyen, por consiguiente, un medio para la evaluación y el seguimiento de los avances que se van logrando en una serie de frentes decisivos; representan además un resumen de los *logros*, o resultados, que los gobiernos se han comprometido a cumplir, sin estipular los *medios* con que se deben alcanzar esos logros.

### Cuadro 2.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores

#### Objetivo: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

**Meta:** 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

**Indicador:** 4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal  
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria<sup>a</sup>

#### Objetivo: 4. Reducir la mortalidad en la niñez

**Meta:** 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

**Indicador:** 13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años  
14. Tasa de mortalidad infantil  
15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

#### Objetivo: 5. Mejorar la salud materna

**Meta:** 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

**Indicador:** 16. Tasa de mortalidad materna  
17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

#### Objetivo: 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

**Meta:** 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

**Indicador:** 18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años<sup>b</sup>  
19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos  
20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA

**Meta:** 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves

**Indicador:** 21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria  
22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria  
23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis  
24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

#### Objetivo: 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

**Meta:** 9. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

**Indicador:** 29. Proporción de la población que usa combustibles sólidos

**Meta:** 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable

**Indicador:** 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbanas y rurales

**Meta:** 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

**Indicador:** 31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento

#### Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

**Meta:** 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

**Indicador:** 46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

<sup>a</sup> Indicador relacionado con la salud notificado por la FAO únicamente.

<sup>b</sup> Indicadores de la lista de ODM reformulados por la OMS y por el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

## Progresos y perspectivas

Pese al consenso político y al compromiso explícito de países del mundo entero, los ODM no se cumplirán si se sigue avanzando al ritmo actual.

En el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003* se señala que «si el progreso mundial continúa al mismo ritmo que en los noventa, tan sólo los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la pobreza de ingresos y el porcentaje de personas que carecen de acceso a agua potable tendrán posibilidades de realizarse, principalmente gracias a China y la India. [...] Los países al sur del Sáhara no alcanzarían los objetivos de pobreza hasta el año 2147, y en lo que respecta al VIH/SIDA y el hambre, la tendencia en esta región es a aumentar, en lugar de disminuir». El informe indica asimismo que, al ritmo actual, esta región no logrará reducir para 2165 la mortalidad en la niñez en dos tercios. Aunque en algunas esferas existen motivos para el optimismo, en general los pronósticos, sobre todo para el África subsahariana, son sombríos. Incluso en los países donde se observan avances globales, es posible que la brecha entre ricos y pobres en lo referente al estado de salud se esté ampliando (véase el recuadro 2.1).

Hay consenso general en que **reducir la mortalidad en la niñez** en dos tercios antes de 2015 es, de todos los objetivos relacionados con la salud, el que más lejos se está de alcanzar. La mortalidad de lactantes y niños es el indicador de desarrollo más complejo, pues se considera que incluye tanto factores sistémicos como socioeconómicos y culturales (véase el recuadro 2.2). Aunque, en términos generales, es posible que América Latina, Asia central, el Caribe y

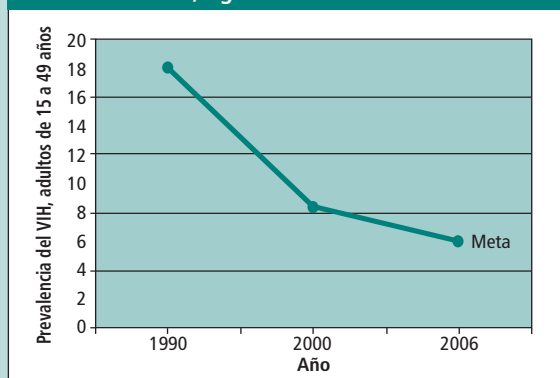
### Recuadro 2.1 Progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: el caso de Uganda

Muchos países subsaharianos están luchando para alcanzar los ODM, pero hay algunos países de la Región de África de la OMS que han conseguido ya espectaculares resultados (10, 11).

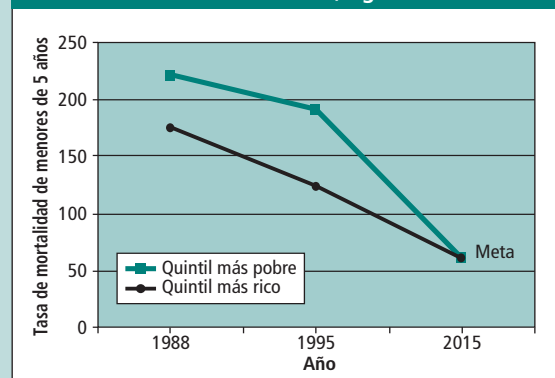
Uganda, por ejemplo, recortó drásticamente los niveles de pobreza en los años noventa, y si la actual tendencia se mantiene alcanzará la meta de reducción de la pobreza. Sin embargo, puede que se necesiten políticas económicas específicamente dirigidas a los pobres para conseguir distribuir los beneficios del crecimiento económico más homogéneamente entre ricos y pobres, sobre todo en las zonas rurales. Además, es necesario relanzar el propio crecimiento económico mediante iniciativas de diversificación económica. En lo que respecta al control de la propagación del VIH, los progresos de Uganda han sido mucho más rápidos de lo que se requería para alcanzar la meta ODM (figura A).

Los progresos con miras a reducir la mortalidad entre los menores de cinco años también han sido sustanciales. No obstante, es importante desglosar los datos sobre la mortalidad en esa franja de edad si queremos entender el impacto de los distintos grupos socioeconómicos. Como se indica en la figura B, las diferencias entre los sectores más rico y más pobre de la población aumentaron a mediados de los años noventa. Si bien los más ricos vieron mejorada su situación en coherencia con los ODM, en el caso de los hogares más pobres no se observaron grandes progresos. Dado que los pobres representan más de la tercera parte de la población de Uganda, la aplicación de un enfoque «de abajo arriba» centrado en abordar primero las necesidades de los quintiles inferiores permitiría alcanzar antes de lo previsto la meta ODM de mortalidad de menores de cinco años.

**Figura A Progresos actuales y previstos hacia la meta de los ODM relativa a la prevalencia del VIH, Uganda**



**Figura B Ricos y pobres – progreso desigual hacia las metas de los ODM relativas a la mortalidad de menores de 5 años, Uganda**





Europa, algunos países de la Región del Mediterráneo Oriental y el África septentrional estén logrando avances más o menos importantes, en cada una de estas regiones hay varios países que van a la zaga. Algunos países de la Región de Asia Sudoriental acusan retrasos, y el África subsahariana, como ya se ha señalado antes, tiene pocas probabilidades de alcanzar el citado objetivo antes de la segunda mitad del siglo que viene. Si las tendencias generales se mantienen, la mortalidad mundial de niños menores de cinco años se reducirá en el periodo 1990–2015 en aproximadamente una cuarta parte, lo que dista mucho del objetivo de hacerla disminuir en dos tercios. Aunque en algunas partes de África cabe achacar la falta de avances al incremento de los casos de transmisión del VIH de la madre al niño, en la mayoría de los países la causa fundamental es la falta de inversión, problema éste que viene arrastrándose desde hace tiempo. Esto se aplica tanto a los esfuerzos encaminados a hacer disminuir la malnutrición como a los dirigidos a alcanzar la plena cobertura de las intervenciones que tienen por objeto reducir la mortalidad atribuible a la diarrea, a la neumonía, a enfermedades prevenibles mediante vacunación, a la malaria o a causas perinatales.

La **mortalidad materna** ofrece un panorama parecido, con una brecha similar entre, por un lado, el Asia meridional y el África subsahariana y, por otro, el resto del mundo. Las probabilidades, a lo largo de la vida, de morir por causas relacionadas con el embarazo son 100 veces mayores en los países más pobres que en los más ricos. Uno de los indicadores de progreso, la

### Recuadro 2.2 Supervivencia infantil: convertir los conocimientos en acción

Pese a los progresos de las últimas décadas, cada año mueren aún en todo el mundo más de 10 millones de niños. El número de niños y adolescentes fallecidos en 2002 duplica la cifra total de defunciones de adultos por SIDA, tuberculosis y malaria combinados. Todas esas defunciones, exceptuando sólo en torno a un 1%, se producen en los países en desarrollo, y más de la mitad se deben a malnutrición, neumonía, diarrea, sarampión, malaria y VIH/SIDA. Existen intervenciones eficaces de bajo costo que permiten prevenir al menos dos de cada tres de esas muertes. Algunas de ellas son preventivas, como por ejemplo la lactancia materna, los materiales tratados con insecticida, la alimentación complementaria, el zinc, los suplementos de vitamina A, una mejor asistencia al parto y las inmunizaciones; otras implican alguna forma de tratamiento, como la terapia de rehidratación oral, los antibióticos para casos de septicemia y neumonía, los antimaláricos y la reanimación de recién nacidos. El reto que se plantea es hacer llegar esas intervenciones que salvan vidas a los niños que más las necesitan.

A fin de multiplicar las intervenciones eficaces en pro de la salud infantil, habrá que prestar más atención a la salud de los recién nacidos y a la aplicación de un enfoque integrado y amplio de la salud infantil a nivel de país.

Si bien en lo que atañe a la mortalidad en la niñez se han logrado importantes progresos durante los últimos 10 años, la mortalidad entre los recién nacidos apenas ha mejorado. Cada año, casi cuatro millones de lactantes mueren antes de cumplir su primer mes de vida. La mayoría de las defunciones de neonatos son el resultado de un mal estado sanitario y nutricional de la madre, de una atención inexistente o de baja calidad durante el embarazo y el parto, y de las insuficiencias de la atención básica prestada a los niños sanos y el manejo de los lactantes enfermos. Es necesario adoptar urgentemente medidas para mejorar la salud y la supervivencia de los recién nacidos y sus madres. Unos servicios de maternidad de alta calidad, incluida la intervención de parteras cualificadas en el parto, pueden salvar la vida tanto de muchos recién

nacidos como de sus madres. La lactancia materna precoz y exclusiva protege la vida de los neonatos. Un metanálisis reciente ha revelado que niños del Brasil, Filipinas y el Pakistán a los que no se amamantó tenían una probabilidad 5,8 veces mayor de morir antes de cumplir un mes que los niños que se habían alimentado al menos parcialmente con leche materna (72). Debería asegurarse la presencia de una partera cualificada en todos los partos, el control de las infecciones de los recién nacidos, el apoyo a la lactancia materna exclusiva y la identificación de las complicaciones. Y en caso necesario los lactantes deberían ser derivados urgentemente a niveles superiores del sistema asistencial.

Es preciso que los programas de salud infantil, lejos de limitarse a enfermedades concretas, aborden la salud general y el bienestar de los niños. Basándose en la experiencia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la OMS y diversos asociados están desarrollando un marco sencillo pero amplio que orientará a los países en la aplicación y extensión masiva de intervenciones eficaces de salud infantil. Dicho marco abarca cinco componentes:

- Análisis de la situación para evaluar las variables específicas del país o el contexto, como la carga de enfermedades infantiles, el estatus socioeconómico, la infraestructura, la capacidad del sistema sanitario, los recursos disponibles, la estabilidad política y la previsibilidad del futuro de las inversiones.
- Desarrollo y formulación de una política nacional concisa de salud infantil con orientaciones estratégicas centradas en los resultados.
- Identificación de un conjunto de intervenciones demostradamente costoeficaces de salud infantil.
- Extensión masiva de las intervenciones mediante un enfoque doble: aumentar la eficiencia del sistema sanitario para atender a más niños, e implicar más estrechamente a las familias y las comunidades en la prevención de enfermedades y el cuidado de los niños enfermos.
- Monitoreo permanente para orientar la adopción de decisiones a nivel operativo y ayudar a los países y los asociados a medir los progresos.



proporción de partos atendidos por personal cualificado, está aumentando lentamente, a partir de un nivel muy bajo, en algunas partes de la Región de Asia Sudoriental, mientras que en el África subsahariana se ha estancado. Sólo una mejora drástica de la calidad y la cobertura de los servicios de salud podría influir significativamente en el logro de avances hacia este objetivo (véase el recuadro 2.3).

La pandemia mundial de VIH/SIDA sigue empeorando; más del 70% de todas las infecciones se concentran en el África subsahariana. Actualmente hay unos 40 millones de personas afectadas por el SIDA, cada año se producen más de cinco millones de nuevas infecciones, y en 2002 esta enfermedad se cobró la vida de casi tres millones de personas. Los progresos actualmente se evalúan (a los efectos de hacer un seguimiento del Objetivo 6) en función de la reducción de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15–24 años (que en algunas ciudades africanas está empezando a disminuir), la reducción del número de huérfanos del VIH/SIDA (que, según se prevé, se va a duplicar para 2010), y el aumento en la utilización de preservativos entre los jóvenes de 15–24 años. Algunos países podrían alcanzar el objetivo de reducir la propagación del SIDA para 2015, pero, también en este caso, sólo si hay un incremento sin precedentes de los esfuerzos desplegados en las regiones más afectadas.

Otras previsiones similares ensombrecen asimismo los demás objetivos e indicadores relacionados con la salud, a saber, los referentes a la tuberculosis y la malaria, el mejoramiento de

### Recuadro 2.3 Lucha contra la mortalidad materna: reducir los riesgos del embarazo

Para más de 30 millones de mujeres cada año, el embarazo y el parto acarrearán sufrimientos innecesarios, problemas de salud o incluso la muerte. Más de medio millón de mujeres fallecen cada año de resultados de complicaciones relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en los países en desarrollo. Sin embargo, la mayoría de las defunciones y discapacidades maternas podrían evitarse mediante unos servicios de salud de mayor calidad y una buena nutrición materna.

De todas las estadísticas sanitarias, las correspondientes a la mortalidad materna muestran algunas de las mayores disparidades entre los países en desarrollo y los desarrollados. El riesgo a lo largo de la vida de fallecer por causas maternas es en el África subsahariana de 1/16, frente a 1/160 en América Latina y 1/4000 en Europa occidental. En los países pobres, nada menos que un 30% de las defunciones registradas entre las mujeres en edad fecunda (15–49 años) pueden deberse a causas relacionadas con el embarazo, en comparación con una frecuencia de menos del 1% en América del Norte, Australia, Europa, el Japón y Nueva Zelanda.

Cada defunción materna es una tragedia. Todos los años, millones de niños quedan huérfanos de madre, y se estima que un millón de ellos fallecen como consecuencia de ese hecho. Los niños que sobreviven a la muerte de su madre rara vez llegan a cumplir un año, y el riesgo de defunción de los menores de cinco años se duplica cuando la madre fallece en el parto.

Aunque las causas de la alta morbilidad materna y perinatal y las medidas para prevenirla y tratarla son bien conocidas, los progresos siguen siendo lentos en muchos países. Sin embargo, algunos países – a veces muy pobres – han tenido éxito en lo que respecta a reducir la mortalidad materna. La mortalidad materna y neonatal puede reducirse considerablemente mediante intervenciones de salud materna basadas en la evidencia, confiables, costoeficaces y factibles incluso en entornos pobres.

Mediante su iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo, la OMS colabora con los países para lograr sus objetivos de maternidad sin riesgo. La idea fundamental de la iniciativa es aumentar la proporción de embarazos y partos asistidos por personal sanitario cualificado. Para las instancias decisorias nacionales, las necesidades más importantes con miras a mejorar la salud materna se concretan en:

- Promover la introducción de reformas jurídicas y la movilización de la comunidad para lograr que las mujeres tengan acceso a una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Formular e implementar planes para formar y desplegar a un número suficiente de trabajadores sanitarios cualificados, proporcionándoles suministros y equipo básicos y asegurando su presencia en las comunidades pobres y rurales.
- Velar por que todas las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a atención especializada de calidad, que incluya atención prenatal, asistencia en el parto, atención obstétrica de urgencia, atención puerperal, atención del recién nacido, manejo de las complicaciones del aborto y atención postaborto, servicios de planificación familiar, educación y servicios de salud reproductiva para las adolescentes, y también la posibilidad de someterse a un aborto en condiciones seguras, allí donde esa operación sea legal.
- Asegurar que la cobertura y el uso de los servicios de salud materna sean objeto de monitoreo, y que los hallazgos en ese sentido se utilicen para reforzar las futuras actividades y mejorar la calidad de la asistencia.
- Reforzar las redes de investigación y la difusión de los resultados más importantes para mejorar la planificación y la adopción de decisiones en relación con las intervenciones más trascendentales.

los recursos hídricos, la prestación de mejores servicios de saneamiento y el uso de combustibles sólidos (como indicador de la contaminación del aire en espacios cerrados). Aunque en algunos países sólo se han logrado avances limitados, existen importantes diferencias en cuanto al nivel de progreso entre las regiones y entre los países y también en el interior de unas y otros. Así, por ejemplo, destacan las variaciones en el suministro de medicamentos esenciales: la OMS estima que el 91% de la producción mundial de productos farmacéuticos es consumido por un 15% de la población mundial (en términos de valor). Los avances globales vienen condicionados por lo que ocurre en los países más grandes del mundo, como China y la India. La consecución de los ODM relacionados con la salud requiere, ante todo, que de aquí a 2015 se asegure un nivel de compromiso y esfuerzo mucho más elevado que el que se ha podido observar desde el inicio de la cuenta atrás, en 1990.

## La otra parte del pacto: el Objetivo 8

Los debates sobre los ODM suelen centrarse primordialmente en los Objetivos 1 a 7. No obstante, para una evaluación exhaustiva de los avances es preciso examinar ambas partes del pacto. Fue difícil definir indicadores para el Objetivo 8. Es más, algunos países desarrollados incluso se mostraron reacios a respaldar los ODM debido precisamente a la existencia de ese objetivo. Por otro lado, sólo contados países han cumplido el compromiso asumido en el marco de la OCDE de transferir a los países de bajos ingresos el 0,7% de su PNB, en concepto de asistencia para el desarrollo (según lo acordado a comienzos del decenio de 1970). El porcentaje del PNB asignado por término medio por los países de la OCDE a la ayuda al desarrollo sigue siendo extremadamente bajo.

Tres son los elementos de la alianza en pro del desarrollo que a juicio de la mayoría de los países revisten particular importancia y ofrecen posibilidades de avanzar: la nueva ronda de negociaciones comerciales lanzada en 2001 en Doha (Qatar) por la Organización Mundial del Comercio (OMC) (aunque también deberán tenerse en cuenta las deliberaciones de la Conferencia Ministerial de Cancún (México)), el Consenso de Monterrey sobre financiación para el desarrollo y la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME). La importancia de estos elementos es a la vez sustantiva y simbólica: sustantiva por la influencia del comercio, la deuda y la asistencia para el desarrollo en las economías nacionales, y simbólica por la necesidad de reforzar la confianza en un debate cada vez más polarizado entre países desarrollados y países en desarrollo sobre la distribución de funciones y responsabilidades en materia de desarrollo.

### Comercio

El programa de comercio y desarrollo continúa dominado por cinco cuestiones: el Acuerdo sobre los ADPIC (aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio) y la salud pública; el comercio de servicios de salud; los derechos arancelarios y las subvenciones aplicados a los productos agropecuarios y las oportunidades de acceso a los mercados de los productos no agropecuarios; la adaptación del trato especial y diferenciado a las prioridades nacionales de desarrollo; y el fortalecimiento de la capacidad en los países menos adelantados. Las primeras dos cuestiones tienen un impacto obvio y directo en la salud. Ahora bien, las otras tres son igualmente importantes, dada su repercusión en las economías del mundo en desarrollo.

Tras la adopción, en 2001, de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, que constituye todo un hito en esta esfera, los miembros de la OMC

alcanzaron en agosto de 2003 un consenso sobre la aplicación de las disposiciones sobre acceso a los medicamentos por los países cuya capacidad para fabricar productos farmacéuticos es limitada o insuficiente. La repercusión total de dicho acuerdo dependerá del grado en que los países puedan asegurar su aplicación efectiva.

## Asistencia para el desarrollo

Es poco probable que se alcancen los ODM si no se fortalece significativamente la asistencia para el desarrollo. La cifra global más comúnmente citada en este contexto es la de un aumento anual de US\$ 50 000 millones de los recursos destinados a ese fin, con lo que más o menos se duplicarían los niveles actuales (3). Según los cálculos de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud sobre las inversiones necesarias en esta esfera, principalmente en materia de atención sanitaria, los fondos destinados a la asistencia para el desarrollo deberían ascender a un total anual de US\$ 27 000 millones, suma ésta cuatro veces superior a la actualmente destinada por los donantes a la salud. A la luz de esas estimaciones, la respuesta ha sido generalmente modesta, y sólo unos pocos países donantes han hecho progresos significativos hacia el objetivo de asignar un 0,7% de su PNB a la asistencia para el desarrollo. No obstante, pese a las tendencias generales, ha habido un aumento del gasto en salud y de la aportación de fondos a la lucha contra el SIDA. Otro cambio destacable es la tendencia a recurrir a mecanismos de financiación innovadores, como por ejemplo la «Cuenta para los desafíos del milenio» (Millennium Challenge Account) de los Estados Unidos; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; o el mecanismo denominado International Financial Facility, propuesto por el Gobierno del Reino Unido.

## Deuda

Es evidente que desde su lanzamiento, hace más de seis años, la Iniciativa para los PPME ha arrojado escasos resultados. Al mes de marzo de 2003, únicamente siete países habían alcanzado su punto de culminación, pasando a beneficiarse de una reducción, concedida por los acreedores oficiales, del 90% de los pagos netos actuales por concepto de servicio de la deuda. En algunos PPME incluso los modestos beneficios obtenidos gracias al alivio de la deuda han quedado anulados por la reiterada disminución de los ingresos de exportación provocada por el deterioro de su relación real de intercambio. Aunque se siguen debatiendo las ventajas e inconvenientes que presentan los distintos instrumentos de alivio de la deuda, es evidente que la magnitud de la carga de la deuda y su perpetuación en el tiempo, además de actuar como importantes contrapesos a los esfuerzos de asistencia para el desarrollo, constituyen un gran obstáculo para incrementar la aportación de fondos nacionales para la promoción del desarrollo humano. Por otro lado, de los 82 países que reunían las condiciones para acogerse al Servicio para el Crecimiento y la Lucha contra la Pobreza/la Iniciativa para los PPME/el proceso del Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza, sólo siete han pasado en los últimos siete años por todo el proceso, lo que puede socavar la eficacia de la iniciativa de alivio de la deuda para reducir la pobreza en un corto plazo de tiempo.

En resumen, según se desprende del análisis de los avances logrados hacia la consecución del Objetivo 8 – incluso en ausencia de indicadores sólidos –, la situación en líneas generales es similar a la descrita para los Objetivos 1–7. Es preciso redoblar notablemente los esfuerzos si se quieren cumplir los compromisos mundiales en él recogidos. El examen de las dificultades y los avances relacionados con el Objetivo 8 debe ocupar un lugar destacado dentro del programa de acción relativo a los ODM.

## Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la práctica

Aunque los ODM representan indudablemente una importante oportunidad para promover la obtención de mejores resultados sanitarios entre los pobres, no debemos olvidar que son fruto de un proceso político y constituyen un instrumento que no es perfecto. La experiencia práctica relacionada con el empleo de los ODM ha planteado distintos interrogantes y problemas; algunos de ellos indican la necesidad de introducir en el futuro mejoras en determinadas esferas.

### ¿A quién pertenecen los ODM?

Es importante que los países sientan los ODM como suyos. La fuerza, y también la finalidad, de estos objetivos consiste en que ofrecen a los ciudadanos un instrumento para seguir la actuación de las autoridades (por ese motivo, un elemento esencial de la estrategia de las Naciones Unidas es que los resultados se publiquen en forma accesible y en los idiomas locales que proceda). Existe, no obstante, el riesgo de que algunos países en desarrollo perciban los ODM como algo que interesa principalmente a los donantes; cabe la posibilidad de que se considere que representan una nueva forma de imponer condiciones y que su alcance es demasiado restringido para abarcar la naturaleza multidimensional del desarrollo. Esto último incluye también el temor a que un enfoque exclusivamente centrado en los ODM suponga un rechazo de los objetivos fijados en otras conferencias de las Naciones Unidas (véase más abajo la referencia a la salud reproductiva). Habida cuenta de estas inquietudes, es fundamental mantener un consenso político real.

### ¿Qué grado de flexibilidad tiene este enfoque?

Muchos países sostienen que los ODM deberían ajustarse más a su nivel de desarrollo y ponen en duda que sirva de algo luchar por avanzar hacia un objetivo que tiene escasas probabilidades de hacerse realidad. Otros reconocen el valor de las metas perseguidas, pero desean que sean más ambiciosas o tengan un mayor alcance (lo que en ocasiones se ha dado en llamar ODM-Plus). Algunos países alegan que en muchas partes del mundo no procede centrar la atención en las enfermedades transmisibles, en vista del rápido aumento de los efectos que en la salud de las poblaciones pobres tienen las enfermedades no transmisibles, como las afecciones causadas por el tabaco, y los traumatismos (véase el recuadro 2.4). Los objetivos, metas e indicadores ODM actuales sólo reflejan parcialmente la rápida transición de la carga de morbilidad en los países en desarrollo. Cada vez se alzan más voces a favor de establecer un

#### Recuadro 2.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Europa oriental

Europa oriental no suele centrar los debates sobre el desarrollo en general y sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en particular, pero varios países de esa región tienen hoy día unos ingresos per cápita comparables a los de los países en desarrollo de las Regiones de África y Asia Sudoriental. Ese bajo nivel de desarrollo económico se debe en gran parte a la pronunciada caída de la producción que sufrieron durante la década que siguió a la transición a una economía de mercado.

Se requerirá un firme compromiso nacional e internacional para que Europa oriental alcance la meta de reducción de la pobreza establecida para 2015. Que ello se logre o no dependerá entre otras cosas del ritmo al que se progrese hacia los otros ODM y de si los indicadores seleccionados para los otros objetivos se corresponden con las que cons-

tituyen áreas prioritarias para Europa oriental. Existen algunos indicios de que esto último quizá no se cumple por lo que se refiere a los indicadores relacionados con la salud (13).

En los países en desarrollo del África subsahariana y de la Región de Asia Sudoriental, los problemas sanitarios más importantes guardan relación con aspectos de la salud maternoinfantil y con las enfermedades infecciosas, pero la situación es distinta en la mayoría de los países de Europa oriental, donde la mortalidad de adultos es relativamente alta y las enfermedades no transmisibles representan el grueso de la carga de morbilidad. Así pues, en el caso especial de Europa oriental, convendría usar indicadores de salud adicionales (por ejemplo, la esperanza de vida).

conjunto de objetivos regionales y mundiales, con metas acompañadas de plazos concretos, para las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, los trastornos neuropsiquiátricos y los traumatismos.

Sin duda alguna es necesario conjugar en la justa medida la necesidad de permitir comparaciones entre los países y la necesidad de asegurar la pertinencia de los datos (y la identificación de los países con la estrategia). Si se emplean indicadores normalizados, no debería haber, en principio, ningún motivo que impida a los países informar tanto sobre sus propios objetivos como sobre los internacionales; al igual que ocurre con los ODM, la formulación de metas con plazos y políticas prácticas en relación con las enfermedades no transmisibles exigiría la atención y el compromiso de la comunidad sanitaria internacional. La OMS va a apostar firmemente por la elaboración de un conjunto más ambicioso y completo de objetivos y metas mundiales de salud.

### ¿Hasta qué punto promueven los ODM la equidad?

La crítica más importante que suele hacerse respecto a los objetivos relacionados con la salud es que, a diferencia de muchos de los otros ODM, están expresados en términos de promedios nacionales y no en términos de beneficios para los grupos pobres o desfavorecidos. El logro de avances importantes en los grupos no pobres puede hacer que algunos objetivos se alcancen sin que se hayan registrado mejoras sustantivas en el estado de salud de los más pobres (14). Entonces es cuando se plantean las preguntas siguientes: ¿En qué medida promueven la equidad los distintos avances logrados hacia la consecución de los ODM? ¿Qué beneficios aportan los ODM a los grupos de ingresos más bajos, en comparación con los que conllevan para los grupos de ingresos más elevados? El hecho de que dentro del programa relativo a los ODM sea posible adoptar diferentes políticas significa que puede haber grandes diferencias en cuanto a la distribución social de los beneficios sanitarios. Así, por ejemplo, los esfuerzos desplegados durante el decenio de 1990 en América Latina con miras a reducir la mortalidad de los menores de cinco años arrojaron en los distintos países una distribución muy dispar entre los quintiles más pobre y más rico de la población. Las medidas adoptadas en Guatemala en pro de la equidad hicieron que las mayores disminuciones de la mortalidad en la niñez se registraran en los segmentos más pobres de la sociedad. En otros países, en cambio, la mortalidad de los niños menores de cinco años había empeorado en el caso de las familias más pobres si se comparaba con los resultados obtenidos para las más ricas, y ello pese a la mejora de las medias nacionales globales (11). Por consiguiente, la posibilidad de desglosar los datos relativos a la salud por criterios como el nivel de ingresos es esencial para formular políticas fundamentadas, hecho éste que debe tenerse en cuenta a la hora de elaborar sistemas de información sanitaria a nivel de países.

### Medición de los progresos

Aunque los objetivos y las metas de desarrollo fueron acordados durante el proceso político que culminó en la Declaración del Milenio, los indicadores conexos se adoptaron en un momento posterior. Muchos consideran que los indicadores relacionados con los objetivos de salud son insatisfactorios: algunos indicadores abarcan más de un elemento que luego debe evaluarse; otros no están desglosados por grupos de población afectados por la enfermedad en cuestión o vulnerables a ella; otros son costosos de medir; y otros tienen numeradores o denominadores mal definidos. Se han logrado ciertas mejoras con la inclusión de indicadores adicionales, por ejemplo para la esperanza de vida sana global, que vienen a complementar las cifras de mortalidad por enfermedades específicas, pero esas adiciones siguen teniendo la categoría de notas a pie de página. Existe cierta renuencia a abrir el proceso al cambio, al menos hasta después de realizado el examen de fondo previsto para 2005.

## Salud reproductiva

En las metas internacionales de desarrollo que precedieron a los ODM se hacía referencia explícita a la necesidad de facilitar el acceso a los servicios de salud reproductiva, sobre la base de las metas y los objetivos acordados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo (Egipto) en 1994 (15). Ése no es el caso de los ODM. La ausencia de esas metas preocupa a muchas personas, que temen que se echen a perder los logros alcanzados en El Cairo y en la CIPD+5 (revisión a los cinco años). En la práctica, los ODM recogen varias de las dimensiones clave de la salud reproductiva, como la salud materna, la salud del niño (incluida la salud del recién nacido) o el VIH/SIDA. Dentro de la OMS, se está elaborando, en respuesta a una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (16), una estrategia para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva.

## Fortalecimiento de los sistemas de salud

Los ODM no se centran específicamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud, lo que ha suscitado numerosas críticas. Es evidente que en muchos países de ingresos bajos y medios únicamente se logrará alcanzar las metas de los ODM relacionados con la salud – y, lo que es aún más importante, asegurar su sostenibilidad – si se refuerzan sustancialmente los sistemas sanitarios. Con todo, los objetivos hacen hincapié en cuestiones de salud a largo plazo que resultan fundamentales para los países, y algunos de los indicadores, como el relativo a la mortalidad materna, pueden servir para calibrar de forma aproximada la eficacia del sistema de atención de salud en su conjunto. El concepto de ODM exige que se avance simultáneamente en varios frentes, pero, sin inversiones suficientes en los sistemas sanitarios, está claro que las probabilidades de lograr al mismo tiempo progresos significativos en la salud maternoinfantil, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, así como un mayor acceso a los medicamentos adecuados en cada caso, son escasas.

Los ODM y otros objetivos de salud sólo se alcanzarán si se aúnan las fuerzas y si se confiere al examen de las limitaciones que afectan a los sistemas sanitarios una importancia acorde con la magnitud del problema. En el capítulo 7 se examinan las principales cuestiones que deben abordarse a este respecto.

Por otro lado, existen varias cuestiones transversales no directamente relacionadas con la reforma de la atención de salud que también influyen notablemente en los resultados sanitarios. Cabe citar como ejemplos el agua y el saneamiento, el transporte, y la relación entre varios ODM y los derechos humanos. Esa interrelación – sobre todo en lo referente a los pobres – ha sido recientemente objeto de atención por parte del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud (17).

## Los ODM y la OMS

### Definición del lugar que los ODM deben ocupar en el seno de la OMS

Los ODM están cobrando una importancia estratégica cada vez mayor para numerosas organizaciones internacionales. Para los gobiernos y los organismos de desarrollo constituyen a la vez una importante selección de objetivos y un instrumento para reorientar sus estrategias y definir parámetros de gestión responsable. La OMS otorga gran importancia a los esfuerzos encaminados a ayudar a los países y los asociados en pro del desarrollo en su empeño por alcanzar los ODM relacionados con la salud. Se han logrado ciertos avances, por ejemplo en lo referente a la mejora del acceso a los medicamentos esenciales en diversos países de cada una de las seis regiones de la Organización (véase el recuadro 2.5).



Con todo, centrar la atención en los ODM no está reñido con tratar de avanzar en lo referente a cuestiones o países que no guardan una relación directa con esos objetivos. Además, los esfuerzos dedicados a los ODM no se limitan a las actividades de la OMS expresamente mencionadas en uno o en varios objetivos o metas (como ocurre con la salud del niño o el VIH/SIDA). En ese sentido, buena parte de lo que sigue en el presente informe está relacionado con esos objetivos. El concepto de ODM implica la obtención de resultados, eso sí, mediante una amplia variedad de intervenciones sanitarias. Con todo, como ya se ha señalado en relación con la formulación de políticas, si se pretende abarcarlo todo, puede que no se obtenga nada.

La labor de la OMS en relación con los ODM se regirá por tres principios. En primer lugar, la Organización colaborará con los países para ayudarles a idear y consolidar un conjunto más completo de objetivos de salud que se centren específicamente en sus propias circunstancias particulares. En segundo lugar, la OMS concederá especial prioridad a ayudar a los países a preparar objetivos y planes encaminados a conseguir que los grupos desfavorecidos compartan plenamente las mejoras derivadas de los progresos hacia los ODM relacionados con la salud (por ejemplo, asegurando que las mejoras de las condiciones de las personas que viven por debajo de los umbrales de pobreza de sus respectivos países sean, en términos porcentuales, como mínimo igual de importantes que las mejoras medias registradas para el conjunto de la población). En tercer lugar, la OMS exhortará enérgicamente a los países desarrollados a cumplir con su parte del pacto, en especial tomando medidas con respecto a los elementos del Objetivo 8 de importancia vital para los demás ODM.

Desde un punto de vista práctico, la OMS llevará a cabo su labor del modo descrito a continuación.

- **Labor normativa y técnica.** La OMS respalda los esfuerzos nacionales encaminados a lograr los ODM mediante una amplia labor normativa y técnica en las esferas de la salud materna, la salud del niño, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, el agua y el saneamiento, el acceso a los medicamentos, los sistemas de salud y la salud ambiental, y también trabajando en cuestiones de desarrollo relacionadas con la salud, como el comercio, la deuda, la asistencia para el desarrollo y los derechos humanos. Aunque todas estas esferas son importantes, el reto de lograr progresos más rápidos en materia de salud maternoinfantil obliga a conceder a estos objetivos una atención cada vez mayor.

### Recuadro 2.5 Asegurar la calidad de los medicamentos contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria

Hasta 2001 las Naciones Unidas y otros organismos compradores carecían de un sistema coordinado de evaluación de la calidad para los medicamentos contra el VIH/SIDA. A medida que se intensifican los esfuerzos encaminados a extender masivamente el acceso al tratamiento para las personas afectadas por el VIH/SIDA, y conforme se facilita la adquisición de medicamentos genéricos más baratos para los países de bajos ingresos, el acuerdo en torno a un procedimiento que asegure que esos medicamentos sean de calidad aceptable permitirá adquirir esos productos en mayores cantidades (18).

En marzo de 2001 la OMS inició un sistema piloto en colaboración con otras organizaciones de las Naciones Unidas (UNICEF, FNUAP y ONUSIDA) para evaluar la conformidad de los medicamentos contra el VIH/SIDA con las normas internacionales, y por tanto su idoneidad para ser adquiridos por los organismos de las Naciones Unidas. El procedimiento en cuestión comprende lo siguiente:

- evaluación de la información sobre el producto suministrado por los fabricantes;

- inspección de los sitios de fabricación;
- realización de comprobaciones aleatorias de seguimiento de la calidad de productos evaluados anteriormente.

El examen de más de 250 expedientes de productos de distintos fabricantes de sustancias nuevas y genéricas demuestra que un número creciente se ajusta ya a las normas y patrones que exige la OMS. Estos cambios se recogen en la última edición de la lista de productos y fabricantes preacreditados, publicada y actualizada regularmente en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/pilotprocmain.shtml>). Dicha lista incluye ya 50 antirretrovirales (entre ellos 22 genéricos), que se desglosan en 44 productos con un solo componente, cinco combinaciones dobles y una combinación triple. La iniciativa ha empezado a trabajar también en la preacreditación de medicamentos contra la malaria y la tuberculosis, terreno en el que ha hecho avances considerables.



- **Seguimiento de los progresos y evaluación de los resultados.** La OMS ha colaborado estrechamente con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas para establecer indicadores para cada uno de los objetivos y metas de desarrollo del milenio relacionados con la salud. Se han logrado asimismo notables avances en lo referente a la formulación de procedimientos de notificación coherentes y complementarios entre sí. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial están utilizando las bases de datos del ONUSIDA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la OMS como fuentes principales de información sanitaria en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La labor de la OMS relativa a la notificación de resultados relacionados con los ODM viene a complementar otras iniciativas destinadas a mejorar la calidad de los datos sanitarios por países. Al mismo tiempo, también tiene por objeto fortalecer la capacidad de los países para recabar y analizar la información pertinente y, sobre todo, para adoptar seguidamente las medidas que procedan. Se ha creado un marco para mejorar la calidad de las estadísticas sanitarias sobre la base de cinco criterios: la validez, la fiabilidad, la comparabilidad entre poblaciones, la posibilidad de asegurar para los datos un seguimiento de auditoría y la celebración de consultas con las autoridades nacionales. Las fuentes, los métodos y el ciclo completo de elaboración de cada una de las cifras publicadas se han hecho más transparentes, y las verificaciones retrospectivas explícitas están ahora a disposición del público y pueden ser objeto de examen colegiado.

La OMS informará sobre 17 de los indicadores ODM relacionados con la salud. Asimismo, se encarga de vigilar otros indicadores clave relacionados con la salud o con otras esferas de la salud pública que pueden ayudar a explicar los avances logrados (o la ausencia de avances) hacia la consecución de objetivos concretos a nivel de país. Entre dichos indicadores figuran la cobertura de la inmunización con antígenos nuevos, la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, la eficacia de las intervenciones contra estas enfermedades y el empobrecimiento de los hogares a consecuencia de los gastos médicos. La OMS está colaborando con sus asociados en el desarrollo de la Red de Sanimetría, que les ayudará a fortalecer sus sistemas de información sanitaria, lo que a su vez mejorará la vigilancia de los indicadores ODM (véase el capítulo 7).

- **Fortalecimiento de la colaboración técnica.** En esta esfera se contará con el apoyo de todas las partes de la OMS; los trabajos se articularán mediante estrategias concretas de cooperación en los países. Reforzar la presencia de la Organización en los países constituye una importante prioridad para los años venideros, y colaborar con ellos a fin de alcanzar las metas de los ODM será un componente esencial del compromiso de la OMS de contribuir a hacer realidad el logro de mejoras sanitarias mensurables.

## Colaboración con otros asociados

La OMS apoya activamente la estrategia fundamental de las Naciones Unidas para el logro de los ODM, que consta de cuatro elementos independientes: el Proyecto del Milenio, el apoyo operacional prestado por los equipos de las Naciones Unidas en los países, los Informes del Milenio y la Campaña del Milenio.

El **Proyecto del Milenio** comprende la investigación sobre las estrategias requeridas para lograr los ODM y el análisis de las mismas. Durante un periodo de tres años, sus 10 grupos de estudio procurarán determinar las prioridades operacionales, los instrumentos institucionales de ejecución y las estructuras financieras necesarias para alcanzar dichos objetivos. El trabajo preliminar realizado en el marco del proyecto ha servido para preparar el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003*. Uno de los principales cometidos del Proyecto del Milenio, y también de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, estribará en formular una serie de mensajes claros y de hacerlos llegar a instancias políticas que quizá no estén debidamente

familiarizadas con las cuestiones relacionadas con el desarrollo. Según se desprende de las consultas celebradas recientemente con directores de proyecto, debería haber un grupo de estudio adicional encargado de los problemas referentes al desarrollo de los sistemas de salud.

El **apoyo operacional** para la consecución de los ODM corre a cargo de los equipos de las Naciones Unidas en los países. Los ODM han pasado a formar parte integral de los instrumentos – en particular, el sistema de evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo – empleados por las instituciones del sistema para planificar y programar su labor. Además, la OMS participa en la preparación de **informes nacionales sobre los ODM** y colaborará con las autoridades de los distintos países para asegurar el cumplimiento de las recomendaciones en ellos contenidas. Estos informes, de carácter divulgativo y destinados al público general y a los medios de comunicación locales, se centran en los avances y los obstáculos encontrados y son considerados como un medio de reforzar el control sobre la actuación del gobierno. El número de informes publicados hasta la fecha asciende ya a más de 40.

La **Campaña del Milenio** tiene por objeto sensibilizar al público y fomentar el compromiso político para con los ODM tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Una vez reconocida la necesidad de velar por que los ODM relacionados con la salud sigan ocupando un lugar destacado dentro de las preocupaciones políticas, se propuso la creación del Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la Salud, la Nutrición y la Población, que aglutinará a diferentes instituciones y se ocupará de una amplia gama de actividades destinadas a avanzar hacia la consecución de los ODM. El Foro ofrecerá asimismo a los altos funcionarios de los organismos donantes y los gobiernos nacionales una estructura para supervisar los progresos logrados respecto del conjunto de los ODM relacionados con la salud (aunque en sí mismo no tendrá responsabilidad alguna en lo referente a su seguimiento). Además, propiciará el intercambio de experiencias entre países y regiones; fomentará la creación de vínculos y la interacción (sobre todo entre alianzas mundiales en pro de la salud y las estrategias nacionales de reducción de la pobreza); y permitirá detectar oportunidades y formular recomendaciones para la adopción de medidas por otras partes.

## Aceleración de los progresos

Los ODM representan un compromiso asumido en el plano mundial para reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas relacionados con la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y a medicamentos esenciales y la degradación ambiental. Las mejoras en el campo de la salud, además de ser importantes en sí mismas como objetivos de desarrollo, también son consideradas como importantes impulsores del crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Los ODM poco tienen en común con anteriores conjuntos de objetivos internacionales en materia de política de desarrollo. En primer lugar, destaca su carácter explícitamente interdependiente e interrelacionado: el logro de un objetivo depende de los esfuerzos desplegados para alcanzar los demás. En segundo lugar, las metas estipuladas para los primeros siete objetivos sólo representan una de las partes de esta asociación en pro del desarrollo. Para que los países en desarrollo puedan obtener resultados, es fundamental que el mundo desarrollado cumpla con la otra mitad del pacto y adopte medidas que propicien esos logros, y ello en las esferas del comercio, la asistencia para el desarrollo, el alivio de la deuda y la transferencia de tecnología. Todas esas metas están incluidas en el Objetivo 8.

No obstante, aun contando con el consenso y compromiso político necesario, muchos de los ODM no se lograrán si las partes interesadas no intensifican sus esfuerzos. Actualmente, a

medio camino entre el año base (1990) y la fecha tope (2015), los indicadores de progreso sugieren que en el África subsahariana el objetivo de reducir la mortalidad en la niñez en dos tercios, por poner un ejemplo, no se va a poder alcanzar en este siglo, y mucho menos en los próximos 12 años. Por otro lado, incluso en los países en que se están logrando importantes avances hacia los ODM, las mejoras globales registradas a nivel nacional pueden resultar engañosas. Está cada vez más claro que el logro de avances importantes para grupos no pobres puede entrañar la consecución de algunos objetivos sin que por ello haya mejorado sustancialmente el estado de salud de los más pobres.

Los ODM constituyen un instrumento que permite al ciudadano de a pie pedir cuentas a las autoridades. Ahora bien, esto sólo será posible si los objetivos son aceptados como legítimos y si todas las partes interesadas se identifican con ellos. Los países desarrollados deben cumplir con su parte del pacto y demostrar que los ODM no son un mecanismo de control impuesto por los donantes sino el punto de partida para una nueva forma de colaboración internacional para la promoción, más equitativa, de capacidades humanas esenciales.

Como se indica en este capítulo y más adelante a lo largo del informe, se puede hacer mucho para acelerar los progresos: es posible intensificar los esfuerzos encaminados a combatir la pandemia de SIDA, reducir el riesgo de morir durante el parto, asegurar la supervivencia de los niños y robustecer la infraestructura sanitaria para ponerla a la altura de los ODM y de otros objetivos de salud.

---

En el capítulo 1 se confirmaba que el VIH/SIDA constituye la principal causa de defunción entre los adultos jóvenes, y en éste hemos comprobado la importancia que dicha enfermedad reviste para los ODM; en el siguiente capítulo analizaremos de qué manera el VIH/SIDA ha cambiado el mundo – en particular el África subsahariana – durante los últimos 20 años, por qué esa enfermedad representa actualmente una emergencia sanitaria mundial, y cómo podríamos controlarla.

## Referencias

1. *Declaración del Milenio*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas; <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>, visitado el 22 de septiembre de 2003).
2. *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002 (documento A56/326 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
3. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, Monterrey (México), 18 a 22 de marzo de 2002*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002.
4. *Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo (Sudáfrica), 26 de agosto a 4 de septiembre de 2002*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002.
5. Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Shaping the 21st century: the contribution of development co-operation*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1996.
6. *Informe sobre Desarrollo Humano 1990: Concepto y Medición del Desarrollo Humano*. Nueva York, NY, Oxford University Press para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990.
7. *What is human development?* Nueva York, NY, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (<http://hdr.undp.org/hd/default.cfm>, visitado el 23 de septiembre de 2003).
8. Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
9. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
10. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Financing the development goals: an analysis of Tanzania, Cameroon, Malawi, Uganda and Philippines*. Informe resumido preparado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002 (<http://www.undg.org>, visitado el 24 de septiembre de 2003).
11. Minujin A, Delamonica E. Mind the gap! Child mortality differentials by income group. In: Cornia GA, ed. *Harnessing globalisation for children: a report to UNICEF*. Florencia, Centro de Investigaciones «Innocenti» del UNICEF, 2002.
12. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451–455.
13. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Appropriate health related Millennium Development Goals for the Europe and Central Asia Region: impacts and policy implications*. Washington, DC, Banco Mundial (en prensa).
14. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002 (HNP Discussion Paper).
15. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5–13 de septiembre de 1994* ([http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd_spa.pdf), visitado el 23 de septiembre de 2003).
16. *Contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA55.19; [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA55/ewha5519.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ewha5519.pdf), visitado el 23 de septiembre de 2003).
17. *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Ginebra, Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2003 (documento E/CN.4/2003/58; [http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4bc1d63406259b69c1256cec005b4768/\\$FILE/G0310982.doc](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4bc1d63406259b69c1256cec005b4768/$FILE/G0310982.doc), visitado el 23 de septiembre de 2003).
18. Prequalification of HIV drugs: access to generic antiretrovirals. *WHO Drug Information*, 2003, 17:160–164.

