

Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad

(Trends in international health: challenges and opportunities for our society)

Introducción

Hace nueve años publiqué un editorial en esta misma revista titulado «¿Qué es la salud internacional?»¹. No es que con frecuencia me dedique a repasar opiniones mías de hace unos años, pero en este caso parecía obligado, y compruebo que muchas de las definiciones y conceptos expresados entonces permanecen vigentes. Pero, a la vez, tantas otras cosas han cambiado, y posiblemente justifican, con licencia de los lectores, un nuevo editorial.

Unos cuantos miles de casos de una neumonía posiblemente causada por un coronavirus, que emerge en algún lugar de China y que provoca unas cuantas decenas de muertos, han vuelto a causar la alarma mundial: es de nuevo un recordatorio de que las tecnologías de la información y el transporte han acercado todas las zonas del mundo como nunca antes. No sólo tienen los agentes infecciosos la capacidad de trasladarse y cruzar fronteras a enorme velocidad sino que, además, nos enteramos casi a tiempo real de lo que está ocurriendo en cualquier punto del mundo. La globalización del transporte, los intercambios comerciales y la comunicación constituyen fenómenos centrales que condicionan el desarrollo y la evolución de la humanidad. Pero el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) no es el único ejemplo; los brotes de *West Nile virus*, en Nueva York y otras zonas de los EE.UU., o de fiebre amarilla en África occidental, la reemergencia de la malaria en amplias zonas del continente africano, las alarmas y posteriores crisis alimentarias causadas por los priones y la afección variante de la enfermedad de Creutzfeldt Jakob en Europa son algunos de los ejemplos recientes de la enorme interrelación en que vivimos. Sin embargo, el paradigma lo sigue constituyendo la infección por el VIH-sida. Un virus que posiblemente emerge de alguna zona relativamente remota del área de los Grandes Lagos en África y que, en cuestión de pocos años, se convierte en una pandemia que afecta a todos los rincones del mundo; pero el paradigma no lo constituye únicamente el concepto de la emergencia y diseminación mundial del virus, ni los millones de afectados y muertos —y, por tanto, la globaliza-

ción del riesgo— sino también la capacidad de respuesta y sus límites por parte de la comunidad internacional. La infección por el VIH provocó un esfuerzo concentrado de investigación sin parangón en la historia de la ciencia médica, combinando tanto el sector público como el privado. No sólo se desarrollaron métodos diagnósticos sino también un abundante y creciente arsenal terapéutico que hace que esta infección sea considerada ya una enfermedad crónica en los países desarrollados con recursos económicos con los que sufragar los altos costes de tratamiento. Por el contrario, en amplias zonas del mundo, y específicamente en aquellas donde la prevalencia de la infección es mayor, seguimos asistiendo a la historia natural de la infección y la enfermedad, con un enorme coste social, económico y demográfico.

Las claves de la salud internacional

Muchas de las claves que apuntábamos en el anterior editorial siguen vigentes. Los desequilibrios en el estado de salud mundial no parecen tener una clara tendencia correctora. Las enormes desigualdades de los indicadores de salud entre diversas áreas geográficas y grupos sociales permanecen. La transición epidemiológica, con la consiguiente evolución de un patrón en el que predominaban las enfermedades infecciosas como causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos, a otro en el que son las enfermedades crónicas, cardiovasculares y degenerativas continúa avanzando en amplias zonas de Asia y Latinoamérica y, de forma mucho más tímida, en África. De forma similar, tanto en Asia como en Latinoamérica la transición demográfica está en franco avance; en cambio África mantiene una tendencia decreciente de mortalidad sin evidencias concluyentes de que haya comenzado a caer la fertilidad.

En los países de renta baja viven algo más de 2.500 millones de personas y, de éstas, 650 millones en África subsahariana. En estos países 16 de cada 100 nacidos vivos mueren antes de cumplir los 5 años; en los

países de renta alta lo hacen 0,6. Asimismo, la esperanza de vida en los países de renta baja es, en promedio, 25 años inferior a la de los países de renta alta. Son los países y las personas más pobres, tanto en los países pobres como en los de renta media, como China, los que concentran una parte desproporcionada de enfermedad y muerte en el mundo. La evidencia epidemiológica nos aporta un dato crucial: las causas más importantes de exceso de enfermedad y muerte son unas pocas enfermedades: la malaria, la tuberculosis, la infección por el VIH-sida, las infecciones respiratorias agudas y las septicemias, condiciones relacionadas con el embarazo y el período perinatal, las deficiencias de micronutrientes y las afecciones asociadas con el tabaco. Las enfermedades transmisibles son causantes del 77% de la diferencia de mortalidad entre el 20% más rico del mundo y el 20% más pobre: éstas son las llamadas enfermedades relacionadas con la pobreza.

¿Qué ha cambiado?

Los últimos años han sido testigos de algunos cambios significativos. En primer lugar, ha habido un mayor reconocimiento de la gravedad de las desigualdades en el estado de salud del mundo, con la consiguiente crítica al fracaso de la globalización como mecanismo corrector y el desarrollo de nuevas iniciativas para intentar corregir los desequilibrios, tratando de promover el desarrollo y erradicar la pobreza. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio², acordados por las Naciones Unidas en septiembre de 2000 incluyen, en su apartado III, «Desarrollo y erradicación de la pobreza», los siguientes objetivos: reducir en dos tercios la mortalidad infantil, y en tres cuartos la mortalidad materna; promover el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, y frenar la extensión del VIH, la malaria, la tuberculosis y otras infecciones endémicas. Para tratar de cumplir estos objetivos, se han desarrollado nuevas iniciativas por parte de la Unión Europea, como la Plataforma de Ensayos Clínicos del VI Programa Marco de Investigación o como el Fondo Global promovido por Kofi Annan para luchar contra las tres enfermedades paradigmáticas que mantienen a los pobres en la pobreza: la malaria, la tuberculosis y el sida.

En segundo lugar, la labor analítica y de divulgación desarrollada por el Global Forum for Health Research y otras agencias internacionales, que destacan la disparidad en la cantidad de recursos dedicados a la investigación de las enfermedades causantes de una parte desproporcionada de la carga de enfermedad: el llamado 10/90 *Gap*. Sólo un 10% de los recursos mundiales de investigación se dirige a las enfermedades causantes de un 90% de la mortalidad y la discapacidad. Inicia-

tivas con recursos públicos de la Unión Europea y los EE.UU. han supuesto un notable, aunque modesto, avance en la corrección de este desequilibrio. La irrupción de fuentes financieras de origen privado —de forma notable, la Fundación Bill y Melinda Gates— puede ser perfectamente catalogada como una pequeña revolución. Los últimos años están siendo testigo de un impulso de la investigación biomédica de los problemas de salud de los más pobres como nunca antes se había visto.

Los nuevos retos de la salud internacional en España

España no sólo no ha sido ajena al proceso de globalización sino que cabe decir que se ha convertido en uno de los paradigmas del mismo. En los últimos 30 años, ha pasado de ser un país económicamente pobre y en vías de desarrollo a tener una economía de mercado consolidada, una elevada renta per cápita y un producto interior bruto que coloca a nuestra economía entre las 10 más grandes del mundo. España ha pasado, en los últimos 50 años, de ser un país aislado y origen de emigrantes, a ser un gran nudo de comunicaciones, el segundo país receptor de turistas y un creciente destino para los inmigrantes económicos. Al calor del creciente desarrollo económico, los españoles se han lanzado también con un cierto entusiasmo a viajar por turismo, pero también por intereses económicos y empresariales, así como de cooperación, a países en vías de desarrollo. La situación geográfica de España es otro de los elementos determinantes de este paradigma: España es la frontera sur de Europa, lindante con el Magreb, donde se materializa uno de los contrastes más marcados que pueden observarse hoy día, superior incluso a la frontera entre los EE.UU. y México. Aquí se produce: a) uno de los mayores desequilibrios y contrastes económicos entre un norte desarrollado y próspero, y un sur con bajos grados de desarrollo económico; b) el contraste entre unas culturas esencialmente cristianas en el norte y otras musulmanas en el sur, y c) el contraste entre unas sociedades con altas tasas de crecimiento poblacional, todavía a medio camino en su transición demográfica, con un norte en el que esta transición se ha completado y exhibe una de las tasas de natalidad más bajas del mundo (por debajo del nivel de reposición).

En España, por tanto, se concentran muchos de los riesgos y muchas de las potencialidades de la globalización, y la salud es una de las áreas en la que los riesgos son mayores. Nuestro Sistema Nacional de Salud se ha tenido que enfrentar ya a algunos de estos riesgos, y no hay la menor duda de que tendrá que volver a hacerlo en el futuro.

Los movimientos poblacionales

Hay dos grandes fenómenos de movimientos de población con impacto sobre la salud. Por un lado, son varias decenas de miles de españoles que anualmente viajan a zonas geográficas con enfermedades específicas y distintas a las nuestras. La adecuada información y protección del viajero internacional no está adecuadamente garantizada hoy día. Faltan especialistas correctamente formados con un conocimiento permanentemente actualizado de las enfermedades prevalentes en las diversas áreas geográficas, así como de sus métodos de prevención y tratamiento, lo que conlleva una profunda reorganización de los centros de vacunación internacional, que deben dejar de ser mayoritariamente centros que vacunan de la fiebre amarilla y proporcionan antipalúdicos, para convertirse en verdaderos centros de atención al viajero internacional. La incidencia anual de enfermedades exóticas entre estos miles de viajeros no debe ser desdeñada. De nuevo faltan profesionales bien formados en el diagnóstico y el tratamiento clínico de estos procesos, así como una adecuada y conocida red de laboratorios, unidades y centros de apoyo y referencia para el soporte a las unidades de atención primaria. La organización y la puesta en marcha de esta red es una prioridad para nuestro Sistema Nacional de Salud.

La inmigración económica a España es un fenómeno que ha eclosionado en la última década, y las perspectivas para los próximos 5 años sugieren que este fenómeno continuará con igual intensidad. La adaptación y la respuesta del Sistema Nacional de Salud a este fenómeno requieren de mecanismos mejorados sobre los ya existentes. En este sentido, cabe destacar el papel de las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. La atención sanitaria a la población inmigrante debe estar integrada en el Sistema Nacional de Salud, evitando la creación de dispositivos paralelos o específicos. Es recomendable disponer de apoyo especializado dentro del segundo o tercer nivel para el tratamiento de las enfermedades menos frecuentes o exóticas, y se debe facilitar el acceso a la Tarjeta Sanitaria, con independencia de la situación administrativa del inmigrante, y facilitando al máximo los trámites para su obtención (empadronamiento). La atención primaria debe constituir, como para el conjunto de la población del país, la puerta de entrada al sistema sanitario. Para ello se deben asignar los recursos necesarios y reforzarlos especialmente en las zonas donde se concentran elevados porcentajes de población inmigrante. La atención integral de esta población requiere la coordinación con otras organizaciones e instituciones (ayuntamientos, y ministerios de Interior, Fomento y Obras Públicas, Trabajo, Hacienda, Educación, Servicios Sociales, etc.)

para actuar sobre aspectos extrasanitarios (vivienda, condiciones laborales, educación, prestaciones sociales, etc.) que influyen en la salud de los inmigrantes. Así, para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria a la población inmigrante debe potenciarse la elaboración, la difusión y la implementación de protocolos, guías de práctica clínica y calendarios de vacunación consensuados, que faciliten la labor de los profesionales sanitarios y aseguren una estandarización de los cuidados prestados.

El papel ante los organismos internacionales y especialmente de la Organización Mundial de la Salud

España, por el monto de su contribución al presupuesto regular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es uno de sus miembros más importantes, ya que, desde mediados de los años noventa, ocupa el octavo lugar, después de los EE.UU., Japón, Alemania, Francia, Italia, el Reino Unido y Canadá. Sin embargo, parece que históricamente España no ha ejercido hasta hoy una influencia conmensurable con dicha posición, tanto en formular políticas sanitarias como en apoyar la acción de la OMS en la colaboración técnica con los países en vías de desarrollo. Asimismo, parece que en España no se han utilizado todas las oportunidades que la OMS ha ofrecido para canalizar o reforzar sus actividades de colaboración bilateral en salud y que tampoco se ha utilizado la organización para perfeccionar la formación o ampliar la experiencia de especialistas españoles en salud internacional. El Ministerio de Sanidad y Consumo, interlocutor con la OMS, es consciente de la necesidad de desarrollar un papel más activo en los ámbitos internacionales y de involucrar a la comunidad médica, sanitaria y científica del país en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de la creciente contribución a los organismos internacionales.

Respuesta a las emergencias

Los últimos años han sido testigos de un considerable número de emergencias sanitarias que han afectado a nuestro país, y no es difícil aventurar que esta tendencia continuará en los próximos años. La reciente crisis del *Prestige* actúa de recordatorio de la necesidad de elaborar planes operativos detallados sobre la gestión de las emergencias, guiadas por principios técnicos, y ejecutadas por una cadena de mando definida y acordada *a priori*. Por otro lado, la reciente Guerra de Iraq ha vuelto a situar en el debate público los

riesgos potenciales derivados del bioterrorismo. El Sistema Nacional de Salud debe estar técnica y operativamente preparado para la gestión de crisis sanitarias, y en este sentido hace falta mucho trabajo. Lo importante es recordar que este trabajo de preparación y de asesoramiento técnico se debe realizar antes de que las crisis ocurran.

Formación e investigación

En los últimos años se ha observado un notable crecimiento de las capacidades de formación e investigación en el país. Sin embargo, mucho queda por hacer para que nuestro esfuerzo sea significativo a escala mundial. La introducción a la salud internacional debe iniciarse en la formación de pregrado, ya que todo futuro médico tiene muchas posibilidades de enfrentarse, durante su ejercicio profesional, con un paciente con síndrome febril que en las últimas semanas ha viajado. Así, la formación continuada de personal en el diagnóstico, el tratamiento clínico y la prevención de enfermedades importadas, que contribuya a una mejorada red de vigilancia, prevención y referencia, comienza a ser una necesidad urgente.

La creación de una red de centros de medicina tropical y salud internacional, financiada por el FIS, y la consolidación de incipientes grupos desarrollando investigación biomédica en estas áreas es, de nuevo, un enorme paso y mejora del panorama durante los últimos años. Mucho queda por hacer, pero estamos en el camino correcto.

Conclusiones

El siglo xx que acabamos de dejar atrás ha estado cargado de convulsiones, incluyendo dos guerras mundiales, una guerra fría e infinidad de conflictos regionales. Ha sido testigo de éxodos masivos, genocidios y hambrunas, así como de la aparición de nuevas y terribles enfermedades, y ha constatado las enormes dis-

crepancias de riqueza y salud entre diversas zonas geográficas del mundo. A pesar de todo ello, el siglo xx ha sido el escenario de una transformación y una mejora del estado de la salud en el mundo sin parangón en la historia de la humanidad. No es exagerado referirse a esta transformación como una auténtica revolución y al siglo pasado como el «siglo prodigioso». Frente a un cierto pesimismo que presenta el inaceptable estado de salud de algunas zonas del mundo, tenemos una tendencia a olvidar los logros. Durante el siglo xx, la esperanza de vida ha aumentado un promedio de 25 años, se ha erradicado la viruela, una de las enfermedades transmisibles más mortales, se está cerca de la erradicación de la polio y es imaginable la desaparición del sarampión.

La tecnología y la política han unido al mundo como nunca antes. Los beneficios de la globalización son potencialmente enormes como resultado del contraste y la diseminación de ideas, culturas, tecnología y procesos de producción eficientes. Sin embargo, todo esto está en tela de juicio, entre otras cosas, porque los beneficios no están llegando a los centenares de millones de pobres que hay en el mundo. Una institución tan poco sospechosa como el Banco Mundial afirmaba hace poco tiempo que «no hay mayor amenaza para el mundo al principio del siglo xxi que el de la pobreza». Subyacente a todos estos retos está el de la equidad. La salud pública internacional debe garantizar que estratos sociales, regiones enteras y continentes, especialmente África, no queden al margen de la globalización de la salud. Por último, cabe recordar que España ocupa una posición geográfica, económica y cultural que nos sitúa en un lugar central en este escenario: no podemos ser meros espectadores y debemos mantener la percepción de que nuestra salud depende también de situaciones y acontecimientos que pueden parecer muy lejanos. Nuestra sociedad debe asumir estos retos por solidaridad y para su propia supervivencia.

Pedro L. Alonso

*Centro de Salud Internacional.
Hospital Clínic. Barcelona. España.
alonso@medicina.ub.es*

Bibliografía

1. Alonso P. ¿Qué es la salud internacional? *Gac Sanit* 1994;8: 109-11.

2. Millenium Development Goals. Disponible en: <http://www.developmentgoals.org>