

# Uniéndonos para combatir la pobreza: todos son bienvenidos y necesarios<sup>1</sup>

---

Andy Haines<sup>2</sup>  
Iona Heath<sup>3</sup>  
Fiona Moss<sup>4</sup>

*La Red Internacional sobre Pobreza y Salud fue creada en diciembre de 1997 después de una serie de conferencias organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objeto de integrar la salud en los planes destinados a erradicar la pobreza. Su formación fue una respuesta a la evidencia de una carga creciente y persistente de sufrimiento humano debido a la pobreza. Se trata de una red de alcance mundial (con miembros de 46 países) de personas y organizaciones de salud, empresas, organizaciones no gubernamentales y gobiernos que buscan influenciar las políticas destinadas a proteger y mejorar la salud de los pobres del mundo, particularmente en los países más po-*

1. Traducido de *Joining together to combat poverty: everybody welcome and needed*. *Quality in Health Care* 9 1:4-5, 2000.

2. Profesor del Departamento de Atención Primaria y Ciencias de la Población de la Royal Free and University College Medical School, Londres, R.U.

3. Médico Generalista y Catedrática, Foro Intercolegial sobre Pobreza y Salud. Royal College of General Practitioners, Londres, R.U.

4. Editora de *Quality in Health Care*.

*bres. La red considera urgente que debe lograrse un equilibrio entre el desarrollo social y el aumento en el ingreso, entre las dimensiones humanas y financieras de la pobreza, y entre redistribución y reformas de mercado. Su aspiración es lograr un equilibrio entre los enfoques social y bio-médico, entre el desarrollo de la salud basado en la comunidad y una respuesta a los individuos, entre prevención de enfermedad, promoción de salud y tratamiento; y entre salud mental y física. Cuántas más personas se unan, mayor será el probable impacto de la red.*

Pese a los dramáticos incrementos generales en la expectativa de vida durante el siglo pasado, los profesionales de salud deben preocuparse por las crecientes desigualdades en salud y riqueza (McCally et al. 1998). La abrupta declinación de la expectativa de vida en Rusia es un ejemplo gráfico de cómo la salud puede deteriorarse en la medida en que las sociedades enfrentan cambios sociales y económicos repentinos acompañados por pobreza creciente. La brecha entre la expectativa de vida para los hombres entre algunos países europeos occidentales y Rusia se amplió desde alrededor de 3 años en 1970 a alrededor de 15 en 1995. Incluso entre las naciones ricas hay muchos ejemplos de desigualdades socioeconómicas crecientes en salud a lo largo de los últimos 20 años (Whitehead y Diderichsen, 1996). Precisamente las desigualdades en salud en Gran Bretaña han sido declaradas las peores de su historia (Yamey, 1999). La brecha en la expectativa de vida entre profesionales y trabajadores no calificados es ahora de 9,5 años y 6,4 para mujeres. Una particular preocupación se asocia al hecho que muchos niños son privados de su potencial mental y físico a través de la pobreza (Unicef, 1998). Incluso en los EEUU más de uno cada cuatro niños en edad por debajo de los doce años tiene dificultades para obtener toda la comida que necesita.

La mala salud y la pobreza se re-

fuerzan mutuamente y pueden generar un círculo vicioso de deterioro y sufrimiento. La mala salud contribuye directamente a la reducción de la productividad y a veces a la pérdida del empleo. Cuando afecta al principal receptor de ingresos en las familias pobres tiene implicaciones graves para los miembros de la familia económicamente dependientes, particularmente los niños. Por definición, las personas pobres tienen pocas reservas y pueden ser obligadas a vender los activos que posean, incluyendo tierra y ganado, o se endeuda a altas tasas de interés, para manejar la crisis inmediata precipitada por la enfermedad. Cualquier opción los convierte en más vulnerables, en peores condiciones para recuperarse, y en mayor peligro de descender en la espiral de la pobreza. En contraste, los servicios de salud efectivos y accesibles pueden proteger a los pobres de esa caída en problemas económicos cada vez más serios. La pobreza tiene muchas dimensiones, falta de educación, vivienda inadecuada, exclusión social, desempleo, degradación ambiental y bajo ingreso. Cada una de ellas disminuye oportunidades, limita elecciones, socava esperanza y amenaza a la salud. Los indicadores económicos se focalizan fundamentalmente sobre la pobreza de ingreso, mientras los indicadores de salud proporcionan una medida de la naturaleza multidimensional de la pobreza. Por esta razón, la salud debería ser la principal medida del éxito o fracaso de las políticas de desarrollo en el próximo siglo. En el siglo XX el desarrollo fue equiparado generalmente con el crecimiento económico, pero el vínculo entre prosperidad económica y salud, un componente clave del desarrollo humano, no es automático. Un estudio reciente del Banco Mundial mostró que la mejora del ingreso incidió en alrededor de un quinto de la declinación de la mortalidad entre 1960 y 1990 (Wang et al. 1999). La educación de las mujeres y la generación y uso de nuevo conocimiento fueron más importantes.

- Alrededor de 1,3 mil millones de personas viven en una pobreza absoluta, discapacitante, con menos de un dólar por día (United Nations Development Programme, 1998). Esto a pesar del crecimiento general de la economía mundial, que se duplicó en los 25 años anteriores a 1998 llegando a los 24 mil millones de dólares.

- De los 4,4 mil millones de personas que viven en los países en desarrollo casi las tres quintas partes carecen de acceso a sanidad, un tercio no tiene agua pura, alrededor de un quinto no tiene atención médica y un quinto no tiene una dieta con suficiente energía y proteínas.

- Las disparidades económicas tanto entre los países como en su interior han crecido y en aproximadamente 100 países los ingresos son menores de lo que eran hace una década (United Nations Development Programme, 1997).

- Hacia 1995 la quinta parte más rica de la población mundial tenía un ingreso 82 veces superior al del quintil más pobre.

- Las 225 personas más ricas del mundo han combinado riqueza equivalente al ingreso anual de los 2,5 mil millones más pobres (casi la mitad de la población mundial) (Jubilee 2000 Coalition, 1999). Al mismo tiempo el mundo enfrenta una creciente escasez de recursos renovables a partir de la deforestación, la erosión del suelo, el vaciamiento de los mares, la disminución de las reservas de peces, y la pérdida de la biodiversidad. Los pobres serán más duramente golpeados por estos problemas.

- Muchos países de África tienen una deuda externa total superior al 100% de su PBI.

- Aunque ha habido progresos en la cancelación de esas deudas solo 22 de los 152 países que necesitan una sustancial o total reducción de la misma verán efectivamente reducidos sus pagos anuales después de los acuerdos hechos en la cumbre de Colonia. Por consiguiente queda mucho por hacer, incluso en monitoreo de cómo

implementan la reducción de la deuda el Banco Mundial y el FMI, de modo de asegurar que las reformas económicas que recomiendan estén centradas en la reducción de la pobreza.

- Es bienvenido el anuncio del Canciller Británico de que Gran Bretaña cancelaría las deudas de los 25 países más pobres del mundo en tanto el dinero ahorrado se gastara en la reducción de la pobreza y la mejora de la salud de los más pobres. Esperamos que otros países sigan ese ejemplo.

Los profesionales de salud se esfuerzan por comprender la experiencia de enfermedad y angustia de sus pacientes. En la medida en que compartimos la frustración y el enojo de aquellos cuya salud es socavada por la pobreza, esta comprensión se convierte en parte de un proceso de solidaridad en desarrollo con los individuos y comunidades carenciadas. Una vez que el sufrimiento se expresa, se hace tangible y demanda corrección. Esto es fundamental en medicina y cura: se aplica en no menor medida a la injusticia social. Si escuchamos hablar de sufrimiento pero no trabajamos junto al sufrimiento para remediarlo, estamos abandonando nuestra tarea.

En los próximos años los miembros de la red se esforzarán por reducir la carga de enfermedad debida a la pobreza en la siguiente forma:

- Promoviendo la acción para la salud a nivel local, regional y nacional a partir del trabajo en sectores como educación, empresas, agricultura y transporte.

- Construyendo la base de evidencia sobre intervenciones efectivas para reducir desigualdades en salud y para determinar cómo la mejora de la salud puede reducir la pobreza.

- Facilitando el intercambio entre profesionales de salud, en el norte y el sur sobre los modos efectivos de trabajar (tales como el canal público de salud *WorldSpace*).

- Asegurando que los programas de educación para los profesionales de salud incluyan información so-

bre el impacto de las desigualdades socioeconómicas en salud y lo que ellos pueden hacer para reducirlas.

- Estimulando a los profesionales de salud para trabajar con las comunidades locales a fin de mejorar la salud de los más pobres.

- Monitoreando tendencias en desigualdades de salud y utilizando los datos para influenciar la política.

- Insertándose en discusiones estratégicas con el FMI, el Banco Mundial, la OMS y los gobiernos nacionales para asegurar que la salud se ubique en el centro del desarrollo y para reclamar evaluaciones del impacto en salud de todas las políticas.

Invitamos a otros a unirse a este esfuerzo. ¿Por qué no usted? •

## Referencias bibliográficas

McCally M, Haines A, Fein O. et al. 1998. "Poverty and ill health: physicians can and should make a difference". *Ann. Intern. Med.* 129: 726-733.

Jubilee 2000 Coalition. 1999. *Unfinished Business, The world's leaders and the millennium debt challenge*, Londres, Jubilee 2000 Coalition.

Unicef, 1998. *The state of the world's children 1998*. Nueva York. Oxford University Press.

United Nations Development Programme, 1997. *Human Development Report 1996-1997*. Nueva York: Oxford University Press.

United Nations Development Programme, 1998. *Human Development Report 1998*. Nueva York: Oxford University Press.

Wang J, Jamison D, Bos E, et al. 1999. *Measuring country performance on health: selected indicators for countries*. Washington DC: World Bank.

Whitehead M, Diderichsen F. 1996. "International evidence on social inequalities in health". En: Drever F, Whitehead M. (ed.) *Social inequalities*. Londres: Office for National Statistics.

Yamey G. 1999. "Study shows growing inequalities in health in Britain". *British Medical Journal* 319:1453.