



Asamblea General

Distr. general
18 de septiembre de 2012
Español
Original: inglés

Sexagésimo séptimo período de sesiones

Tema 123 del programa

Salud mundial y política exterior

Salud mundial y política exterior

Nota del Secretario General

El Secretario General transmite adjunto un informe preparado por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre las interrelaciones entre la salud y el medio ambiente, y la salud y los desastres naturales, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 66/115 de la Asamblea General.



Informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mundial y política exterior

Resumen

Este informe se presenta en respuesta a lo dispuesto en la resolución 66/115 de la Asamblea General sobre las interrelaciones entre la salud y el medio ambiente, y la salud y los desastres naturales. En él se detallan los desafíos inherentes a esas cuestiones y se ofrecen ejemplos de medidas a nivel nacional e internacional. Se pone de relieve la labor que se realiza con el fin de fortalecer la capacidad nacional para hacer frente a esos desafíos, así como los mecanismos y las estructuras interinstitucionales dentro del sistema de las Naciones Unidas.

Sobre la base de consultas realizadas con los Estados Miembros, se examina la cobertura sanitaria universal y se incluyen los enfoques para apoyar y fortalecer los sistemas de salud, en particular ante los desafíos planteados por el cambio climático y los desastres naturales. En los últimos dos años, una serie de reuniones de alto nivel han subrayado la importancia de la cobertura sanitaria universal para mantener los progresos en materia de salud, construir sociedades resilientes y proteger a las personas del empobrecimiento cuando están enfermas. El acceso a los servicios que necesitan mejora los resultados en materia de salud, permitiéndoles a las personas ganarse la vida y a los niños aprender, lo que les proporciona un medio para escapar de la pobreza. Al mismo tiempo, la protección contra el riesgo financiero evita que las personas se vean nuevamente empujadas a la pobreza. Esos dos elementos constitutivos de la cobertura sanitaria universal son cruciales para el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza.

En junio de 2012, los participantes en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible pusieron a los retos del desarrollo sostenible, incluidos sus tres pilares —económico, social y ambiental—, en un lugar destacado de la agenda internacional del desarrollo. Se examinaron formas de hacer frente a los desafíos del desarrollo más allá de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se reconoció que la salud era un elemento intrínseco de ese desarrollo.

I. Introducción

1. Al aprobar la resolución 66/115 sobre salud mundial y política exterior, la Asamblea General siguió reconociendo la estrecha relación entre la salud mundial y la política exterior, así como la necesidad de continuar los esfuerzos encaminados a crear un entorno mundial de políticas que propicie la salud mundial. La Asamblea acogió con beneplácito una serie de reuniones de alto nivel relacionadas con la salud celebradas en 2011 y sus resultados políticos, entre los que se incluyen la Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA (resolución 65/277, anexo), la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución 66/2) y la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud de 2011.

2. En la resolución 66/115, la Asamblea General también consideró dos áreas de interdependencia: la salud y el medio ambiente, y la salud y los desastres naturales. La Asamblea solicitó al Secretario General que, en estrecha colaboración con la Directora General de la Organización Mundial de la Salud y con la participación de las entidades competentes del sistema de las Naciones Unidas y en consulta con los Estados Miembros, le presentara un informe en su sexagésimo séptimo período de sesiones que reflejara la interrelación de la salud y el medio ambiente, y de la salud y los desastres naturales.

3. En junio de 2012, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Río de Janeiro (Brasil), aprobó un documento final titulado “El futuro que queremos”, que fue aprobado por la Asamblea General en la resolución 66/288 (anexo). En el documento final se reconoció el papel de la salud en las políticas de desarrollo sostenible en cuanto condición previa, resultado e indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible.

4. Estos documentos políticos respaldan la creciente importancia de la salud en la formulación de la agenda política y del desarrollo mundial y merecen atención al más alto nivel político. Se reconoce que la salud es un elemento estratégico para el logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y un elemento fundamental del desarrollo sostenible, que vincula sus pilares ambiental, social y económico.

5. Los vínculos entre una mejor salud, la economía, la sostenibilidad ambiental y el progreso social han quedado demostrados: las personas que gozan de buena salud son más capaces de aprender, ganarse la vida y contribuir de manera positiva a las sociedades en que viven. Un clima cambiante, a más largo plazo, pone en peligro los requisitos fundamentales para la salud, que son el aire puro, el agua potable, el suministro seguro de alimentos y una nutrición y vivienda adecuadas; además, aumenta la frecuencia y la intensidad de los desastres naturales. Por el contrario, un medio ambiente saludable es un requisito previo para la buena salud. La reducción de los riesgos de contaminación del aire y el agua y la contaminación con sustancias químicas puede prevenir hasta una cuarta parte de la carga total de las enfermedades, así como una proporción significativa de las muertes en la niñez.

6. Los niveles persistentes de pobreza, exacerbados por nuevas tendencias en el crecimiento de la población, el envejecimiento, la migración, la urbanización y el cambio climático, ejercen nuevas presiones sobre los sistemas de salud. El empleo de medios económicos, por sí solo, no ha redundado en la distribución equitativa de

los beneficios, y las diferencias entre los países y dentro de ellos exigen iniciativas específicas y conjuntas para hacer frente a las desigualdades y sus consecuencias para la salud. El compromiso político es fundamental para llegar a los sectores más vulnerables de la población.

7. Contar con sistemas de prestación de servicios de salud sólidos y bien diseñados, basados en la cobertura sanitaria universal, no solo protege a las personas de las enfermedades, sino que también contribuye a la resiliencia de las sociedades y resguarda a las personas del empobrecimiento cuando están enfermas. Además, puede aumentar el empoderamiento de las mujeres y habilita a las personas a pedir cuentas a las autoridades nacionales.

8. Las mejoras en la salud humana contribuyen al logro del desarrollo sostenible. Si bien ha habido avances importantes en materia de salud humana en las dos últimas décadas, los beneficios no se han distribuido equitativamente. A pesar del creciente reconocimiento de que el progreso en materia de salud depende del comercio, la propiedad intelectual, la agricultura, el transporte, el empleo y muchos otros aspectos de política internacional y nacional, la coherencia entre los sectores continúa siendo difícil de alcanzar. Es necesario un enfoque multisectorial, no solo para sostener los logros alcanzados en materia de desarrollo y mantener el progreso en la lucha contra las principales enfermedades, sino también para equipar a los sistemas de salud para que respondan adecuadamente a estos nuevos desafíos.

9. En demasiadas sociedades las personas siguen siendo vulnerables a las crisis inesperadas. La incertidumbre financiera y los factores ambientales exacerbando estos riesgos, ya que entrañan graves consecuencias para los grupos más desfavorecidos. Apoyar a las personas y las comunidades para que se vuelvan más resilientes requiere iniciativas concertadas que aseguren el acceso a los servicios básicos y proporcionen protección financiera. Estos son los dos elementos principales de una cobertura sanitaria universal.

10. Se llevó a cabo un proceso de consultas con los Estados Miembros en que se alentó a la OMS a abordar estos aspectos en el presente informe.

II. Salud y medio ambiente

A. Principales peligros y consecuencias

11. Alrededor de una cuarta parte de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a los riesgos ambientales. Existen pruebas claras de que el cambio climático antropógeno está influyendo en los determinantes medioambientales de la salud. Es probable que el cambio climático y los consiguientes fenómenos meteorológicos extremos empeoren las tendencias de la contaminación atmosférica y aumenten las enfermedades transmitidas por el agua, los alimentos y los vectores. Las estimaciones de la secretaría de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Banco Mundial y la OMS indican que, hacia 2020, el cambio climático podría sumar por lo menos 2.000 millones de dólares a los 12.000 millones de dólares que se gastan anualmente en salud en los países en desarrollo.

12. Esos efectos se concentran en las poblaciones más pobres y tienen consecuencias en la carga de morbilidad causada principalmente por la malnutrición, la diarrea y las enfermedades transmitidas por vectores, como la

malaria, que en su conjunto matan a más de 5 millones de personas cada año. La carga es significativamente mayor en los niños de los países en desarrollo, cuya salud corre graves riesgos por la falta de agua potable y saneamiento (causa de la mayor parte de las muertes por diarrea en la infancia) y la contaminación del aire dentro de los hogares (aproximadamente la mitad de los casos de neumonía en la infancia se deben al humo que generan dentro de la vivienda las cocinas ineficientes que funcionan con leña, biomasa y carbón).

13. Los cambios sociales y los desplazamientos transnacionales de población de los llamados migrantes “medioambientales” debidos al cambio climático son significativos y causarán nuevas dificultades en materia de salud tanto en los países de origen como en los países de acogida.

14. El desarrollo insostenible está exacerbando muchos riesgos ambientales para la salud tradicionales y está contribuyendo a la aparición de nuevos riesgos en el medio ambiente natural y construido, lo que produce una doble carga, en particular en los pobres. Entre esos riesgos se cuentan los siguientes:

a) *Ambientes naturales*. El cambio climático aumenta la frecuencia de los fenómenos meteorológicos extremos, los desastres conexos (véase la sección III más abajo) y la sequía, lo que repercute en la producción de alimentos y, como consecuencia, conduce a la desnutrición y la malnutrición. La deforestación, la desertificación, la pérdida de diversidad biológica y la degradación de los recursos hídricos también están alterando los patrones de contagio de las enfermedades transmitidas por vectores o enfermedades infecciosas, y están agotando importantes fuentes de alimentos, combustible, refugio, plantas medicinales y otros servicios de los ecosistemas esenciales para la salud;

b) *Ambientes construidos*. El desarrollo urbano insostenible, en particular en los barrios marginales, es uno de los principales elementos que contribuyen a la contaminación urbana del aire, las lesiones causadas por el tránsito, la inseguridad e insalubridad de las viviendas y la falta de actividad física relacionadas con una planificación urbana deficiente. Todos estos factores aumentan la frecuencia de las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias y la diabetes relacionada con la obesidad). Si bien el acceso al agua potable ha mejorado considerablemente en la última década, la falta de acceso a una energía no contaminante y sostenible es un factor decisivo en la contaminación del aire del hogar, en las zonas tanto urbanas como rurales. La falta de acceso del hogar al saneamiento y la gestión deficiente de los desechos de fuentes domésticas y agrícolas (por ejemplo, de la ganadería) crean peligros sanitarios y son posibles causas de brotes de enfermedades.

15. Los determinantes sociales de la exposición a los peligros ambientales desempeñan un papel significativo en el diseño de los sistemas de respuesta. En casi todos los casos, la salud de las personas en los países en desarrollo, en particular de las personas pobres, está más expuesta a los peligros ambientales relacionados con el cambio climático y el desarrollo insostenible. Por ejemplo, en el caso de la sequía relacionada con el cambio climático, los pequeños agricultores cuyas tierras apenas les permiten subsistir serán los más expuestos a los riesgos de la inseguridad alimentaria y la desnutrición.

16. En las zonas urbanas, los vecindarios pobres suelen ser los más afectados por las inundaciones y los deslizamientos de lodo debido a las condiciones

meteorológicas extremas, el agua no apta para el consumo y el saneamiento inadecuado y la falta de fuentes de energía no contaminantes y eficientes en los hogares. Además, son los pobres y los grupos vulnerables (como los niños) de los países en desarrollo quienes a menudo viven en sectores industriales y sobre las principales arterias de tránsito, o en sus alrededores, en las zonas urbanas, lo que exacerba las enfermedades respiratorias crónicas. Esos mismos grupos socioeconómicos corren más riesgos de sufrir lesiones causadas por la falta de redes viales rápidas, asequibles y eficientes para el tránsito vehicular, de peatones y bicicletas hacia destinos esenciales. De modo similar, los pobres de las zonas urbanas rara vez tienen acceso a frutas y verduras frescas asequibles, esenciales para una dieta equilibrada que puede ayudar a evitar la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles. Por último, los pobres corren más riesgo por estar expuestos a múltiples peligros ambientales en el lugar de trabajo, relacionados con las sustancias químicas, la calidad del aire y la ergonomía. Estos peligros son particularmente graves en el sector no estructurado, en el que trabajan muchos de los pobres del mundo.

17. Muchos de los riesgos ambientales más graves para la salud de los grupos vulnerables pueden reducirse sustancialmente mediante políticas de desarrollo sostenibles y más favorables para el clima, en particular en materia de transporte, vivienda, agricultura y energía. Estas políticas deben ir acompañadas de mejores mecanismos de gobernanza que rijan su ejecución en los sectores urbanos y rurales, así como en los ámbitos ocupacionales. Sin embargo, los progresos y, en particular, la distribución equitativa de los beneficios en materia de salud derivados del desarrollo no son automáticos. Para poder medir los progresos en relación con los objetivos, las políticas deben evaluarse desde la “óptica de la salud”, teniendo en cuenta sus efectos en la salud y los indicadores pertinentes.

B. Marcos internacionales para la acción

18. Varios convenios y acuerdos internacionales proporcionan marcos reconocidos, tanto vinculantes como no vinculantes, para una acción más concertada en cuestiones vinculadas como la salud, las cuestiones ambientales y desarrollo. Entre esos marcos cabe mencionar los siguientes:

a) Los tres convenios de Río: la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Convenio sobre la Diversidad Biológica y la Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación en los Países Afectados por Sequía Grave o Desertificación, en particular en África. Por ejemplo, el cumplimiento de los compromisos sobre mitigación del cambio climático de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, la mejora del acceso a un transporte público no contaminante y a la actividad física segura podrían reducir en gran medida las emisiones de dióxido de carbono y disminuir sustancialmente el número mundial de muertes causadas por la contaminación atmosférica, que se estima en 1,3 millones; de muertes por accidentes de tránsito, que llegan a 1,3 millones anuales, y de muertes por inactividad física, que llegan a 3,2 millones. El acceso de las comunidades más pobres a tecnologías de energía doméstica menos contaminantes podría disminuir la cifra anual de muertes causadas por la contaminación del aire en espacios cerrados, que llega a casi 2 millones de personas. Reducir la dependencia del combustible diésel para el transporte y de las cocinas rudimentarias que funcionan con biomasa no solo ayudaría a reducir las

enfermedades respiratorias y el cáncer, sino que también reduciría rápida y significativamente las emisiones de ciertos contaminantes de ciclos de vida cortos que contribuyen al cambio climático, como el carbono negro, lo que permitiría ganar tiempo para enfrentar el problema mundial del dióxido de carbono, contaminante de ciclo de vida más largo. El fortalecimiento de los programas de salud pública para gestionar los riesgos ambientales para la salud, la mejora de la vigilancia de las enfermedades y las respuestas y medidas de salud en casos de emergencia son contribuciones esenciales al logro de los objetivos de adaptación al cambio climático formulados en la Convención;

b) Los acuerdos multilaterales sobre el medio ambiente. El Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación y el Convenio de Rotterdam sobre el procedimiento de consentimiento fundamentado previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional ofrecen marcos para la promoción de productos químicos menos contaminantes y la gestión más segura de los desechos químicos, entre ellos productos químicos y desechos agrícolas, industriales y médicos (los desechos médicos por sí solos tienen considerables efectos en el medio ambiente). El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la OMS tienen un programa de larga data de cooperación para promover en la aplicación de esos convenios;

c) Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El séptimo Objetivo de Desarrollo del Milenio, relativo a la sostenibilidad ambiental, se vincula con objetivos ambientales fundamentales relacionados con la salud, como el acceso al agua potable y la mejora del saneamiento;

d) Las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Varias resoluciones aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud han fortalecido la participación del sector de la salud en cuestiones de política exterior relacionadas con el medio ambiente y el desarrollo, y proporcionan un marco para adoptar medidas en el futuro. Entre ellas se encuentran las resoluciones WHA 60.26, sobre un plan de acción mundial para la salud de los trabajadores, WHA 61.19, sobre la adopción de medidas más asertivas en el sector de la salud para reducir las amenazas del cambio climático, y WHA 64.24, sobre una mayor participación del sector de la salud en las políticas internacionales relacionadas con el agua, y un informe del Consejo Ejecutivo de la OMS, de fecha 12 de enero de 2012, sobre la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (EB 130/36);

e) La iniciativa sobre política exterior y salud mundial. Esta iniciativa designó la salud y el medio ambiente una de sus 10 áreas prioritarias. Un grupo básico de siete países¹ promovió la aprobación por parte de la Asamblea General de la resolución 66/115, en la que esta destacó las interrelaciones entre la salud y el medio ambiente. En la resolución, la Asamblea pidió que se prestara más atención a las cuestiones relacionadas con la salud en la labor mundial en materia de medio ambiente, así como a las cuestiones medioambientales en la labor relativa a la salud;

f) El documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, titulado “El futuro que queremos”. Desde el inicio del proceso de Río en 1992, se reconoció la compleja interacción entre la salud y el

¹ El Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, el Senegal, Sudáfrica y Tailandia.

medio ambiente. La Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992 subrayó el carácter esencial de la salud y señaló: “Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”. En “El futuro que queremos”, los participantes no solo reafirmaron el carácter esencial de la salud por derecho propio, sino que hicieron hincapié en las interrelaciones y las implicancias para la salud y las dimensiones sanitarias de las ciudades sostenibles, la calidad del aire, un transporte más saludable y la exposición de las personas y el medio ambiente a productos químicos peligrosos, y destacaron el papel fundamental de las fuentes modernas de energía para la mejora de la salud y el bienestar.

C. Fortalecimiento de la base empírica para fundamentar las políticas, las normas y las acciones de los países

19. Después de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, existe una clara necesidad de integrar mejor las inquietudes relativas a la salud en la formulación de estrategias de desarrollo, las políticas y programas para erradicar la pobreza y a favor del desarrollo sostenible, así como en la formulación de objetivos de desarrollo con posterioridad a 2015 y de objetivos de desarrollo sostenible. Para lograrlo, es esencial una cooperación estrecha con el sector de la salud, no solo con respecto a la cobertura sanitaria universal, sino también para asegurar que el desarrollo de otros sectores optimiza los cobeneficios de la salud.

Mitigación del cambio climático y desarrollo sostenible

20. Los efectos en la salud deberían tenerse en cuenta a la hora de formular políticas de mitigación del cambio climático, en un contexto de desarrollo sostenible y en las esferas de la vivienda, las instalaciones del sector de la salud, el transporte, la agricultura y la energía doméstica. Las principales conclusiones al respecto y las mejores prácticas deben integrarse en las políticas sobre el cambio climático y los mecanismos de financiación correspondientes. Por ejemplo, la mejora del acceso de las instalaciones de salud a fuentes de energía limpia y renovable podría reducir las emisiones relacionadas con los edificios y ampliar el acceso a los servicios de salud en los países en desarrollo que cuentan con escasos recursos energéticos. Hasta el momento, pocas instalaciones de salud han tenido acceso a la financiación necesaria para construir o renovar sus edificios a fin de aumentar la eficiencia energética.

Adaptación al cambio climático

21. Más de 30 países han completado las evaluaciones “de la vulnerabilidad y la adaptación” y 15 países en desarrollo han aplicado programas de adaptación sanitaria con miras a fortalecer la preparación para el cambio climático (por ejemplo, la adaptación de los servicios de agua y saneamiento a condiciones meteorológicas extremas) y mejorar los mecanismos nacionales de seguimiento.

Investigación de los factores de riesgo ambiental

22. La OMS está actualizando las estimaciones sobre la carga de morbilidad atribuible a los riesgos ambientales, tanto en los ambientes naturales como en los

construidos; en estas estimaciones también se observa la distribución de los riesgos entre los países pobres y las poblaciones vulnerables.

Fortalecimiento de los mecanismos nacionales de vigilancia

23. Se han tomado o se están preparando una serie de medidas, entre ellas las siguientes:

a) Mediante la utilización de datos nacionales disponibles, la OMS ha creado bases de datos mundiales actualizadas sobre la contaminación atmosférica urbana (que incluyen a más 1.100 ciudades), la energía doméstica (143 países) y la medición de la contaminación del aire en espacios cerrados (250 comunidades);

b) Está a punto de publicarse una nueva base de datos sobre el acceso a la energía en las instalaciones de salud, que incluye a 17 países, la mayoría de ellos de África Subsahariana, pero también algunos de Asia y América. Los datos reflejan la necesidad urgente de que se preste más atención a la capacidad energética en los servicios de salud como forma de ampliar el acceso al cuidado de la salud y la cobertura sanitaria universales;

c) Se sigue trabajando para formular directrices sobre energía doméstica, con el objeto de suministrar a los países en desarrollo una mejor orientación para la elección de tecnologías y mejores prácticas que puedan reducir los riesgos para la salud y las lesiones causadas por la contaminación del aire en espacios cerrados;

d) Se están elaborando directrices para una vivienda saludable en el contexto del desarrollo sostenible y se prevé la elaboración de directrices similares sobre transporte saludable y sostenible;

e) Algunos asociados del sistema de las Naciones Unidas están elaborando y promoviendo instrumentos para que los países los utilicen en evaluaciones integradas de riesgos y la gestión de planes de seguridad para el abastecimiento de agua y el saneamiento, y evaluaciones de impacto en la salud de proyectos de desarrollo, opciones de energía doméstica y seguridad alimentaria.

III. La salud y los desastres naturales

A. Efectos de las emergencias y los desastres en la salud humana y los sistemas de salud

24. Los desastres naturales causan grandes tensiones en las sociedades y a menudo tienen una importante repercusión en la vida de las personas. Los desastres pueden causar problemas de salud en forma directa o por trastornos en los sistemas, las instalaciones y los servicios de salud, que dejan a muchas personas sin acceso a la atención de la salud en situaciones de emergencia. También puede verse afectada la infraestructura básica, como el abastecimiento de agua y el refugio seguro, que son esenciales para la salud. Las medidas de gestión de riesgos en casos de emergencia para el sector de la salud y otros sectores pueden evitar o reducir las muertes, las lesiones, las enfermedades, la discapacidad, los problemas psicosociales y otros efectos en la salud.

25. Las desigualdades en materia de salud se acrecientan en tiempos de crisis, por lo que se requieren esfuerzos especiales para satisfacer las necesidades de los más

pobres y llegar a las poblaciones más vulnerables. En definitiva, los desastres crean obstáculos para el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, ya que a menudo hacen retroceder los logros en materia de desarrollo alcanzados con arduos esfuerzos.

26. En los sectores de la salud y de gestión de emergencias se está haciendo cada vez más hincapié en la promoción de un enfoque “contra todo riesgo”, dado que muchas medidas para gestionar los riesgos de los peligros naturales para la salud también se aplican a los peligros biológicos (como las enfermedades epidémicas y la propagación de plagas), tecnológicos (como las sustancias químicas, los materiales radiológicos y las colisiones de tránsito) y sociales (como los conflictos, las estampidas y los actos de terrorismo).

27. Entre 2000 y 2009, unas 270 millones de personas, en promedio, se vieron afectadas por desastres naturales y tecnológicos². En la última década se registraron más de 1,1 millones de muertes por desastres naturales de gran magnitud, unos 4.130 incidentes en total³. La incidencia de los desastres naturales ha ido en aumento y el cambio climático incrementará el riesgo para millones de personas, sus hogares, sus comunidades y la infraestructura que los sustenta.

28. Un análisis comparativo de las estadísticas sobre desastres en América Latina concluyó que por cada desastre que figura en las bases de datos mundial sobre desastres, hay otros 20 desastres con efectos destructivos en comunidades locales que no se registran⁴. Se ha comprobado que en América Latina el efecto acumulado de 10 años de desastres locales ha tenido una mayor repercusión en los pobres que cualquier incidente aislado⁵.

29. En todo el mundo, la pérdida de vidas a causa de los desastres es mucho mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados. El desarrollo rural y la urbanización no sostenibles también ponen en riesgo a más población mundial. Por ejemplo, en los últimos 30 años, el porcentaje de personas que viven en cuencas fluviales expuestas a las inundaciones ha aumentado un 114% y el porcentaje de personas que viven sobre líneas costeras expuestas a ciclones se ha incrementado un 192%⁶. Más de la mitad de las grandes ciudades del mundo (con una población de entre 2 y 15 millones de personas) son altamente vulnerables a la actividad sísmica.

30. La carga de los desastres recae en forma desproporcionada en las poblaciones vulnerables, es decir en los pobres, las minorías étnicas, los ancianos y las personas con discapacidad. Entre los diversos factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad humana a la morbilidad y la mortalidad relacionadas con los desastres cabe mencionar: percibir bajos ingresos, tener una baja condición socioeconómica, no ser propietario de una vivienda, pertenecer a una familia

² Véase la Base de datos internacional sobre desastres (EM-DAT) del Centro de Investigaciones y Epidemiología de los Desastres de la Universidad Católica de Lovaina, Bruselas, 2009, disponible en www.emdat.be.

³ Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres, “Hacia un marco después de 2015 para la reducción del riesgo de desastres”, 2012.

⁴ Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 2011: Conflicto, seguridad y desarrollo* (Washington, D.C., 2011).

⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado mundial de la infancia 2012: Niñas y niños en un mundo urbano* (Nueva York, 2012).

⁶ *Informe de evaluación global sobre la reducción del riesgo de desastres: Revelar el riesgo, replantear el desarrollo, 2011* (Ginebra, 2011).

monoparental, tener más de 65 años o menos de 5 años, ser mujer, padecer una enfermedad crónica, tener una discapacidad y sufrir el aislamiento o la exclusión social⁷. Las poblaciones de riesgo elevado deben tener prioridad en las iniciativas específicas para mitigar la vulnerabilidad de las personas. Dado que los peligros afectan a diferentes grupos de personas de distinta manera, la información de los indicadores de salud de los programas de gestión de riesgos en casos de emergencia debe desglosarse de modo de tener en cuenta la disparidad en la vulnerabilidad, la resiliencia y la capacidad de respuesta relacionada con el género, los factores socioeconómicos, la edad, la discapacidad, la movilidad, el aislamiento social y el origen étnico.

31. En el contexto de la gestión de riesgos en casos de emergencia, los programas de salud pública desarrollan las capacidades y la resiliencia de las personas y las comunidades ante los riesgos, reducen los efectos de estos y ayudan a las personas a sobrellevar los efectos de la adversidad y a recuperarse de ellos⁸. Estos programas se ocupan de cuestiones relacionadas con las disparidades en materia de salud que puedan surgir entre la población en general y los grupos más vulnerables.

32. Para que la salud de la población esté protegida antes, durante y después de un desastre, debe tenerse en cuenta una gama más amplia de determinantes de la salud, como la seguridad, la ubicación de los asentamientos, la calidad de las construcciones, los sistemas avanzados de alerta de peligros, la disponibilidad de refugios para las evacuaciones, el nivel de conocimiento de la comunidad para adoptar medidas, la disponibilidad de alimentos y agua, y los sistemas de respuesta ante emergencias. La infraestructura esencial, como las comunicaciones, la logística y los suministros de agua y energía, es fundamental para asegurar la continuidad de los servicios de salud. Por ello es imperativo que el sector de la salud lleve a cabo su labor en forma conjunta con otros sectores.

B. Mecanismos internacionales de respuesta humanitaria y reducción del riesgo de desastres

Comité Permanente entre Organismos

33. La respuesta internacional en casos de emergencia se sirve del Comité Permanente entre Organismos, que está integrado por organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y el Banco Mundial, y responde a la dirección general del Coordinador del Socorro de Emergencia de las Naciones Unidas. Basándose en los principios enunciados en la resolución 60/124 de la Asamblea General, relativa al fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia de las Naciones Unidas, y la consiguiente experiencia adquirida, concretamente en respuesta a las emergencias de gran magnitud ocurridas en Haití y el Pakistán, en 2011 el sistema de asistencia humanitaria de las Naciones Unidas acordó un “programa de cambio” que fortalece los mecanismos para dar una respuesta colectiva de los asociados de todo el sistema, centrada en la dirección y la coordinación.

⁷ Frank Thomalla y otros, “Reducing hazard vulnerability: towards a common approach between disaster risk reduction and climate adaptation”, *Disasters*, Vol. 30, núm. 1 (marzo de 2006).

⁸ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *Strategic Operational Framework for Health 2011-2015*.

34. Esta reforma del sector sanitario reviste gran importancia porque en los desastres a gran escala, como los ocurridos en Haití y el Pakistán en 2010, puede haber más de 300 organismos humanitarios registrados en el grupo de salud, lo que plantea enormes desafíos para la coordinación. El Grupo de Acción Sanitaria Mundial, dirigido por la OMS, reúne a más de 30 organizaciones asociadas. Su principal función es administrar la respuesta y proporcionar orientación en materia de políticas y gestión de la información de salud, incluida la recopilación de datos sanitarios sobre la mortalidad, la morbilidad, la situación nutricional y la prestación de servicios de salud.

El sistema de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres

35. El sector de la salud tiene un papel destacado en el sistema de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres en los planos mundial, regional y nacional. El Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, titulado “Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres” (A/CONF.206/6), incluye la salud y, en particular, se centra en la promoción de hospitales más seguros como resultado fundamental de las plataformas mundiales para la reducción del riesgo de desastres de 2009 y 2011.

36. En el marco de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, la OMS ha colaborado con sus asociados para establecer una plataforma temática multidisciplinaria y multisectorial sobre la gestión del riesgo de desastres en el ámbito de la salud. Uno de los principales objetivos de la plataforma es fortalecer la participación del sector de la salud en los mecanismos nacionales para la reducción del riesgo de desastres y en los foros mundiales y regionales pertinentes. La plataforma también aprovechará las capacidades del sector de la salud y contribuirá a fortalecer la colaboración entre el sector sanitario y otros sectores con miras a la aplicación del Marco de Acción de Hyogo. Al iniciar el proceso para determinar un sucesor para el Marco en 2015, los encargados de formular la política exterior tienen una oportunidad importante de asegurar, en colaboración con el sector sanitario y otros sectores, que en los futuros sistemas y marcos mundiales de gestión del riesgo de desastres se preste más atención a la salud.

C. Fortalecimiento de la gestión del riesgo de emergencia sanitaria en los planos nacional y comunitario

37. La gestión del riesgo de emergencia sanitaria es una función fundamental del sector de la salud pública que se extiende a todos los países, comunidades, sistemas de salud y profesionales del sector sanitario y debe incluirse en las políticas nacionales de salud, los planes de adaptación al cambio climático y los sistemas multisectoriales de gestión del riesgo de desastres.

38. La naturaleza de estas emergencias y sus efectos en la salud han agudizado la necesidad fundamental de contar con un enfoque multisectorial, multidisciplinario y dinámico a nivel nacional. La resiliencia del sistema sanitario y la capacidad de gestión del riesgo de emergencia son esenciales para la gestión multisectorial del riesgo de desastres, independientemente de si la situación de riesgo se debe a un peligro natural, un incidente ambiental, una amenaza de enfermedad, un conflicto armado o una combinación de factores.

39. El resultado de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible ha puesto de relieve la necesidad de adoptar un enfoque más dinámico en relación con la prevención y la preparación y con el fomento de la capacidad de las comunidades y los países para responder y recuperarse de forma oportuna y eficaz. Contar con sistemas de salud resistentes, basados en la prestación de servicios de atención primaria a nivel comunitario, puede reducir las vulnerabilidades subyacentes, proteger las instalaciones y los servicios de salud y ampliar la capacidad de respuesta para atender las diversas necesidades sanitarias después de un desastre.

40. Es posible reducir los riesgos sanitarios y mejorar los resultados en materia de salud en las situaciones de emergencia, y a este respecto se han logrado progresos en los planos comunitario, nacional, regional y mundial. Varios países de alto riesgo de peligros naturales, como Bangladesh, China, Cuba, Filipinas, Indonesia, Mozambique, Omán y Turquía, han reforzado sus sistemas de gestión del riesgo de emergencia sanitaria, pero la capacidad de los países varía considerablemente. En una evaluación mundial que realizó la OMS en 2007, se determinó que menos del 50% de los sectores nacionales de salud tenía un presupuesto asignado a preparación y respuesta en casos de emergencia. Entre los factores que afectan la capacidad cabe señalar sistemas sanitarios y de gestión de desastres deficientes, la falta de acceso a recursos y conocimientos técnicos y la persistente situación de inseguridad causada por situaciones de conflicto.

41. Un programa nacional de gestión del riesgo de emergencia sanitaria que abarque todos los peligros debería incluir políticas pertinentes, legislación, financiación, mecanismos de coordinación del sector de la salud y multisectoriales, gestión de la información en casos de emergencia sanitaria, valoración de los riesgos, orientación técnica, planificación en materia de respuesta y recuperación, hospitales más seguros y preparados, comunicaciones sobre riesgos, investigación, fomento de la capacidad y supervisión y evaluación de programas. Los programas de este tipo prestan apoyo a las capacidades operacionales en los planos comunitario, subnacional y nacional en todas las disciplinas relacionadas con la salud que son esenciales para la gestión del riesgo de emergencia, como la salud infantil, materna y neonatal, la gestión de las enfermedades transmisibles, los accidentes químicos, las emergencias de radiación, la gestión de siniestros con un número elevado de víctimas, la salud mental y el apoyo psicosocial, la gestión de siniestros con muertes en masa, la nutrición, la salud sexual y reproductiva, la atención en casos de trauma y el abastecimiento de agua, saneamiento e higiene.

Desarrollo de sistemas de asistencia sanitaria flexibles y resilientes

42. Los sistemas de asistencia sanitaria proporcionan las capacidades básicas para la gestión del riesgo de emergencia sanitaria. Sin embargo, muchos países de alto riesgo tienen servicios e infraestructuras de salud básica débiles, lo que agrava los problemas que plantea una respuesta de emergencia, en tanto que los países con sistemas bien desarrollados suelen tener mayor resiliencia y están mejor preparados para enfrentar desastres. Por consiguiente, el fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos los programas de gestión del riesgo de emergencia sanitaria, permite que las comunidades y los países enfrenten mejor los riesgos en materia de salud y refuerza su capacidad de recuperación en casos de desastre. Los sistemas de asistencia sanitaria tienen que estar preparados para atender a un gran número de pacientes. Para ello podría requerirse una capacidad de refuerzo que permita

movilizar y desplegar personal sanitario en distintas partes del país a fin de ayudar en las zonas afectadas. La flexibilidad para prestar diferentes servicios es un componente fundamental de la asistencia sanitaria en situaciones de emergencia. Esto podría implicar reducir algunos servicios a fin de aumentar otros. Los planes destinados a asegurar la continuidad de las operaciones permitirán que las organizaciones continúen las operaciones del sector de la salud, lo que entraña determinar los servicios prioritarios, la respuesta de emergencia y la recuperación y establecer comunicación con el personal y las organizaciones asociadas.

Acción local y resiliencia de las comunidades

43. Las actividades basadas en la comunidad constituyen la principal medida de protección de la salud en situaciones de emergencia, porque el conocimiento local de los riesgos locales permite atender las necesidades reales de las comunidades; la acción local previene los riesgos allí donde se originan, al evitar la exposición a peligros locales; una comunidad preparada, activa y bien organizada puede reducir los riesgos y los efectos de las emergencias, dado que en las primeras horas después de presentarse una situación de emergencia se pueden salvar muchas vidas mediante la respuesta de la comunidad.

44. En el plano comunitario, las políticas y estrategias que se centran en la atención primaria de la salud pueden contribuir a reducir la vulnerabilidad y preparar a los hogares, las comunidades y los sistemas sanitarios para enfrentar los desastres. Es posible aumentar la capacidad local mediante la capacitación de representantes de la comunidad y la adopción de medidas como la evaluación de los riesgos y la planificación para imprevistos, los sistemas de alerta temprana, el mejoramiento del abastecimiento de agua y el saneamiento y la preparación para situaciones de epidemia y pandemia.

45. En octubre de 2011, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la OMS y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja emitieron una declaración conjunta sobre el aumento del personal sanitario a nivel de la comunidad para enfrentar situaciones de emergencia. Esta declaración tenía por objeto poner de relieve el papel fundamental que desempeña el personal sanitario basado en la comunidad (incluidos los profesionales comunitarios de la salud) en la gestión del riesgo de emergencia, y promover y reforzar el aumento, la capacitación y la participación de los trabajadores sanitarios comunitarios.

Seguridad y preparación de los hospitales y la infraestructura sanitaria

46. La necesidad de salvaguardar de los desastres la considerable inversión en instalaciones de salud y proteger a los profesionales sanitarios y los pacientes, y de garantizar la prestación de servicios de salud cuando más se necesitan en situaciones de emergencia, ha dado lugar a los programas de “hospitales seguros”. Más de 42 países, incluidos Filipinas, el Líbano, México, Nepal, el Perú, la República de Moldova, el Sudán y Tayikistán, tienen en la actualidad programas dinámicos encaminados a reforzar la seguridad de los hospitales, que garantizan que las nuevas instalaciones establecidas para responder a los desastres sean más resistentes a los peligros naturales y que los hospitales que hayan sufrido daños por desastres se reconstruyan de tal manera que sean más seguros que antes. A nivel mundial, el

Marco de Acción de Hyogo estableció como objetivo que todos los hospitales nuevos se construyeran con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad para seguir funcionando y prestando servicios de salud en situaciones de crisis.

Apoyo a los Estados Miembros para la gestión del riesgo de emergencia sanitaria

47. Es necesario establecer una base empírica más sólida para prestar apoyo a los programas de gestión del riesgo de emergencia en los países que se encuentran en riesgo. A este efecto, se podría organizar un foro multisectorial y multidisciplinario para promover y coordinar la determinación de prioridades de investigación operacional, mejorar el intercambio de información y la coordinación y desarrollar instrumentos multifuncionales para reunir un conjunto mínimo de datos y garantizar que las experiencias y enseñanzas se utilicen para influir en la adopción de decisiones en todos los niveles de la atención de la salud. Es necesario prestar apoyo a los países en la evaluación de las necesidades después de un desastre a fin de incorporar plenamente la salud en las estrategias de recuperación sostenible, incluida la planificación de la transición de la respuesta de emergencia al desarrollo a largo plazo, que implica el fortalecimiento de los sistemas de salud y la adopción de medidas para reducir los riesgos en materia sanitaria en situaciones futuras de desastre.

48. Los ministros de salud han contraído varios compromisos de alto nivel sobre políticas de gestión del riesgo de emergencia sanitaria en los planos mundial y regional. En 2011, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA 64.10, relativa al fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud.

49. La OMS ha elaborado un nuevo marco de respuesta de emergencia que establece los compromisos básicos, las normas de desempeño y los procedimientos y políticas para aumentar la calidad y la previsibilidad de la respuesta de la OMS a emergencias de salud pública y emergencias humanitarias en los países y sirve de plataforma operacional común para la labor de la OMS en situaciones de emergencia. Para aplicar plenamente el marco de respuesta de emergencia se requerirán nuevas inversiones en la sede y las regiones y en los países afectados por emergencias prolongadas y recurrentes, a fin de establecer y mantener el personal básico necesario para la gestión de un programa de este tipo.

50. La OMS también está elaborando un marco de gestión del riesgo de emergencia sanitaria como complemento del marco de respuesta de emergencia, que servirá de documento de políticas en que se formularán los principios clave y los componentes fundamentales del sistema de gestión del riesgo de emergencia sanitaria de los países con un enfoque que abarque todos los peligros. La OMS proporcionará orientación técnica y prestará asistencia para desarrollar la capacidad de los países de gestionar los riesgos sanitarios relacionados con situaciones de emergencia causadas por todo tipo de peligros.

IV. Cobertura sanitaria universal

51. El cambio climático y los desastres naturales son problemas mundiales que enfrentan todos los países y que afectan a las sociedades, las comunidades, las familias y las personas. La respuesta ha de ser eficaz y tan polifacética como los

problemas. Para enfrentar las amplias y variadas repercusiones de estos fenómenos, es necesario adoptar medidas conjuntas y coordinadas en todos los sectores.

52. La salud de las personas, que sufre considerablemente los efectos del cambio climático y los desastres naturales, es muy visible y fácil de medir. El sector sanitario debe, ante todo, mitigar los persistentes efectos inmediatos y a largo plazo en la salud y, en segundo lugar, proteger y mantener los logros alcanzados de la forma más eficaz posible. Los países no pueden permitirse adoptar enfoques separados y divergentes para cada enfermedad o afección concreta.

53. Aunque cada país enfrenta problemas específicos, los debates políticos y los compromisos a nivel mundial pueden determinar maneras de fortalecer las medidas adoptadas a nivel nacional mediante la colaboración y el apoyo internacionales. La cobertura sanitaria universal ofrece una vía hacia esa colaboración.

A. El camino hacia la cobertura universal

54. En muchos países se han logrado progresos impresionantes en materia de salud, especialmente en las esferas de la mortalidad infantil y materna y la lucha contra las principales enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Estos problemas se han beneficiado de la creciente atención política generada por la aprobación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, la actual inversión en salud es insuficiente y, dada la actual escasez de recursos, es necesario examinar nuevas soluciones para preservar los logros alcanzados en el ámbito de la salud.

55. Al mismo tiempo, las nuevas tendencias epidemiológicas y demográficas tienen repercusiones profundas en la salud mundial. A nivel nacional, no es posible apuntalar los sistemas de salud limitando la atención a unas pocas enfermedades o afecciones. Por el contrario, la nueva realidad exige sistemas de salud eficientes y de fácil acceso que provean protección asequible contra los riesgos financieros de la mala salud, con lo que se evita la exclusión de los miembros desfavorecidos de la población y se tienen en cuenta las vulnerabilidades.

56. La cobertura sanitaria universal refleja la aspiración de que toda persona pueda obtener los servicios de salud de alta calidad que necesite sin correr el riesgo de sufrir graves dificultades financieras al recurrir a ellos⁹. El objetivo de lograr la cobertura sanitaria universal tiene dos importantes componentes interrelacionados: la cobertura para toda persona que necesite servicios de salud (incluidos la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) y la cobertura con protección del riesgo financiero.

57. Los dos componentes son fundamentales para el logro del más alto nivel posible de salud, que es un derecho humano fundamental consagrado en la Constitución de la OMS de 1948 y en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Al mismo tiempo, las personas los valoran por su propio bien; pueden dormir confiados sabiendo que los servicios de salud que podrían necesitar son accesibles, asequibles y son de buena calidad.

⁹ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010).

58. Los sistemas de salud orientados hacia la cobertura sanitaria universal reflejan los valores sociales subyacentes de la solidaridad, la cohesión social y la seguridad humana. No solo ofrecen un conjunto mínimo de servicios sino que se esfuerzan por lograr progresos en varios aspectos interrelacionados: la gama de servicios a disposición de las personas, la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta y la proporción de la población que tiene cobertura.

B. La necesidad de una cobertura universal

59. El panorama de la salud mundial se está transformando. A la luz de la cambiante dinámica demográfica, especialmente en las esferas del envejecimiento y la migración, es importante reconocer las enormes consecuencias sociales y económicas de no abordar los problemas incipientes, en particular los que plantean las enfermedades no transmisibles. Al mismo tiempo, aún no se han alcanzado los objetivos en relación con las enfermedades transmisibles, la salud reproductiva y sexual y la salud materna, infantil y neonatal.

60. Las persistentes limitaciones financieras subrayan aún más la necesidad de abordar la salud mundial desde el punto de vista de la equidad sanitaria y el derecho a la salud. Para que exista una cobertura universal significativa en materia de salud, las personas tienen que tener acceso oportuno a todos los servicios que necesitan.

61. El acceso oportuno a los servicios de salud —una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación— es fundamental para el bienestar humano. Contar con sistemas de prestación de servicios sanitarios sólidos y bien diseñados protege a las personas de la enfermedad y el empobrecimiento al mantenerlas sanas. Además, contribuye a lograr la armonía social porque asegura a la población que, en caso de enfermedad, habrá servicios para atenderla.

62. Sin embargo, en la actualidad más de 1.000 millones de personas no tienen acceso a los servicios de salud que necesitan cuando los necesitan, ya sea porque no están disponibles o porque son inasequibles.

63. Para financiar sus sistemas de salud, muchos países siguen dependiendo en gran medida de los pagos directos, como las tarifas que se cobran a los usuarios cuando utilizan los servicios. Esto no solo impide que muchos pobres y desfavorecidos acudan a los servicios de salud o se sometan a un tratamiento, sino que empobrece considerablemente a gran parte de las personas que sí reciben atención médica.

64. La OMS calcula que cada año 150 millones de personas sufren severos problemas financieros, o catástrofe económica, porque enferman, utilizan servicios de salud y tienen que pagarlos de inmediato. Muchos tienen que vender sus bienes o endeudarse para pagar esos servicios y, como consecuencia de ello, cada año otras 100 millones de personas quedan por debajo del umbral de pobreza.

65. Esto tiene como resultado la inaceptable paradoja de que la falta de acceso a los servicios de salud empobrece a las personas porque la mala salud les impide trabajar, pero si los utilizan también se pueden empobrecer o sumirse en una pobreza aún mayor debido a los costos.

66. Por consiguiente, la cobertura sanitaria universal vincula los pilares social y económico del desarrollo sostenible y es un elemento fundamental para reducir la

pobreza. Las personas que gozan de buena salud tienen una mayor capacidad para aprender, ganar dinero y contribuir de manera positiva a las sociedades de las que forman parte. Contar con sistemas de salud sólidos, asequibles y bien diseñados no solo protege a las personas contra las enfermedades y el empobrecimiento, sino que también estimula el crecimiento económico. La cobertura universal es un componente fundamental del desarrollo económico.

C. Orientación de los sistemas hacia la cobertura universal

67. Para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal es necesario lograr progresos en alguno de sus componentes o en todos ellos:

- a) Reducir la brecha entre la necesidad de servicios y su utilización;
- b) Mejorar la calidad de la atención a fin de que los servicios sean eficaces;
- c) Garantizar protección contra el riesgo financiero para que las personas no queden arruinadas por tener que pagar por los servicios sanitarios que utilizan.

68. En numerosos países, la cobertura sanitaria universal es un objetivo que deberá orientar el desarrollo de sus sistemas de salud durante muchos años. Otros países enfrentan dificultades para mantener los logros obtenidos en el pasado, a la luz del envejecimiento de la población, la mayor demanda de servicios y las nuevas tecnologías, por lo general más costosas, requeridas para preservar o mejorar la salud. La cobertura sanitaria universal es un objetivo de interés para todos los países.

69. Una de las esferas clave de política es la financiación del sistema de salud, y a este respecto la OMS ha definido tres formas generales en que se puede avanzar hacia la cobertura sanitaria universal: a) recaudar suficiente dinero destinado a la salud; b) reducir las barreras económicas de acceso a los servicios y mejorar la protección contra los riesgos financieros de la enfermedad aumentando la proporción de financiación del sistema que se realiza mediante el prepago y la mancomunación de fondos; y c) mejorar la eficiencia y la equidad del empleo de los fondos (obtener “más salud a cambio del dinero invertido”).

70. Estos caminos hacia la cobertura sanitaria universal no son excluyentes; los países pueden avanzar por ellos simultáneamente y así lo hacen. Como cada país tiene necesidades diferentes, no todos prestarán la misma atención a cada componente. Sin embargo, en el último decenio los países de todos los niveles de ingresos han adoptado medidas para aumentar la financiación de la salud, reducir las barreras económicas de acceso y aumentar la protección contra los riesgos financieros o mejorar la eficiencia y la equidad del empleo de los fondos. Esto indica que todos los países pueden adoptar nuevas medidas para acercarse más a la cobertura sanitaria universal o para mantener los avances logrados.

71. El logro de la cobertura sanitaria universal no depende exclusivamente de la financiación del sector de la salud; de hecho, si no se presta una atención paralela a otros aspectos fundamentales de los sistemas de salud, poco se podrá avanzar. Por ejemplo, para garantizar la disponibilidad de servicios de salud apropiados o mejorar su calidad se requiere contar con personal sanitario capacitado y motivado que trabaje en instalaciones ubicadas cerca de los lugares donde viven las personas y dotadas de equipo y suministros adecuados, como medicamentos y equipos de

diagnóstico. El avance hacia la cobertura sanitaria universal requiere un esfuerzo concertado para determinar y corregir los obstáculos que impiden los progresos en todo el sistema de salud.

72. De manera más general, varios factores ajenos al sistema de salud, los determinantes sociales, influyen considerablemente en la capacidad para alcanzar los objetivos deseados. Esos factores, junto con las iniciativas encaminadas a mejorar la financiación de la salud y ampliar los sistemas de asistencia sanitaria, deben considerarse como variables que se refuerzan mutuamente.

73. Centrar la acción en la cobertura sanitaria universal alienta la adopción de un enfoque multisectorial en el que es necesario examinar seriamente las consideraciones financieras generales, las limitaciones económicas y los determinantes sociales, además de cuestiones concretas relacionadas con la disponibilidad, calidad y asequibilidad de los servicios de salud. Ofrece la posibilidad de aumentar el crecimiento económico, mejorar las oportunidades de educación, reducir el empobrecimiento y otras desigualdades y erradicar la pobreza.

D. Pertinencia para la agenda internacional de desarrollo

74. El impulso en favor de la cobertura universal es cada vez mayor, no solo en los gobiernos nacionales sino en la sociedad civil y la comunidad internacional, y se pone de manifiesto en una variedad de medidas, reformas y actividades.

75. En su resolución WHA 58.33, relativa a la financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad, la Asamblea Mundial de la Salud hizo hincapié en que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud sin tener que incurrir en gastos sanitarios desastrosos. El *Informe sobre la salud en el mundo 2010* allanó el camino para intensificar los esfuerzos encaminados a definir y promover la cobertura sanitaria universal a fin de que los países fortalezcan sus sistemas de salud, mantengan sus logros y obtengan mejores resultados de los servicios sanitarios prestados a su población.

76. Muy pronto quedó claro que la cobertura sanitaria universal no se podía lograr solo mediante la inversión en los sistemas de financiación de la salud. En su resolución WHA 64.9, relativa a las estructuras de financiación sostenible de la salud y la cobertura universal, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los países a que, según procediera, siguieran invirtiendo y fortaleciendo los sistemas de prestación de servicios de salud, y en particular la atención y los servicios primarios de salud, y suficientes recursos humanos para la salud y los sistemas de información sanitaria, con miras a garantizar que todos los ciudadanos tuvieran un acceso equitativo a la atención y los servicios de salud.

77. El logro de la cobertura sanitaria universal ha sido una aspiración de larga data de la OMS. Esta aspiración siempre ha sido una parte intrínseca de un enfoque integrado orientado a fortalecer los sistemas de salud y sus elementos a nivel nacional. Junto con la atención centrada en las personas, la institución de un liderazgo inclusivo en pro de la salud y la incorporación de la salud en todas las políticas, la cobertura sanitaria universal se considera uno de los cuatro componentes fundamentales de la atención primaria de la salud. En varias resoluciones recientes, la Asamblea Mundial de la Salud ha hecho hincapié en la necesidad de desarrollar todos los sectores del sistema de salud para dar a las

personas acceso a los servicios sanitarios de alta calidad que requieran. Algunas de estas han sido resoluciones sobre el fortalecimiento del diálogo normativo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos (WHA 64.8), el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (WHA 63.16), el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud (WHA 63.27), el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria (WHA 60.27) y los progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (WHA 60.16).

78. De manera más general, en su resolución WHA 62.12, relativa a la atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, la Asamblea reconoció que varios factores ajenos al sector sanitario influían de manera fundamental en el sistema de salud y su capacidad para mejorar la salud de la población, idea que también se recogió en otra resolución de ese mismo año relativa a reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud (WHA 62.14).

79. La cobertura sanitaria universal es un componente esencial de la Iniciativa del sistema de las Naciones Unidas sobre un nivel mínimo de protección social, que se centra en el acceso a los servicios sociales y la protección social y es fundamental para reducir la desigualdad social, promover la justicia social y erradicar la pobreza.

80. En 2012, los participantes en varias reuniones importantes de alto nivel han reconocido la importancia de la cobertura sanitaria universal, que no solo es fundamental desde la perspectiva de la salud sino que contribuye también a un desarrollo humano más amplio. En enero, los ministros de salud y otros participantes en una conferencia celebrada en Bangkok sobre el camino hacia la cobertura sanitaria universal y la importancia de la financiación de la salud aprobaron la declaración de Bangkok sobre la cobertura sanitaria universal, y en abril los dirigentes convocados por el Gobierno de México para participar en un foro sobre la cobertura sanitaria universal aprobaron una declaración titulada “Sustentabilidad de la cobertura universal en salud: compartir experiencias e impulsar el progreso”. En las dos declaraciones se instó a los países a considerar la posibilidad de trasladar el debate sobre la cobertura sanitaria universal al entorno intersectorial de las Naciones Unidas, y en la declaración de México los participantes señalaron que esa cobertura debería incluirse en todo objetivo internacional de desarrollo nuevo o modificado.

81. En el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, titulado “El futuro que queremos”, los dirigentes del mundo abordaron la cobertura sanitaria universal al declarar: “Reconocemos también la importancia de la cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles. Nos comprometemos a reforzar los sistemas de salud para proporcionar una cobertura universal equitativa. Pedimos que todos los agentes pertinentes participen en una acción multisectorial coordinada a fin de atender urgentemente las necesidades de salud de la población mundial”.

82. Al acercarnos a un período de reflexión en relación con los progresos logrados desde la aprobación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (véase la resolución 55/2 de la Asamblea General) y una posible redefinición o renovación de un conjunto de objetivos de desarrollo, es importante reconocer que el objetivo de la

cobertura sanitaria universal —la capacidad de todas las personas de utilizar los servicios esenciales de salud que necesitan sin temor al empobrecimiento asociado con el pago de esos servicios— es uno de los elementos cruciales para alcanzar el desarrollo sostenible.

V. Conclusiones

83. **Aprovechando los progresos y las oportunidades expuestos anteriormente, existe la constante necesidad de colocar a las personas y su salud en el centro de las políticas mundiales, los marcos jurídicos y otras iniciativas colectivas en relación con cualquier programa amplio de desarrollo futuro. Contra el telón de fondo del aumento de los riesgos y las consecuencias de los problemas incipientes en la esfera de la salud pública, es necesario aumentar la cooperación, la inversión y la adopción de medidas a fin de lograr mejores resultados de salud para toda la población y reforzar su seguridad y su resiliencia.**

84. **El liderazgo es fundamental para proporcionar la dirección normativa y los mecanismos necesarios para asegurar niveles de financiación consistentes y previsibles para las iniciativas y los programas nacionales del sector de la salud y otros sectores conexos. Es esencial promover asociaciones intersectoriales en todos los niveles a fin de garantizar que las personas estén protegidas contra los riesgos de la mala salud, independientemente de la causa.**

85. **El sector de la salud y los sectores conexos poseen gran parte de los conocimientos técnicos necesarios para garantizar un mañana más seguro, pero un compromiso político al más alto nivel ayudará a proporcionar la inversión que se necesita para lograr mejores resultados en materia de salud para los millones de personas de todo el mundo que enfrentan el riesgo de enfermarse.**