

Opinión

## La Brecha

Notas del Laboratorio de Ideas de ISGlobal sobre inequidad y salud global

Este documento recoge ideas y propuestas surgidas en el seminario "Building a Global Health Social Contract for the 21st Century", que tuvo lugar el 7 y 8 de noviembre de 2013 en Barcelona. Los materiales del seminario están disponibles en la web de la organización: [www.isglobal.org/es/thinktank](http://www.isglobal.org/es/thinktank).



**Ajuntament  
de Barcelona**



Work published under license from  
Creative Commons.  
Attribution-NonCommercial-NoDerivs

Design by Mucho.

## Rafael Vilasanjuan y Gonzalo Fanjul<sup>1</sup>

Director e investigador asociado,  
Laboratorio de Ideas, ISGlobal

---

*“Deberíamos garantizar que a ninguna persona –independientemente de su grupo étnico, género, geografía, discapacidad, raza u otra condición– se le nieguen derechos humanos universales y oportunidades económicas básicas. Deberíamos diseñar metas que se centren en llegar a grupos excluidos, por ejemplo asegurándonos de monitorear los avances en todos los niveles de ingreso y proporcionando protección social para ayudar a las personas a desarrollar capacidad de resistencia ante las incertidumbres de la vida”.*

Informe del Panel de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el futuro de los ODM.

---

El pasado mes de diciembre la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer anunció que más de 14 millones de personas habían sido diagnosticadas con esta enfermedad en 2012.<sup>2</sup> Lo más sorprendente de esta cifra es que el 57% de los casos se produjo en países de ingreso medio y bajo, un porcentaje que ha crecido con rapidez en las últimas décadas. Hoy los países pobres concentran dos de cada tres fallecimientos derivados de las patologías cancerígenas –que matan a más personas que el SIDA, la malaria y la tuberculosis juntos–<sup>3</sup>, cuya prevención y tratamiento plantean una serie de complejas preguntas que recuerdan inevitablemente al debate sobre el VIH-SIDA hace más de 30 años.

La devastación producida por una enfermedad relacionada hasta hace poco con el entorno de las sociedades más desarrolladas es una buena ilustración de los retos a los que se enfrenta la salud global en el siglo XXI: las fronteras entre el mundo ‘desarrollado’ y ‘en desarrollo’ se difuminan para dar lugar a un panorama más complejo en el que la salud “de los pobres” ya no se limita a los riesgos de un parto o a un puñado de enfermedades tropicales. A medida que el ingreso medio de las naciones tiende a converger, cada país se convierte en un pequeño laboratorio que refleja la diversidad del planeta. Las diferencias entre individuos y grupos sociales al interior de los países y entre regiones del mundo se ensancha de un modo desconocido hasta ahora. El lugar o la familia en la que uno nace determina las posibilidades de disfrutar de una salud básica o de evitar lo que los economistas de la salud denominan el “gasto catastrófico” de una enfermedad: el riesgo de que los costes derivados de un tratamiento arruinen al individuo y a su familia y determinen

cualquier otro aspecto de sus vidas. De acuerdo con el académico Martin McKee, en el año 2007 el 62% de todas las bancarrotas personales que se produjeron en los Estados Unidos estaba relacionado directa o indirectamente con los gastos de salud.<sup>4</sup>

Las variables que han definido hasta ahora el debate sobre pobreza y salud han perdido parte de su utilidad. Frente a la imposición de valores absolutos, como la renta media per cápita, las políticas que promueven la salud global deben considerar también la situación relativa en la que se encuentran los diferentes individuos dentro de una sociedad: en primer lugar, debe ser tenido en cuenta el esfuerzo marginal de alcanzar a las poblaciones que se encuentran en los grupos excluidos y en los quintiles más pobres de la distribución del ingreso, aunque esto se produzca en contextos con un progreso medio razonable e incluso elevado, como puede ser el caso de Europa o EEUU. Desde el deterioro de los servicios de salud de Grecia a la exclusión sanitaria de centenares de miles de inmigrantes en situación irregular en España o EEUU, la crisis económica y la respuesta planteada por los gobiernos y las instituciones financieras han puesto en jaque el derecho universal a la salud, uno de los fundamentos del Estado de bienestar. Hemos experimentado de forma contundente la idea de que el crecimiento económico forma parte de la ecuación, pero no la completa: es posible recuperar los indicadores macroeconómicos mientras la pobreza y la inequidad se incrementan.

En segundo lugar, estas nuevas variables obligan a definir la pobreza (y sus soluciones) en términos de *vulnerabilidad* frente a unos shocks cada vez más recurrentes, como puede ser la subida del precio de los alimentos, un desastre natural o una enfermedad grave. La *protección* del individuo a través de algún sistema de cobertura universal de salud o mecanismo similar se ha convertido en un debate central del nuevo marco de desarrollo que sustituya a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) tras 2015.

El problema es que no hay modo de garantizar esa protección en ausencia de respuestas comprensivas que consideren la complejidad de las amenazas a las que hace frente la comunidad internacional en este momento. Desde el cambio climático a la innovación farmacéutica, el futuro de la salud global pasa por mecanismos de financiación y gobierno que respondan a un orden común de prioridades. Se trata, en esencia, de construir un

*contrato social global* que replique para todos los habitantes del planeta los fundamentos de los contratos nacionales que dieron lugar en el siglo XX a algunos de los avances más relevantes de la historia en materia de salud.

Esta nota es el primer esfuerzo de ISGlobal por definir una posición y una agenda de trabajo en el ámbito de la inequidad<sup>5</sup> y la salud global. En ella resumimos las reflexiones y preguntas que nos hacemos, así como la orientación de nuestro programa de trabajo en este ámbito. Sus contenidos están en parte fundamentados en el seminario “Building a Global Health Social Contract for the 21st Century”, que tuvo lugar en Barcelona en noviembre de 2013 y cuyos materiales están disponibles en la web de nuestra organización.<sup>6</sup>

## La inequidad determina la salud

El último cuarto de siglo ha conocido avances sin precedentes en materia de salud. Entre 1990 y 2012 una combinación de factores, entre los que destacan las políticas de inmunización o la atención a la salud de las madres, ha logrado reducir de 12,6 a 6,6 millones el número de niños que mueren por causas evitables antes de cumplir los cinco años. El porcentaje de niños de esa edad con problemas de bajo peso cayó del 28% al 17% mientras aumentaba sin parar el número total de partos atendidos por personal especializado. Las infecciones por VIH se redujeron entre 2001 y 2012 un 33%, en respuesta a una estrategia preventiva y paliativa que también está dando frutos importantes en otros frentes como el de la malaria, la tuberculosis o la polio.<sup>7</sup>

Una mirada atenta, sin embargo, ofrece un panorama más matizado. Los avances medios en los indicadores esconden importantes variaciones en el acceso a la salud de los diferentes grupos de población. De manera recurrente, los quintiles (20%) más pobres de las sociedades y los grupos étnicos o sociales más desfavorecidos presentan indicadores alarmantemente bajos en comparación con otros niveles de la escala. Nacer en el 20% de los hogares más pobres de una sociedad africana (a menudo en zonas rurales) implica que tus posibilidades de morir antes de cumplir los cinco años multiplican las del quintil más rico. La brecha se repite de manera sistemática en cualquiera de los indicadores fundamentales de la salud, como la atención en los partos, el acceso a tratamientos esenciales o la prevención frente a enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Aunque el planeta sigue soportando una diferencia máxima de la esperanza media de vida de 36 años (entra Japón y Malawi, por ejemplo), las brechas de inequidad entre países tienden a reducirse mientras se aumentan –y de forma creciente– en el ámbito nacional. India se ha convertido en una monumental paradoja en la que decenas de millones de obesos conviven en una sociedad en la que cuatro de cada diez niños padece desnutrición, generando ambos grupos necesidades sanitarias que cubren todos los espectros posibles.<sup>8</sup> Incluso en las economías más desarrolladas, como EEUU, las diferencias resultan llamativas: mientras el 1% más rico de la población ha logrado capturar el 95% del crecimiento económico tras la recuperación de la crisis,<sup>9</sup> la posibilidad de muerte de un bebé de madre afroamericana es entre 1,5 y 3 veces más alta que la de otras razas o etnias.<sup>10</sup>

En el siglo XXI no es posible hablar seriamente del derecho universal a la salud sin considerar estas brechas y la estrategia para reducirlas. Es un debate cuyas implicaciones son, en primer lugar, éticas. Cuando una sociedad como la española acepta por razones económicas que un número indeterminado de varios cientos de miles de inmigrantes en situación irregular queden legalmente excluidos del sistema sanitario, lo que está haciendo es abrir la puerta a la mercantilización de un bien común: existe el derecho en la medida en que podamos pagarlo. Que esa lógica alcance a otros ámbitos esenciales del contrato social como el sistema de pensiones es solo cuestión de tiempo, porque la consideración de lo que es ‘asumible’ y lo que no depende de las prioridades políticas de cada momento.

Pero la inequidad puede estar también asociada a importantes consideraciones económicas que afectan a la movilidad y la cohesión social, la carga fiscal de la sanidad o los efectos sobre el crecimiento económico. Un reciente trabajo publicado por el Fondo Monetario Internacional (FMI) -que analiza la serie más extensa de datos disponible hasta ahora sobre desigualdad- llega a la conclusión de que niveles altos de inequidad debilitan el progreso en salud y educación, generan inestabilidad política y económica, y arriesgan el consenso social que permite ajustarse frente a los shocks. Todo ello tiende a reducir la intensidad y la duración de los períodos de crecimiento económico y, por lo tanto, de los esfuerzos de reducción de la pobreza.<sup>11</sup>

El incremento acelerado de la desigualdad y sus implicaciones para el interés común han entrado a formar parte de las prioridades del debate público a lo largo de esta crisis y en la discusión del nuevo marco de progreso global que sustituirá a los ODM tras 2015. Este interés se ha traducido, por ejemplo, en la posibilidad de incorporar un objetivo global relacionado con la protección social de los ciudadanos, como la Cobertura Universal de Salud (CUS) u otros mecanismos globales de protección social. La idea de un “esquema global de igualación” propuesta por el profesor Ooms en el seminario de ISGlobal va precisamente en esta línea, ‘transnacionalizando’ las obligaciones de protección e incorporando mecanismos de financiación que evitan la dependencia de la ayuda.<sup>12</sup> Aunque no existe un consenso efectivo sobre estas propuestas, sus beneficios éticos y prácticos han sido puestos de manifiesto en numerosos trabajos académicos,<sup>13</sup> pero no se han definido los detalles fundamentales: quién está cubierto, en qué medida y cómo haremos frente a los costes derivados de la CUS, por ejemplo.

Los próximos meses establecerán hasta qué punto este debate es un mero ejercicio retórico con escasas consecuencias prácticas para la estrategia global contra la pobreza. El proceso debe incorporar avances tangibles en la equidad de la generación del ingreso y la estructura del gasto, garantizando que el reconocimiento de derechos se traduce en mejores infraestructuras y servicios de salud, pero también en medicamentos accesibles y en tratamientos para las enfermedades que afectan a las poblaciones más pobres.

“No dejar a nadie a nadie atrás”. Con esta declaración tan contundente se abre el primero de los objetivos declarados del panel de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el nuevo marco del desarrollo tras 2015.<sup>14</sup> Los expertos del panel reconocen que necesitamos herramientas para “monitorear” los avances en todos los niveles de ingreso y grupos afectados. Pero la tarea no resulta nada fácil. Los indicadores que miden la desigualdad (como el índice de Gini) no necesariamente reflejan la eficacia de las intervenciones en la reducción de los niveles de pobreza. Las nuevas herramientas no pueden estar sujetas a los mismos criterios de universalidad que inspiraron los ODM en el pasado. No sirve, por ejemplo, un indicador grueso de diferencia de ingreso.

Necesitamos indicadores simples pero útiles. El Director del Overseas Development Institute, Kevin Watkins, ha sugerido que el factor de inequidad actúe como una especie de corrector de los indicadores generales: por ejemplo, estableciendo diferencias máximas entre quintiles que desencadenen la respuesta de manera automática. Los indicadores no pueden ser iguales para todos los países (existen diferencias culturales, la disponibilidad de la información es diversa), sino el resultado de diálogos nacionales avalados por las instituciones responsables del seguimiento de los ODM.<sup>15</sup>

Es posible definir un conjunto de indicadores destinados a medir el impacto de las políticas en el acceso específico a la salud, pero en ocasiones será difícil no considerarlos conjuntamente con otras políticas (como educación o infraestructura social) que afectan directamente a los quintiles más pobres de la población. Los niveles bajos de educación de las madres, por ejemplo, están vinculados a los partos de riesgo en edad temprana.

Sería deseable que los objetivos tampoco quedasen limitados a los países en desarrollo o emergentes. Al fin y al cabo, la inequidad es un lastre para el progreso de todas las naciones, y en los últimos años hemos conocido retrocesos importantes en materia de salud en algunas de las economías más prósperas del planeta. La introducción de indicadores de desigualdad en países de la OCDE tendría un doble atractivo: ayudar a disminuir las crecientes bolsas de exclusión y vulnerabilidad (niveles de pobreza relativos) y demostrar en carne propia el mismo compromiso que se exige a los demás (incremento de legitimidad).

Para realizar cualquiera de los ejercicios anteriores uno de los primeros y principales obstáculos a vencer es el de la ausencia de datos. Dicho de forma simple, no existe (o no está disponible) la información necesaria para determinar las condiciones específicas en las que se desenvuelven los subgrupos sociales de acuerdo a sus condiciones específicas. En ausencia de esta información es imposible diseñar intervenciones que salven la brecha de inequidad. Las investigadoras de ISGlobal Clara Menéndez y Anna Lucas han puesto de manifiesto recientemente este vacío con un ejemplo contundente:<sup>16</sup> las causas de muerte entre las mujeres y los niños de Mozambique. La simple realización de autopsias no invasivas en un hospital de Maputo permitió determinar que la mayor parte de las muertes se debieron a enfermedades infecciosas (como la malaria o la tuberculosis) y no a condiciones obstétricas. En casi dos de cada tres muertes aparecieron errores clínicos relacionados en parte con la muerte de las madres. Mejores datos permiten informar mejor las políticas e incrementar la eficacia de las intervenciones.

## Mejorar la equidad del gasto y el ingreso

El gasto total en salud global en 2010 fue de 5,3 billones de dólares, el 90% de los cuales tuvo lugar en países de ingreso alto o medio-alto. De la cantidad restante, el 94% de los fondos provino de los recursos internos de los propios países (incluyendo los pagos directos realizados por los pacientes) y no de la ayuda internacional al desarrollo. Se calcula que unos 1.300 millones de personas ven limitado su derecho a la salud cada año como consecuencia de los pagos directos que deben realizar, de las cuáles 100 millones son condenadas a la pobreza debido al ‘gasto catastrófico’ de las enfermedades.<sup>17</sup> La ayuda internacional destinada a la salud se ha multiplicado por tres desde 2000 hasta rozar los 30.000 millones de dólares. De esta cantidad, menos de la mitad proviene de donantes bilaterales tradicionales.<sup>18</sup>

Estas cifras plantean algunas preguntas fundamentales: ¿cómo podemos equilibrar el gasto incrementando el esfuerzo relativo en la salud de las poblaciones más pobres y reduciendo la carga financiera de las enfermedades para las familias? ¿cuál es el potencial de los ingresos que se generan en los propios países? ¿qué papel debe jugar la ayuda y otros mecanismos de financiación internacional? Dicho de otro modo, ¿qué queremos, cuánto cuesta y quién debería pagarlo?

Nuestro punto de partida es que “toda la atención de salud eficaz debería ser gratuita” (Archie Crocane, citado por Martin McKee). Si existen intervenciones, tratamientos y medicamentos eficaces para resolver las necesidades médicas básicas de la población (sea una enfermedad infecciosa o una diabetes), estos deben estar disponibles para todos con independencia de su lugar de residencia o su origen social. Aceptar una lógica que va de las necesidades al gasto no es necesariamente evidente para todos: como recuerda David Hammerstein, la Troika ha actuado durante la crisis europea siguiendo la lógica contraria: el presupuesto (reducido de acuerdo a las imposiciones fiscales) determina el derecho. En Grecia se suceden las denuncias sobre los pagos directos de los pacientes para obtener tratamiento contra el cáncer y en Rumanía los médicos abandonan el país porque su salario no les permite vivir con dignidad.<sup>19</sup>

El coste de satisfacer ese derecho a la salud básica depende del suelo que establezcamos. En un reciente trabajo en apoyo de la CUS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recuerda que el Grupo de trabajo de alto nivel para una financiación internacional innovadora para los sistemas sanitarios ha estimado

en 60 dólares per cápita el coste del paquete básico de protección en salud (frente a los 32 dólares que se gastó en 2010 en los países de ingreso bajo)<sup>20</sup>. Esta cifra supondría una carga por encima del 5% del PNB para 38 países y por encima del 10% para otros 15, lo que significa que, en algunas zonas, la ayuda seguiría jugando un papel fundamental en la introducción de la CUS. También sabemos que es un primer escalón: en los países que han ido introduciendo este mecanismo de forma eficaz lo han hecho a un coste muy por encima de los 60 dólares per cápita, lo cual solo enfatiza la necesidad de abordar este debate desde una perspectiva que combine las necesidades y capacidades nacionales con la responsabilidad de la comunidad internacional. Parte de esa responsabilidad es reducir el coste de la atención sanitaria ofreciendo alternativas razonables para la innovación y distribución de nuevos medicamentos, como señalamos más adelante.

La distribución de la carga financiera se parecerá poco a lo que hemos conocido hasta ahora. Durante los últimos años hemos visto una elevación sin precedentes de las capacidades nacionales a la hora de financiar los gastos de salud en los países pobres. La ayuda se ha incrementado, pero se han incrementado mucho más los recursos internos disponibles. Las reformas fiscales, de hecho, constituyen posiblemente la mayor oportunidad de financiación de la salud que tenemos ante nosotros. Diferentes experiencias y trabajos han ilustrado en los últimos años este potencial. El Panel para el Progreso de África, por ejemplo, demostró que solo en el sector de las industrias extractivas África pierde cada año como consecuencia de la elusión y evasión fiscal tantos recursos como recibe en concepto de ayuda al desarrollo.<sup>21</sup> El hecho de que la ‘revolución’ fiscal global esté también en el interés de los países del G8 significa que tenemos una oportunidad única para introducir mejores normas y mecanismos de control que no puede ser desaprovechada.

También es necesario sofisticar el sistema internacional de ayuda al desarrollo. El reto es doble: incrementar los recursos disponibles a través de nuevos mecanismos de financiación y mejorar la alineación de las prioridades de los donantes con las verdaderas necesidades de salud de las poblaciones pobres. En el primer caso los esfuerzos están concentrados en la aplicación de un Impuesto a las Transacciones Financieras cuya versión más ambiciosa podría recaudar hasta 300.000 millones de euros anuales (aunque las versiones que se barajan por ahora reducen

esta cifra considerablemente). En el segundo caso existe un debate abierto acerca del papel que juegan las nuevas instituciones globales de salud (como el GAVI o el Fondo Global) y las grandes fundaciones filantrópicas que las impulsan, en particular la Fundación Bill y Melinda Gates.

## Un gobierno de la salud que refleje los intereses de todos, en todas partes

La reducción de las inequidades no depende únicamente de los recursos financieros, sino también de las instituciones y las normas que gestionen el sistema de salud global. Y en este punto nuestras únicas certezas son negativas: sabemos que los Estados no pueden controlar ya el sistema por sí mismos, porque muchas de sus variables escapan al control de un país, por poderoso que este sea. Sabemos también que las instituciones internacionales creadas para gobernar la salud global (la OMS, en primer lugar) se ven limitadas a la hora de ofrecer respuestas eficaces y tempranas. Sabemos, finalmente, que lo que resulte de este proceso debe plantear entre sus prioridades el poner bajo control a unas multinacionales médicas (farmacéuticas, pero también de provisión de servicios) cuyo comportamiento responde a un balance de riesgos y oportunidades que no siempre resulta positivo para el sistema de salud global.

El estado de la OMS y su agenda ilustra los tres problemas principales de la gobernanza global de la salud: la falta de participación efectiva de un número amplio de actores; las asimetrías de poder; y la dilución de los objetivos de la salud global en otros más amplios como las reglas de propiedad intelectual o la disciplina fiscal.<sup>22</sup> Cada uno de estos factores impide a esta institución ejercer el papel que le corresponde. Su incapacidad ha sido respondida en la práctica con la proliferación de alternativas institucionales parciales (desde ONUSIDA a GAVI, pasando por una miríada de iniciativas público-privadas). Resulta imprescindible aprovechar el carácter democrático de la OMS para recuperar el principal valor añadido de la organización: el desarrollo y el impulso de políticas y prácticas independientes y eficaces que promuevan la salud global. Esta capacidad será puesta a prueba durante la discusión de una posible CUS en el nuevo marco de desarrollo tras 2015.

La reconsideración del modelo de gobernanza exigirá algo más que un ajuste de las instituciones actuales. Algunos autores han propuesto modelos alternativos de representación y toma de decisiones que garanticen el tipo de participación, equilibrio de poder y focalización que demanda la agenda de la salud global en el siglo XXI. Es el caso del modelo de “gobernanza multicéntrica” presentada por Rachel Kidell-Monroe en un reciente seminario de ISGlobal. Sea este u otro modelo, el hecho es que existe la posibilidad de reconsiderar las estructuras existentes con mecanismos de gobierno más justos y eficaces que los que

ahora tenemos. El hecho de que vayamos a necesitar décadas para consolidarlas no es una justificación para la esclerosis actual.

Como destaca la profesora Suerie Moon en el trabajo que presentó en nuestro seminario,<sup>23</sup> uno de los componentes fundamentales de la reforma es la transparencia del sistema, que puede ayudar a inocularlo frente a las asimetrías de poder y a la distorsión de las prioridades de la salud global. Aunque en algunos ámbitos nacionales se han producido avances muy relevantes (ligadas en muchos casos a la ‘liberación’ de datos relacionados con asuntos de interés público), la opacidad prevalece en algunos campos muy relevantes, como el del comercio y las inversiones, la fiscalidad o la gestión de la propiedad intelectual. La falta de transparencia impide llevar adelante debates públicos informados sobre asuntos que afectan de manera determinante a la salud de los individuos y a la democracia de los Estados.

Cabe la posibilidad, finalmente, de que cualquier esfuerzo de gobernanza global amplia sea una quimera. Incluso cuando tratamos de limitarnos a ámbitos concretos de la salud global, la complejidad de incentivos e intereses es tan alta que el esfuerzo rara vez llega lejos. Algunos autores han argumentado a favor de mecanismos de gobernanza menos ambiciosos que permitan romper el impasse eterno en el que se encuentran asuntos como la innovación y desarrollo en el ámbito de medicamentos esenciales.<sup>24</sup>

## La inequidad, la innovación y el acceso a tratamientos

La innovación y el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos es el tercer ámbito destacable en el que la inequidad determina el derecho a la salud de las poblaciones pobres en los países en desarrollo y, crecientemente, en los países desarrollados. Trece años después de que el informe *Fatal Imbalance* denunciase los efectos del sistema de propiedad intelectual en el acceso a medicamentos esenciales,<sup>25</sup> la pregunta sigue siendo relevante: ¿qué determina el modelo de innovación y acceso, las necesidades de quienes consumen los medicamentos o los beneficios de quienes los producen?

Si tomamos como referencia el horizonte de un contrato social global, el modelo de innovación (I+D) apunta hacia el fracaso. El sistema genera nuevos productos en tanto en cuanto supongan un beneficio para el sector privado. Sin embargo buena parte de la inversión en investigación se realiza gracias a los fondos públicos. La innovación determina el modelo. En la actualidad no se fija en las necesidades de salud pública, ni en la importancia de mejorar y hacer accesible productos que ya existen. El principal motor de la innovación es el beneficio. Este modelo genera lagunas importantes y castiga la verdadera innovación en favor de la comercialización de nuevos productos que aportan escasa novedades terapéuticas.

¿Cómo promover cambios en el sistema? Entre las ONG que trabajan en el ámbito de desarrollo –e incluso entre instituciones menos activistas como los *Product Development Partnerships* (PDP)– existe un sentir general de que el modelo de financiación para la innovación no funciona. Pero, ¿es un sentimiento compartido por la industria? ¿Y en el ámbito académico, donde la mayoría de la investigación básica se produce? Parece que hay señales de que la propia industria farmacéutica cuestiona un modelo único. En la última década la colaboración para desarrollar productos con un interés de mercado marginal se ha multiplicado. La industria también es consciente que la realidad de la salud como una amenaza y a la vez una oportunidad global requiere nuevos modelos de negocio, pero tampoco intuye cuáles.

El avance esta última década confirma que el beneficio y las patentes no son el principal obstáculo para una mayoría de enfermedades infecciosas y en menor medida aún para las enfermedades desatendidas. ¿Qué ocurre con toda el área de investigación pública sin ánimo de lucro? ¿Cómo se incentiva?

¿Cómo desarrollar productos más allá del modelo caritativo o filantrópico?

La clave es cómo incentivar la innovación a un precio razonable para que sea accesible a todos los que necesiten un nuevo medicamento. Una posibilidad es desvincular el coste de la investigación y desarrollo del coste final del producto, garantizando que uno y otro responden a incentivos diferentes. Pero posiblemente sea necesario ir más allá. Romper la brecha enorme que deja a millones de personas sin un tratamiento que podría salvar o mejorar sus vidas significa cambiar de parámetros y establecer un modelo de innovación que parta del acceso como objetivo. Si queremos salir de la confrontación actual es necesario abrir un debate franco y transparente capaz de medir los logros conseguidos a partir de la creación de los PDP y la entrada de fondos de la filantropía. Si en estos ámbitos las patentes no han sido el principal obstáculo, la entrada en el panorama de la salud global de las enfermedades no transmisibles y la necesidad de dar respuesta a una población cada vez cada vez más numerosa devuelven el debate al punto original: el acceso a tratamientos para los que sí existe un mercado y, por lo tanto, un potencial beneficio.

Una cuestión relevante es determinar quién fija los precios. Aunque las empresas farmacéuticas hace ya tiempo que identificaron el potencial de los mercados emergentes, desarrollando políticas de precios diferenciados en países como Egipto,<sup>26</sup> las barreras siguen siendo insalvables. Si tomamos el ejemplo de la hepatitis C, los nuevos medicamentos que están llegando al mercado en Estados Unidos cuestan 38.000 dólares por persona, un precio que deja a una cantidad enorme de pacientes sin tratamiento en países de renta media, o incluso desarrollados, para que una minoría pueda mantener sus beneficios. Si una parte de la investigación se financia con capital público, ¿porqué la recuperación de la inversión no está determinada también por el interés público?

En el ámbito de las enfermedades infecciosas, la irrupción del SIDA como una amenaza de seguridad a finales del siglo pasado promovió la creación de nuevos mecanismos y herramientas. La epidemiología nos dice que la diferencia entre países de renta baja y media y países ricos se ha estrechado. La relación pobreza-enfermedades infecciosas se ha reducido y sin embargo las enfermedades crónicas generan cifras de mortalidad y

morbilidad cada vez mas similares entre países desarrollados y los de renta baja. El cáncer, por citar un ejemplo, con nuevos tratamientos de difícil acceso por su enorme coste, abre el espacio hacia nuevas soluciones globales. Una mujer con cáncer de pecho en África está condenada a morir, mientras que en los países desarrollados la mortalidad se reduce drásticamente.

## Conclusión: elementos para una agenda de trabajo de ISGlobal

Los próximos meses van a ser testigos de un intenso debate sobre la inequidad y la estrategia de lucha contra la pobreza tras 2015. El derecho de millones de personas a una salud básica forma parte esencial de este debate. A partir de las ideas que se reflejan en las páginas anteriores, ISGlobal ha definido una agenda de trabajo que incorpora los siguientes elementos:

- **La aplicación de los objetivos de inequidad en la práctica.** A través de nuestras plataformas en Mozambique y Bolivia, trabajaremos con otras organizaciones para calibrar qué significa en la práctica incorporar los objetivos de equidad a las estrategias de desarrollo y salud. Nuestro programa de trabajo cubre tres ángulos específicos: la financiación de las políticas de salud, la equidad en la provisión de servicios y el impacto de los determinantes sociales.
- **Un modelo equitativo de innovación y acceso a medicamentos esenciales.** Viejos y nuevos retos han devuelto al centro del debate el problema de un modelo de innovación y acceso que no responde a las necesidades de los más pobres, con independencia de dónde vivan. ISGlobal utilizará su experiencia en ámbitos como el de la malaria, la resistencia a antibióticos o la salud materno-infantil para trabajar con otros en la búsqueda de nuevos modelos de innovación y en tender puentes entre los diferentes actores que participan en este debate.
- **Una financiación del desarrollo más justa y generosa.** El debate sobre el futuro de la financiación internacional del desarrollo está ligado de forma directa a la reducción de las inequidades. Nuestro trabajo se centra, en primer lugar, en recuperar los niveles cuantitativos de la ayuda española y en orientarla a políticas de salud global acordes con los principios de equidad. Pero también mantendremos una línea de acción explícita en el debate sobre la Tasa a las Transacciones Financieras, cuyos detalles debe decidir el Gobierno español en los próximos meses.
- **Una información de calidad para mejorar la equidad en los programas de salud.** Los datos abundantes y fiables constituyen la base sobre la que discutir la eficacia de los programas y el cumplimiento de los compromisos adquiridos. ISGlobal dedica parte de su esfuerzo a generar este tipo de datos y a exigir la transparencia de los que están en poder de las instituciones públicas.

## Referencias

- 1** Los autores agradecen los comentarios y aportaciones de Laia Bertrán y Joan Tallada.
- 2** Latest world cancer statistics. Nota de prensa de la OMS N° 223 (12 de diciembre de 2013) [http://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2013/pdfs/pr223\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf)
- 3** The Economist (Edición 1 de marzo de 2014).
- 4** Presentación de Martin McKee en el seminario de ISGlobal “Building a Global Health Social Contract for the 21st Century” (Barcelona, noviembre de 2013). Ver más detalles en [http://www.businessweek.com/bwdaily/dnflash/content/jun2009/db2009064\\_666715.htm](http://www.businessweek.com/bwdaily/dnflash/content/jun2009/db2009064_666715.htm)
- 5** Este documento distingue los conceptos de desigualdad (diferencias inevitables, como nacer en un país con más o menos recursos naturales) de la inequidad (diferencias injustas que son la consecuencia de decisiones y situaciones evitables).
- 6** Toda la información está disponible en [http://www.isglobal.org/es/web/guest/event/-/asset\\_publisher/nVsLg5I1q6UT/content/building-a-global-health-social-contract-for-the-21st-century](http://www.isglobal.org/es/web/guest/event/-/asset_publisher/nVsLg5I1q6UT/content/building-a-global-health-social-contract-for-the-21st-century)
- 7** OMS: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) Fact sheet N°290. Actualizada en octubre de 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>
- 8** Ver más detalles en la publicación de ODI *Future Diets* (enero de 2014). Disponible en <http://www.odi.org.uk/future-diets>.
- 9** Ver *Gobernar para las élites*, de Oxfam (enero de 2014). Disponible en <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-working-for-few-political-capture-economic-inequality-200114-es.pdf>
- 10** Ver US Centers for Disease Control and Prevention, *US Health Disparities & Inequalities Report 2011*. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6001.pdf>.
- 11** Ostry et al. (2014): *Redistribution, Inequality and Growth*. Disponible en <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf>
- 12** *Beyond health aid: would an international equalization scheme for universal health coverage serve the international collective interest?* Disponible en <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/41/abstract>

**13** Un resumen reciente de estos trabajo está disponible en el documento de la OMS *Arguing for Universal Health Coverage* (marzo de 2014). Disponible en [http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/UHC\\_ENvs\\_BD.pdf](http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/UHC_ENvs_BD.pdf).

**14** Panel de Alto Nivel: *una nueva alianza mundial: erradicar la pobreza y transformar las economías a través del desarrollo sostenible*. Disponible en [http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/07/HLPReport\\_Spanish.pdf](http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/07/HLPReport_Spanish.pdf)

**15** *Leaving no-one behind: an equity agenda for the post- 2015 goals*. Disponible en <http://www.odi.org.uk/opinion/7924-leaving-no-one-behind-equity-agenda-post-2015-goals>

**16** *Tracking Maternal Mortality Through an Equity Lens*. Disponible en: [http://www.isglobal.org/es/web/guest/publication/-/asset\\_publisher/ljGAMKTwu9m4/content/tracking-maternal-mortality-through-an-equity-lens](http://www.isglobal.org/es/web/guest/publication/-/asset_publisher/ljGAMKTwu9m4/content/tracking-maternal-mortality-through-an-equity-lens)

**17** Presentación de Martin McKee en el seminario de ISGlobal “Building a Global Health Social Contract for the 21st Century” (Barcelona, noviembre de 2013).

**18** Datos tomados de Sudeep Chand, *The fundamentals of an equitable health financing system*. Disponible en [http://www.isglobal.org/documents/10179/25254/13.The\\_Challenge\\_of\\_Financing.pdf/a356bca6-89ec-4c34-9c9a-1aec1d03c1c7](http://www.isglobal.org/documents/10179/25254/13.The_Challenge_of_Financing.pdf/a356bca6-89ec-4c34-9c9a-1aec1d03c1c7) ) y de IHME, *Financing Global Health 2012*, disponible en [http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy\\_report/2011/FGH\\_2012\\_chapter\\_1\\_IHME.pdf](http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/policy_report/2011/FGH_2012_chapter_1_IHME.pdf)

**19** Intervención en el seminario de ISGlobal “Building a Global Health Social Contract for the 21st Century” (Barcelona, noviembre de 2013).

**20** Elovainio & Evans (2013) citados en Chand.

**21** *Equity in extractives*. Disponible en <http://africaprogresspanel.org/publications/policy-papers/africa-progress-report-2013/>

**22** Estas ideas son la base de la propuesta planteada por Rachel Kidell-Monroe en el seminario de ISGlobal. Su trabajo está disponible en <http://www.isglobal.org/documents/10179/25254/A+Non-State+Centric+Governance+Framework+for+GH.pdf/eee78339-2163-4f24-a118-724957b56556>

**23** *Transnational Transparency: Why Does it Matter for Global Health*. Disponible en <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Transnational+Transparency/c419e->

b1e-731d-4bee-86ff-a783ef5eedcb

**24** Ver, por ejemplo, el artículo de Stewart Patrick en *Foreign Affairs The Unruled World: The Case for Good Enough Global Governance*. Disponible en [http://www.foreignaffairs.com/articles/140343/stewart-patrick/the-unruled-world#cid=soc-twitter-at-essay-the\\_unruled\\_world-000000](http://www.foreignaffairs.com/articles/140343/stewart-patrick/the-unruled-world#cid=soc-twitter-at-essay-the_unruled_world-000000).

**25** Disponible en [http://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF\\_assets/NegDis/Docs/NEGDIS\\_report\\_FatalImbalance\\_CrisisInR&D\\_ENG\\_2001.pdf](http://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/NegDis/Docs/NEGDIS_report_FatalImbalance_CrisisInR&D_ENG_2001.pdf)

**26** Ver más detalles en <http://www.reuters.com/article/2014/03/21/us-hepatitis-egypt-gilead-sciences-idUSBREA2K1VF20140321>



# ISGlobal **Instituto de Salud Global Barcelona**

ISGlobal es una iniciativa de:

---

