

COMPENDIO DE LA 3ª EDICIÓN

Prioridades para el control de enfermedades

COMPENDIO DE LA 3ª EDICIÓN

Prioridades para el control de enfermedades

EDITORES

Dean T. Jamison
Rachel Nugent
Hellen Gelband
Susan Horton
Prabhat Jha
Ramanan Laxminarayan
Charles N. Mock

© 2018 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial
1818 H Street NW, Washington, DC 20433
Teléfono: 202-473-1000; sitio web: www.worldbank.org

Reservados algunos derechos

La presente obra fue publicada originalmente por el Banco Mundial en inglés como *Disease Control Priorities* (tercera edición), capítulos de los volúmenes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9, en 2015, 2016, 2017 y 2018. En caso de discrepancias, prevalecerá el idioma original.

Esta obra ha sido realizada por el personal del Banco Mundial con contribuciones externas. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Banco Mundial, de su Directorio Ejecutivo ni de los países representados por este. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos que figuran en esta publicación. Las fronteras, los colores, las denominaciones y demás datos que aparecen en los mapas de este documento no implican juicio alguno, por parte del Banco Mundial, sobre la condición jurídica de ninguno de los territorios, ni la aprobación o aceptación de tales fronteras.

Nada de lo establecido en el presente documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios e inmunidades del Banco Mundial, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Derechos y autorizaciones



Esta publicación está disponible bajo la licencia Creative Commons de Reconocimiento 3.0 para Organizaciones Intergubernamentales (CC BY 3.0 IGO), <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo>. Bajo la licencia Creative Commons de Reconocimiento, queda permitido copiar, distribuir, transmitir y adaptar esta obra, incluso para fines comerciales, en las siguientes condiciones:

Cita de la fuente: La obra debe citarse de la siguiente manera: Jamison, D. T., R. Nugent, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan y C. N. Mock, editores. 2018. *Prioridades para el control de enfermedades: Compendio de la 3ª edición*. Washington, DC: Banco Mundial. Licencia: Creative Commons de Reconocimiento para Organizaciones Intergubernamentales CC BY 3.0 IGO.

Traducciones: En caso de traducirse la presente obra, la cita de la fuente deberá ir acompañada de la siguiente nota de exención de responsabilidad: "La presente traducción no es obra del Banco Mundial y no deberá considerarse traducción oficial de dicho organismo. El Banco Mundial no responderá por el contenido ni los errores de la traducción".

Adaptaciones: En caso de que se haga una adaptación de la presente publicación, la cita de la fuente deberá ir acompañada de la siguiente nota de exención de responsabilidad: "Esta es una adaptación de un documento original del Banco Mundial. Las opiniones y los puntos de vista expresados en esta adaptación son exclusiva responsabilidad de su autor o sus autores y no están avalados por el Banco Mundial".

Contenido de terceros: Téngase presente que el Banco Mundial no necesariamente es propietario de todos los componentes de esta obra, por lo que no garantiza que el uso de los componentes o las partes que son propiedad de terceros no violará los derechos de estos. El riesgo de reclamo derivado de dicha violación correrá por exclusiva cuenta del usuario. En caso de que se desee reutilizar algún componente de esta obra, será responsabilidad del usuario determinar si debe solicitar autorización y obtener dicho permiso del propietario de los derechos de autor. Como ejemplos de componentes se pueden mencionar los cuadros, los gráficos y las imágenes, entre otros.

Cualquier consulta sobre derechos y licencias deberá dirigirse a la siguiente dirección: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.; correo electrónico: pubrights@worldbank.org.

Foto de la portada: © Julio Pantoja/Banco Mundial. Utilizada con la autorización de Julio Pantoja/Banco Mundial. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional.

Diseño interior y portada: Debra Naylor, Naylor Design, Washington, DC.

Fotos de los capítulos: **volumen 1, número 1:** © Shutterstock. Utilizada con la autorización de Shutterstock. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional. **Volumen 2, capítulo 1:** © Frank Spangler/Worldview Images. Utilizada con la autorización de Worldview Images. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional. **Volumen 3, capítulo 1:** © IAEA Imagebank/Dana Sacchetti/IAEA. Utilizada con autorización. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional. **Volumen 4, capítulo 1:** © Global Communities/Juozas Cernius. Utilizada con la autorización de Global Communities. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional. **Volumen 5, capítulo 1:** © WorldFish/M. Yousuf Tushar. Foto original recortada. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>). **Volumen 6, capítulo 1:** © European Union/ECHO/Isabel Coello. Utilizada con la licencia de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>). La foto original fue recortada para que se adaptara a la plantilla. **Volumen 7, capítulo 1:** © Fotos de las Naciones Unidas. Utilizada con la licencia de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/>). **Volumen 8, capítulo 1:** © Foto de Greatstock/Alamy. Utilizada con autorización. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional. **Volumen 9, capítulo 1:** © Frank Spangler/Worldview Images. Utilizada con la autorización de Worldview Images. Para volver a utilizar la imagen se requiere autorización adicional.

Índice

Prólogo de la traducción en español de Jaime Sepúlveda *vii*

Prólogo de Bill y Melinda Gates *xi*

Introducción de Lawrence H. Summers *xiii*

Volumen 9, Capítulo 1. Cobertura universal en salud y acción intersectorial para la salud **1**

Dean T. Jamison, Ala Alwan, Charles N. Mock, Rachel Nugent, David A. Watkins, Olusoji Adeyi, Shuchi Anand, Rifat Atun, Stefano Bertozzi, Zulfiqar Bhutta, Agnes Binagwaho, Robert Black, Mark Blecher, Barry R. Bloom, Elizabeth Brouwer, Donald A. P. Bundy, Dan Chisholm, Alarcos Cieza, Mark Cullen, Kristen Danforth, Nilanthi de Silva, Haile T. Debas, Peter Donkor, Tarun Dua, Kenneth A. Fleming, Mark Gullivan, Patricia García, Atul Gawande, Thomas Gaziano, Hellen Gelband, Roger Glass, Amanda Glassman, Glenda Gray, Demissie Habte, King K. Holmes, Susan Horton, Guy Hutton, Prabhat Jha, Felicia Knaul, Olive Kobusingye, Eric Krakauer, Margaret E. Kruk, Peter Lachmann, Ramanan Laxminarayan, Carol Levin, Lai Meng Looi, Nita Madhav, Adel Mahmoud, Jean-Claude Mbanya, Anthony R. Measham, María Elena Medina-Mora, Carol Medlin, Anne Mills, Jody-Anne Mills, Jaime Montoya, Ole Norheim, Zachary Olson, Folashade Omokhodion, Ben Oppenheim, Toby Ord, Vikram Patel, George C. Patton, John Peabody, Dorairaj Prabhakaran, Jinyuan Qi, Teri Reynolds, Sevket Ruacan, Rengaswamy Sankaranarayanan, Jaime Sepúlveda, Richard Skolnik, Kirk R. Smith, Agnes Soucat, Marleen Temmerman, Stephen Tollman, Stéphane Verguet, Damian Walker, Neff Walker, Yangfeng Wu y Kun Zhao

Volumen 9, Capítulo 2. Prioridades en políticas intersectoriales para la salud **23**

David A. Watkins, Rachel Nugent, Helen Saxenian, Gavin Yamey, Kristen Danforth, Eduardo González-Pier, Charles N. Mock, Prabhat Jha, Ala Alwan y Dean T. Jamison

Volumen 9, Capítulo 3. Cobertura universal de salud y paquetes esenciales de atención médica **45**

David A. Watkins, Dean T. Jamison, Anne Mills, Rifat Atun, Kristen Danforth, Amanda Glassman, Susan Horton, Prabhat Jha, Margaret E. Kruk, Ole F. Norheim, Jinyuan Qi, Stéphane Verguet, David Wilson y Ala Alwan

Volumen 1, Capítulo 1. Cirugía esencial: Mensajes clave de este volumen **71**

Charles N. Mock, Peter Donkor, Atul Gawande, Dean T. Jamison, Margaret E. Kruk y Haile T. Debas

**Volumen 2, Capítulo 1. Salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño:
Mensajes clave de este volumen 89**

Robert E. Black, Neff Walker, Ramanan Laxminarayan y Marleen Temmerman

Volumen 3, Capítulo 1. Resumen 113

Hellen Gelband, Prabhat Jha, Rengaswamy Sankaranarayanan, Cindy L. Gauvreau y Susan Horton

Volumen 4, Capítulo 1. Prioridades globales para abordar la carga de los trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias 135

Vikram Patel, Dan Chisholm, Rachana Parikh, Fiona J. Charlson, Louisa Degenhardt, Tarun Dua, Alize J. Ferrari, Steven Hyman, Ramanan Laxminarayan, Carol Levin, Crick Lund, María Elena Medina-Mora, Inge Petersen, James G. Scott, Rahul Shidhaye, Lakshmi Vijayakumar, Graham Thornicroft, y Harvey A. Whiteford en nombre del grupo de autores DCP MNS

Volumen 5, Capítulo 1. Enfermedades cardiovasculares, respiratorias y otras enfermedades asociadas: Mensajes clave e intervenciones esenciales para enfrentar su carga en países de ingreso bajo y mediano 165

Dorairaj Prabhakaran, Shuchi Anand, David A. Watkins, Thomas A. Gaziano, Yangfeng Wu, Jean-Claude Mbanya y Rachel Nugent en representación del grupo de autores de DCP3 ECVR

Volumen 6, Capítulo 1. Principales enfermedades infecciosas: Mensajes clave de Prioridades para el control de enfermedades, tercera edición 187

King K. Holmes, Stefano Bertozzi, Barry R. Bloom, Prabhat Jha, Hellen Gelband, Lisa M. DeMaria y Susan Horton

Volumen 7, Capítulo 1. Prevención de lesiones y salud ambiental: Mensajes clave de Prioridades para el control de enfermedades, tercera edición 217

Charles N. Mock, Kirk R. Smith, Olive Kobusingye, Rachel Nugent, Safa Abdalla, Rajeev B. Ahuja, Spenser S. Apramian, Abdulgafoor M. Bachani, Mark A. Bellis, Alexander Butchart, Linda Cantley, Claire Chase, Mark Cullen, Nazila Dabestani, Kristie L. Ebi, Xiagming Fang, G. Gururaj, Sarath Guttikunda, Jeremy J. Hess, Connie Hoe, Guy Hutton, Adnan A. Hyder, Rebecca Ivers, Dean T. Jamison, Puja Jawahar, Lisa Keay, Carol Levin, Jiawen Liao, David Mackie, Kabir Malik, David Meddings, Nam Phuong Nguyen, Robyn Norton, Zachary Olson, Ian Partridge, Margie Peden, Ajay Pillarisetti, Fazlur Rahman, Mark L. Rosenberg, John A. Staples, Stéphane Verguet, Catherine L. Ward y David A. Watkins

Volumen 8, Capítulo 1. Salud y desarrollo en el niño y el adolescente: La oportunidad del potencial desatendido 241

Donald A. P. Bundy, Nilanthi de Silva, Susan Horton, George C. Patton, Linda Schultz y Dean T. Jamison

Prólogo de la traducción en español

“Prioridades para el control de enfermedades, 3ª edición”

Jaime Sepúlveda

Universidad de California, San Francisco, San Francisco, California, Estados Unidos

ANTECEDENTES DE ESTA OBRA

Casi un cuarto de siglo ha transcurrido desde la publicación en 1993 por el Banco Mundial del libro “Prioridades para el control de enfermedades.” El gran mérito de esta influyente publicación consistió en identificar por vez primera las intervenciones en salud con mayor impacto al menor costo, para combatir las principales causas de enfermedad y muerte en países con bajos recursos. Además, logró establecer la noción de la salud como una inversión en capital humano, y no como un gasto. En 2006, se publicó una segunda edición de *Prioridades para el control de enfermedades*, que actualizó al libro anterior con aún mayor evidencia científica, y ampliando sus recomendaciones de políticas públicas en salud.

La tercera edición de *Prioridades para el control de enfermedades*—que comprende 9 volúmenes, y es producto de una década de trabajo por más de 300 expertos de todo el mundo—ve la luz en 2018. Este compendio en español resulta de la traducción de los principales capítulos de la versión original en inglés del Banco Mundial, y aparece en forma casi simultánea a dicha publicación. Los 3 primeros capítulos incluidos en este compendio presentan una síntesis de las recomendaciones de política intersectorial y de paquetes esenciales de atención médica. Los 8 capítulos subsiguientes presentan análisis y recomendaciones específicas para cada una de las condiciones de salud seleccionadas.

Esta es la primera ocasión que se presentan los hallazgos y recomendaciones de *Prioridades para el control de enfermedades* en nuestra lengua, lo que seguramente aumentará su lectura e impacto en países hispanoparlantes.

PROPÓSITO Y AUDIENCIAS

El propósito principal de esta tercera edición es proveer sólida evidencia a tomadores de decisión en países ingreso bajo y mediano sobre las políticas inter-sectoriales e intervenciones del sector salud con mayor retorno a la inversión. Se intenta delinear los paquetes de intervención óptimos para ser ofrecidos en los distintos niveles de atención—desde la salud poblacional hasta hospitales de referencia—para lograr el mayor impacto en salud con los recursos disponibles. Las recomendaciones y paquetes de intervenciones que se presentan en este libro tienen distinto nivel de complejidad—y por ende costo—según el nivel económico de los países de ingreso bajo o mediano.

Es obvio que tanto las intervenciones clínicas como las de salud pública dependen de la capacidad del sistema de salud de un país dado para brindar servicios, teniendo en cuenta que algunas intervenciones son más exigentes que otras en términos de infraestructura y recursos humanos. Por ello, tanto los costos como la probabilidad de éxito de las intervenciones más complejas obedecen a la capacidad de salud en el lugar. Además, las decisiones sobre qué intervenciones deben tener prioridad dependerá de la carga local de la enfermedad, la infraestructura de salud, y otros factores sociales, amén del análisis de costo-efectividad.

En suma, se presentan aquí 21 “paquetes de salud”, organizados según especialidades médicas. Estos paquetes contienen intervenciones tanto de políticas inter-sectoriales, como intervenciones inherentes a los sistema de salud. Los paquetes fueron seleccionados con base en criterios de costo-efectividad, carga de enfermedad, así como su potencial real de implementación. Este libro

esta primordialmente dirigido a funcionarios de ministerios de salud y finanzas en países en desarrollo, aunque otra audiencia natural la representan profesionistas de las ramas médicas seleccionadas en los primeros 8 capítulos, quienes frecuentemente trabajan en condiciones difíciles y con poco acceso a información actualizada.

DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Son notables los avances registrados en salud en países ingreso bajo y mediano desde el cambio de siglo. Esto es producto de varios factores: mayor voluntad política; nuevas instituciones multilaterales; y mayor financiamiento externo e interno. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas fueron reflejo de la voluntad de los 189 países firmantes por alcanzar metas concretas de desarrollo humano para 2015. Aunque sólo algunos países lograron cumplir las ambiciosas metas en salud, el hecho es que la mayoría de las naciones en el mundo tuvieron avances importantes en reducir la mortalidad materna y en menores de 5 años, y en el control de enfermedades infecciosas. América Latina, por cierto, destaca como una región con una acelerada transición epidemiológica. Dos instituciones multilaterales creadas a la vuelta del siglo—y que han tenido un importante impacto en salud—son el Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y La Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI). Lo más trascendente, sin embargo, es el aumento en el financiamiento externo e interno en salud. Esta mayor inversión en salud es en alguna medida consecuencia de las publicaciones previas de *Prioridades para el control de enfermedades*; en su prólogo a este libro, Bill y Melinda Gates lo reconocen como inspiración para crear su generosa fundación.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible fueron firmados en la sede de Naciones Unidas en 2015, y establecen metas aun más ambiciosas en desarrollo humano y protección al planeta. Más allá del debate si dichas metas son cuantificables o realizables, lo importante es que apuntan a una legítima aspiración y fijan plazos. Lo que los Objetivos de Desarrollo Sostenible carecen es de un mapa de ruta. ¿Qué deben hacer, y cuánto deberán invertir los países de ingreso bajo y mediano para alcanzar dichas metas en salud para 2030? ¿Por dónde empezar y qué deben priorizar? Es aquí precisamente donde la aportación de esta tercera edición de *Prioridades para el control de enfermedades* se convierte en un instrumento de gran utilidad. Los enfoques basados en evidencia deben ser la base para asignar recursos escasos.

Los países de escasos recursos no pueden darse el lujo de no utilizar los métodos más eficientes para organizar y implementar la atención a la salud.

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y PAQUETES ESENCIALES

Ningún país, por rico que sea, puede ofrecer todos los servicios a toda la población. La aspiración de alcanzar Cobertura Universal de Salud (CUS)—promovida por las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud—implica que toda la población tenga acceso a servicios y medicamentos esenciales de salud de buena calidad, además de proveer protección financiera. La CUS tiene tres dimensiones fundamentales: proporción de población atendida, proporción de gastos prepagados, y proporción de servicios de salud (de menor a mayor complejidad). Este libro propone una “universalización progresiva”, en donde la primera prioridad es la cobertura de toda la población, seguida de gastos pre pagados. Por ejemplo, en países con muy escasos recursos, la intervención con mayores dividendos en salud sería alcanzar la vacunación universal con financiamiento público; es decir, a todos los niños, con todas las vacunas en forma gratuita. Se pueden ir agregando progresivamente otras intervenciones altamente costo-efectividad, empezando siempre con los sectores mas pobres de la población. A la selección de un conjunto de prioridades en salud integradas en paquetes de intervenciones, como vector para definir las políticas y estructura de un sistema de salud, se le ha dado en llamar el “enfoque diagonal”.

CONVERGENCIA

Aunque siguen existiendo enorme desigualdades en salud entre países, y también al interior de los mismos, también es cierto que las brechas en salud han ido disminuyendo en los últimos 25 años. La esperanza de vida al nacer es un sensible indicador agregado que mide el nivel de salud y desarrollo de una sociedad. La brecha en la esperanza de vida entre países se va haciendo menor. Un ejemplo que presentan los autores de este libro es el de Chile. Hace un siglo, la esperanza de vida en Chile era de 32 años, mientras que en Australia era casi del doble. Hoy en día, Chile tiene una esperanza de vida de 81 años, esencialmente igual a la de Australia (y por cierto, 3 años superior a la de Estados Unidos, lo que habla del eficiente sistema de salud en Chile). Un propósito central de *Prioridades para el control de enfermedades* es proporcionar información para ayudar a cerrar esas brechas, y de ahí surge el concepto que se propone en este libro de

convergencia en salud. Gracias a los adelantos científicos y tecnológicos a nuestro alcance actualmente, y con las inversiones y paquetes aquí propuestos, es factible lograr que la esperanza de vida en países de ingreso bajo y mediano se acerque a la de países más favorecidos.

MENSAJES PRINCIPALES

1. La selección de paquetes de intervenciones—tanto propias del sistema de salud como otras inter-sectoriales—se llevó a cabo en esta obra bajo criterios de valor por dinero, carga de enfermedad y factibilidad de implementación.
2. Los 21 paquetes seleccionados tienen 5 diferentes plataformas para su oferta: desde el nivel poblacional hasta hospitales de referencia, pasando por clínicas de atención primaria.
3. De acuerdo a su nivel de desarrollo, los países pueden optar desde un paquete de máxima prioridad (y de menor costo) hasta paquetes de mayor cobertura de intervenciones que lleguen a alcanzar una cobertura universal de salud esencial. La plantilla de paquetes propuesta en esta publicación deberá ser adaptada a las condiciones epidemiológicas y financieras de cada país.
4. Para intentar cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los países de ingreso bajo y mediano

tendrían que lograr evitar 40% de muertes prematuras (en menores de 70 años) para el año 2030. Los paquetes de intervenciones aquí propuestos sirven como un mapa de ruta para que estos países se acerquen al cumplimiento de las metas a un costo importante pero accesible.

5. Esta inversión en salud redividirá en importantes dividendos en reducir la carga de enfermedad, al propio tiempo que los niveles locales de pobreza. Se estima que los beneficios económicos de invertir en servicios esenciales de salud son 10 veces mayores que los costos.

He tenido el privilegio de observar la contribución intelectual e impacto de *Prioridades para el control de enfermedades* desde la primera edición, y contribuir en forma modesta a las dos ediciones posteriores. El liderazgo de el gran economista de la salud Dean Jamison, como autor y editor principal de las tres ediciones, ha sido la clave del éxito de esta larga empresa. Esta tercera edición representa el esfuerzo de una década por parte de una gran cantidad de personas e instituciones. La mayor recompensa a su contribución será la adopción o adaptación de las recomendaciones aquí presentadas, y su traducción en mayor salud y equidad en los países de nuestra región.

Prólogo

Bill y Melinda Gates

Fundación Gates, Seattle, Washington, Estados Unidos

Durante los pasados 25 años, muchos países han alcanzado mejoras significativas en la salud y bienestar humanos. Persisten problemas considerables, y todavía es necesario atender inequidades terribles para aligera el sufrimiento de los más pobres y vulnerables del mundo. Pero eso no disminuye varios logros notables: desde principios de la década de 1990, el mundo ha visto reducciones sustanciales en la pobreza extrema; mortalidad materna e infantil, y la incidencia de enfermedades fatales y debilitantes, tales como la tuberculosis, el paludismo, y el VIH/sida. La incidencia de polio ha disminuido en 99%, y acercado al mundo al punto de erradicar una de las principales enfermedades infecciosas apenas por segunda vez en la historia.

El crédito por estos y otros avances en salud global pertenece a muchas instituciones, gobiernos e individuos, entre estos últimos los investigadores que organizaron y contribuyeron a la primera y segunda ediciones de *Prioridades para el control de enfermedades*. Esperamos y confiamos en que esta tercera edición también tendrá un impacto sanitario considerable.

La primera edición, *DCPI*, fue publicada por el Banco Mundial en 1993. Fue el primer esfuerzo comprensivo para evaluar sistemáticamente la eficacia de las intervenciones contra las principales enfermedades de países de ingreso bajo y mediano. *DCPI* analizó también los costos relativos de las intervenciones, permitiendo que los creadores de políticas y donantes de ayuda tomaran mejores decisiones sobre cómo distribuir los escasos dólares para la salud para lograr el mayor impacto posible. *DCPI* ayudó a lograr cambios notables en la manera en que los países y la comunidad global invierten en salud.

Indirectamente, *DCPI* también influyó en nuestra decisión personal de dedicar mucha de nuestra filantropía a mejorar la salud de las personas en países pobres.

Esto ocurrió porque los datos de *DCPI* fueron un fundamento para el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993* del Banco Mundial, que se enfocó en invertir en salud y catalizó nuestro pensamiento sobre cómo y dónde podríamos marcar la diferencia. Nos sorprendió leer que 11 millones de niños pequeños morían cada año por causas prevenibles como neumonía, diarrea, paludismo, y otras infecciones poco comunes o poco fatales en el mundo desarrollado. Nos conmocionaron las disparidades en los resultados de salud entre países ricos y pobres. Cada página decía a gritos que la vida humana no estaba siendo valorada como debiera.

Adicionalmente, abrimos los ojos al hecho de que la mayor parte de las muertes prevenibles y casos de discapacidad en países de ingreso bajo eran causados no por cientos de enfermedades, sino por relativamente pocas, y que los costos de prevenirlas y tratarlas eran usualmente bajos, en relación con los beneficios. Nuestra conmoción se convirtió en emoción. Aquí había puntos de apoyo sobre los cuales podríamos trabajar para reducir la inequidad y ayudar a hacer realidad un mundo donde cada persona tenga la oportunidad de vivir una vida saludable y productiva.

DCP2, publicado en 2006, volvió a avanzar la conversación sobre salud global. Si *DCPI* se enfocó en los beneficios y costos de intervenciones contra enfermedades individuales, los colaboradores de *DCP2* también consideraron la forma en la que los países podrían generar un impulso mayor al organizar sus esfuerzos alrededor de plataformas de salud de propósito múltiple, desde clínicas de pueblo hasta programas de salud en escuelas y hospitales de distrito con servicios de emergencias y unidades de cirugía.

DCP2 mostró cómo las inversiones en plataformas de salud, especialmente para atención primaria basada en la comunidad, podrían magnificar el impacto a pesar de los

presupuestos limitados. Varios países, particularmente la India y Etiopía, han adoptado este enfoque con buenos resultados.

De formas importantes y útiles, esta tercera edición de *Prioridades para el control de enfermedades* amplía más aun el marco de discusión de las políticas y prioridades en salud, atendiendo de forma innovadora las necesidades diversas de países en diferentes etapas de desarrollo de sus sistemas de salud. Esta edición traza la ruta —paquetes esenciales de intervenciones relacionadas y costo-efectivas que los países pueden valorar para acelerar su progreso hacia la cobertura de salud universal. *DGP3* también llama la atención hacia los efectos catastróficos de empobrecimiento que muchos procedimientos médicos pueden tener en familias pobres. Este análisis, combinado con datos sobre la productividad perdida causada por varias enfermedades, provee claves sobre cómo la inversión en salud, particularmente en el

acceso expandido al aseguramiento en salud y la atención prepago, puede no sólo salvar vidas, sino también aliviar la pobreza y reforzar la seguridad financiera.

A lo largo de las tres ediciones, algunas conclusiones permanecen constantes. La vacunación infantil, los programas de nutrición y el acceso a tratamiento para infecciones comunes son intervenciones con retornos enormes en términos de vidas salvadas y sufrimiento evitado. La planeación familiar, los programas de salud materna y la equidad de género benefician a comunidades y a la sociedad en su conjunto. Las principales enfermedades infecciosas pueden ser vencidas a través de esfuerzos colaborativos e internacionales, como han mostrados los últimos 25 años. En general, mejorar la salud de las personas más vulnerables del mundo sigue siendo una de las mejores inversiones que la comunidad global puede continuar haciendo para el logro de un mundo mejor y más seguro.

Introducción

Lawrence H. Summers

Universidad de Harvard, Boston, Massachusetts, Estados Unidos

La mayoría de los economistas se enorgullece de combinar la preocupación social con el análisis riguroso. Esta característica la comparten con una vertiente importante de la comunidad de derechos humanos que trabaja en salud global. El difunto Jonathan Mann, por mencionar un ejemplo destacado, al mismo tiempo que defendía una visión idealista de la salud como un derecho humano para todos creó, casi desde cero, el eficaz y pragmático programa global contra el sida de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Paul Farmer continúa brindando su liderazgo global en la defensa de la salud como derecho humano, pero enfatiza, correctamente, que esta defensa por sí sola resulta insuficiente. En *Compañeros en Salud*, una organización que cofundó con Jim Kim (ahora presidente del Banco Mundial), Farmer creó un vehículo para ir más allá de la abogacía y desarrollar las dimensiones prácticas de la aspiración de proveer la calidad más alta de atención a la salud en el Haití rural, Rwanda y otras zonas. En su ensayo “Repensando la salud y los derechos humanos”, Farmer señala la importancia de la investigación en esta agenda: “El propósito de esta investigación debería ser realizar un mejor trabajo al llevar los frutos de la ciencia y la salud pública a las comunidades más pobres” (2010, p. 456). Farmer y yo podríamos tener una percepción diferente sobre las contribuciones que han hecho a lo largo del tiempo el Banco Mundial y otras instituciones financieras internacionales. Pero creo que es justo decir que la tarea pragmática de utilizar el conocimiento técnico para arrojar luz sobre las necesidades de los pobres es una meta común —y una que la serie *Prioridades para el control de enfermedades* ha buscado avanzar por más de dos décadas.

Cada año la publicación insignia del Banco Mundial, el *Informe sobre el desarrollo mundial* (IDM), intenta conjuntar conocimiento e inspirar acciones que sirvan a

las comunidades más pobres del mundo. Estos informes desarrollan y evalúan investigación y evidencia adicional sobre un tema en particular para alimentar las políticas del propio Banco Mundial y estimular el diálogo entre los países miembros, otras agencias de desarrollo, la sociedad civil y la comunidad académica. Los IDM son probablemente la publicación económica de más amplia distribución en el mundo. Son preparados por la rama de investigación del Banco Mundial, bajo la dirección de su economista en jefe, una posición que tuve la fortuna de ocupar en el periodo 1991-93. Seleccioné la salud como el tema para el *IDM 1993*.

¿Por qué la salud? Primero, porque la salud y la pobreza se entretajan íntimamente, y tener un IDM sobre la salud brindó una oportunidad de mejorar la comprensión sobre la meta central del Banco Mundial de reducir la pobreza. Segundo, la salud representa un área donde los gobiernos pueden jugar un papel necesario y constructivo. Y tercero, yo creía que los beneficios potenciales de lograr una política de salud eficaz eran enormes. De esta forma, el *IDM 1993: Invertir en salud* se publicó en junio de 1993 (Banco Mundial 1993).

Varias características dominaban el paisaje de la salud global al momento del *IDM 1993*. Primero, y de la manera más visible, la epidemia de VIH/sida emergió de la nada para convertirse en un problema mayúsculo en África y globalmente. Segundo, pero de forma mucho menos evidente, las políticas de los gobiernos para controlar la desnutrición, la sobrefecundidad y las infecciones habían comenzado a dar frutos. Consolidar y expandir el alcance de estos éxitos prometía enormes beneficios. Como consecuencia del éxito, sin embargo, China y otros países con un avance incipiente ya estaban experimentando un crecimiento relativo sustancial en su población de mayores —y un crecimiento concomitante en la incidencia de cáncer, enfermedad del corazón

y accidente cerebrovascular—. La intervención contra estas enfermedades es menos decisiva y frecuentemente mucho más cara que la intervención contra infecciones. Los creadores de políticas experimentaron entonces fuertes presiones para derivar recursos desde el redituable control de infecciones hacia la respuesta a enfermedades no transmisibles.

En respuesta a estas características del paisaje de salud, el equipo de políticas del Banco Mundial había iniciado una revisión de las prioridades para el control de enfermedades. Su propósito era identificar respuestas eficaces pero costeables a las epidemias de VIH/sida y enfermedades no transmisibles, al tiempo que se ampliaban los éxitos en el control de las infecciones infantiles. El trabajo en el *IDM 1993* comenzó cuando la revisión de prioridades estaba finalizando. Los análisis detallados del valor por dinero en esa revisión brindaron fuertes cimientos conceptuales para el *IDM 1993*. Oxford University Press publicó el *IDM 1993* y la primera edición de *Prioridades para el control de enfermedades en los países en desarrollo* casi al mismo tiempo (Jamison, Mosley, Measham y Bobadilla 1993; Banco Mundial 1993).

En ocasión del 20º aniversario de la publicación del *IDM 1993*, *The Lancet* me invitó a encabezar una comisión para reevaluar las políticas de salud a la luz de dos décadas de cambio notable (mayormente para bien) en las instituciones de salud y relacionadas alrededor del mundo. *Salud Global 2035*, el reporte de la Comisión *Lancet* sobre Inversión en Salud (Jamison, Summers y cols. 2013) hizo inventario de estos cambios y derivó implicaciones en política para las próximas décadas. Quizá el mensaje más importante de *Salud Global 2035* es que nuestra generación, de forma única en la historia, tiene los recursos y el conocimiento para cerrar, en el lapso de una generación, la mayor parte de la brecha enorme en salud entre los ricos y pobres. El trabajo de la Comisión *Lancet* brindó un marco de política para este volumen final de la tercera edición de *Prioridades para el control de enfermedades (DCP3)*. Para decisores orientados a la evidencia en ministerios y agencias de desarrollo, y para una comunidad más amplia, la serie *DCP* ha provisto (como lo hizo para *Salud Global 2035*), un patrimonio de información relevante para fundamentar las políticas dirigidas a mejorar la salud y reducir la pobreza por envejecimiento.

Permítanme cerrar colocando *DCP3* en un contexto no sólo de formulación de políticas en salud, sino de políticas macroeconómicas. La política macroeconómica comprende tres componentes principales:

- Establecer y asegurar un ambiente para el crecimiento económico inclusivo. Crear este ambiente incluye el financiamiento de la seguridad interna

e internacional, el aseguramiento de contratos y derechos de propiedad, regulación de flujos transfronterizos (bienes y servicios, capital, personas), y el establecimiento de infraestructura amplia y regulación del sistema financiero. El calentamiento global y el riesgo de pandemias graves presentan retos particulares para el crecimiento económico de largo plazo. En el capítulo 18 de este volumen, informo sobre trabajo emprendido con varios colegas que evalúa la magnitud del riesgo de influenza pandémica (Fan, Jamison y Summers 2018). Baste decir que las pandemias de baja probabilidad pero potencialmente devastadoras presentan un riesgo global —pero particularmente un riesgo para países de ingreso bajo que requiere su inclusión en la agenda de política macroeconómica.

- Establecer mecanismos para el aseguramiento social —aquél que garantice la seguridad de ingreso en edad avanzada y provea una red de seguridad financiera contra la discapacidad permanente, la pérdida temporal del empleo y el poco poder adquisitivo, y brinde protección financiera contra los gastos médicos—. El análisis de costo-efectividad extendido de *DCP3* introduce un enfoque para la compra eficiente de protección financiera contra gastos médicos.
- Asignar recursos dentro y a través de aquellos sectores donde los niveles eficientes de inversión requieren financiamiento público sustancial. Estos sectores incluyen gran parte de la infraestructura física, investigación, educación, protección ambiental y salud poblacional.

Los métodos y conclusiones de *DCP3* proveen una orientación crítica sobre la asignación de recursos para y dentro del sector salud. Gastar los recursos disponibles para inversión en salud en las intervenciones equivocadas es peor que ineficiente: cuesta vidas. Como lo dejan claro los hallazgos de *DCP3*, existen grandes variaciones en el número de vidas que pueden ser salvadas con un millón de dólares gastados en diferentes intervenciones. Transferir recursos de las intervenciones de bajo a las de alto retorno es, por lo tanto, un imperativo moral. Y los recursos disponibles para el sector salud no deben darse por sentado. La consideración cuidadosa del retorno social de incrementar la fracción del sector salud respecto de los presupuestos nacionales y el ingreso nacional sugiere que, en muchos países, los creadores de políticas macroeconómicas subinvierten en salud.

Mi propia carrera se ha centrado en la política macroeconómica y en la investigación para mejorarla. A lo largo de los años crecientemente he llegado a la conclusión de que tener las políticas en salud correctas contribuye de manera importante a mejorar las

dimensiones de aseguramiento social e inversión del sector público de la política macroeconómica. Por esta razón, he seguido de cerca la evolución de 20 años de la agenda de prioridades para el control de enfermedades. Esta nueva edición continúa la tradición de *DCP* de alimentar la selección eficiente de intervenciones en salud. Y extiende esa agenda para dar sustento a elecciones donde la política de salud puede contribuir a la reducción de la pobreza tanto como a la mejora de la salud.

REFERENCIAS

Fan, V. Y, D. T. Jamison, and L. H. Summers. 2018. "The Loss from Pandemic Influenza Risk." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 9, *Disease Control Priorities: Improving*

Health and Reducing Poverty, edited by D. T. Jamison, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan, C. N. Mock, and R. Nugent. Washington, DC: World Bank.

Farmer, P. 2010. "Rethinking Health and Human Rights: Time for a Paradigm Shift." In *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*, chapter 21, 435–70, edited by H. Saussy. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.

Jamison, D. T., W. H. Mosley, A. R. Measham, and J. L. Bobadilla, eds. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press for the World Bank.

Jamison, D. T., L. H. Summers, G. Alleyne, K. J. Arrow, S. Berkley, and others. 2013. "Global Health 2035: A World Converging within a Generation." *The Lancet* 382 (9908): 1898–1955.

World Bank. 1993. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press and World Bank.

