

DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2004

**LAS ENFERMERAS
TRABAJAN CON LOS POBRES Y
EN CONTRA DE LA POBREZA**

**Carpeta de herramienta de
información y acción**



Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, (por impresión, fotocopia, microcopia o cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión en cualquier forma y su venta, sin autorización expresa y por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2004 by ICN – Consejo Internacional de Enfermeras,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)

ISBN: 92-95005-98-8

TRABAJAN CON LOS POBRES

Índice

Mensaje del CIE	1
Introducción	3
Capítulo primero – Entender la pobreza	5
Capítulo segundo – Escuchar la voz de los pobres: Perfil y análisis de la pobreza	11
Capítulo tercero – Pobreza y salud: Vínculo mortal	17
Capítulo cuarto – Abordar los problemas de la salud y la pobreza: Deshacer el vínculo	25
Capítulo quinto – Políticas de salud favorables a los pobres: Marco para la acción	29
Anexo 1 – Acción contra la pobreza – En favor de la salud	39
Anexo 2 – Metas de desarrollo para el milenio	41
Anexo 3 - Comunicado de prensa: <i>Los pobres tienen una vida más corta y enfermedades más frecuentes que los ricos; Las enfermeras atacan la pobreza y su vínculo con la mala salud</i>	43
Anexo 4 - Datos y cifras: La verdadera historia de la pobreza y la salud	45
Anexo 5 – Declaración de posición sobre <i>Enfermería y desarrollo</i>	47
Anexo 6 – Declaración de posición sobre <i>Servicios de salud asequibles financiados por el sector público</i>	49
Anexo 7 – Declaración de posición sobre <i>Acceso universal al agua potable</i>	51

Las enfermeras trabajan con los pobres y en contra de la pobreza

Estimadas colegas:

La pobreza es la mayor lacra a que nos enfrentamos hoy. Por ello, el CIE ha optado por centrarse en la pobreza, como tema del DIE para este año. Unos 1.200 millones de personas viven en extrema pobreza, es decir, con menos de 1 dólar al día. Esto significa que carecen de lo indispensable para satisfacer las necesidades básicas de una vida sana: alimentación, agua, vestido, vivienda y atención de salud adecuados. Además, otros 2.800 millones de personas viven con menos de 2 dólares al día.

La pobreza y la mala salud van unidas y a los pobres corresponde una carga desproporcionada de enfermedad. Los 1.200 millones de personas más pobres soportan las dos terceras partes de las enfermedades transmisibles del mundo, de la mortalidad materna y perinatal, y de las deficiencias nutricionales. La especial crueldad de la pobreza es el círculo vicioso por el cual las personas no tienen acceso a la salud, a la educación ni a otros medios de incrementar sus ingresos y mejorar su estado de salud. Sin embargo, sin una buena salud las posibilidades de que la persona evite la pobreza quedan gravemente disminuidas.

¿Qué podemos hacer en tanto que enfermeras? Sabemos que mediante las inversiones en educación, en atención de salud y en una sólida política social pueden mejorarse los resultados de salud. Asimismo sabemos que la salud es un activo, por lo que fomentarla y protegerla ha de ser una de nuestras principales preocupaciones. Esto significa que hemos de cerciorarnos de que estamos formados en lo que son los factores determinantes de la salud, en la capacitación, y en el trabajo con las comunidades y los grupos vulnerables para resolver sus necesidades exclusivas.

Podemos trabajar para conseguir que se trate a los pobres con respeto, y de hecho trabajamos para influir en las políticas y programas, con el fin de conseguir que en su diseño se tengan presentes a los pobres y a los más vulnerables. Podemos influir en favor de unas normas del trabajo equitativas, puestos de trabajo seguros, igualdad de derechos para la mujer (que representa el 70% de los más pobres), e influir también para conseguir la igualdad de acceso a los servicios de salud.

Las enfermeras son, entre las profesiones de salud, las que más confianza merecen. Podemos hacer mucho para trabajar con los pobres y en beneficio de los pobres. Colaboramos con ellos para conseguir que su voz se oiga, que se les incluya en las decisiones que les afectan, y que se aborden las desigualdades de acceso, de empleo, de servicios, de género, de etnia y de raza.

Trabajando al lado de los clientes, de los dispensadores de servicios, de los dirigentes de la comunidad, de los elaboradores de las políticas y de los políticos, haremos lo que nos corresponde para reducir la plaga de la pobreza.

Atentos saludos,

Christine Hancock
Presidenta

Judith A. Oulton
Directora general

LAS ENFERMERAS:

Trabajan con los pobres y en contra de la pobreza

Introducción

Las enfermeras saben que la buena salud es condición previa para el desarrollo económico y social sostenible. Son conscientes de que cuando las personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas por motivos de pobreza, son más propensas a las enfermedades y aumentan las tasas de mortalidad.

La salud influye en todos los aspectos del comportamiento de la persona. De que nos sintamos llenos de energía, o débiles, cansados o sufriendo puede depender que podamos contribuir a la familia y a la comunidad. La salud deficiente en un porcentaje importante de la población es un grave obstáculo para el desarrollo social y económico. Las acciones que emprenden las enfermeras para promover la salud, prevenir la enfermedad, aliviar el sufrimiento y contribuir a la curación y a la rehabilitación pueden ayudar a las personas a llevar una vida sana y productiva.

Con el tema y el conjunto de instrumentos del Día Internacional de la Enfermera de este año, el Consejo Internacional de Enfermeras persigue el objetivo de hacer a éstas más conscientes de los vínculos entre la pobreza y la salud, y sugerir cursos de acción multilateral destinados a reducir la pobreza y mejorar la salud.

CAPÍTULO PRIMERO

Entender la pobreza

“La pobreza es la peor forma de violencia.” Mahatma Gandhi

La pobreza es un problema complejo y generalizado en el mundo entero. Más de la mitad del mundo en desarrollo y en transición vive en la pobreza: más de 1.200 millones de personas, el 23% de la población mundial, viven con 1 dólar EE.UU., o menos, al día. Otros 1.600 millones de personas se las arreglan con entre 1 y 2 dólares al día.¹

“La pobreza puede definirse como una condición humana caracterizada por la privación crónica y prolongada de los recursos, capacidades, opciones, seguridad y poder necesarios para gozar de un adecuado nivel de vida y los demás derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales”.

Comité de las Naciones Unidas para los
Derechos Económicos, Sociales y
Culturales (2001)

Todos los seres humanos tienen unas necesidades básicas. Entre ellas hay requisitos físicos como el agua potable, el alimento, la energía para vivir, las relaciones psicosociales y espirituales, la protección del medio ambiente, la vivienda y seguridad adecuadas, y las posibilidades de desarrollo y cuidados personales, con inclusión del acceso a la educación básica y a los servicios de salud.²

Las personas que viven en la pobreza luchan por satisfacer aun esas necesidades sumamente básicas. A esa lucha va unida una pérdida de dignidad que muchas veces se describe como la característica más dañina y

debilitadora de la pobreza.³

Las múltiples caras de la pobreza

La pobreza tiene muchas facetas y muchas dimensiones. Puede considerarse que una persona es pobre porque sus ingresos son bajos, por sus necesidades básicas insatisfechas, o por ambas cosas. La pobreza es una condición que va más allá de la falta de ingresos y va unida a la falta de poder, la humillación y un sentido de exclusión del acceso a los bienes y a los servicios sociales. Si definimos la pobreza sólo como un nivel de ingresos, o como la incapacidad para adquirir el alimento básico y la vivienda, limitamos nuestra capacidad para entender sus verdaderas características e intervenir eficazmente para mejorar las cosas. La pobreza es una condición humana, un modo de vida que influye en todas las interacciones de la persona con el mundo que la rodea. La pobreza extrema se caracteriza por la falta de recursos materiales y por la falta de

capacidad, de opción, de seguridad, de poder y de posibilidad de disfrutar los derechos naturales del ser humano.⁴

En las Directrices sobre pobreza y salud, elaboradas por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y por la Organización Mundial de la Salud (OCDE/OMS), se definen cinco dimensiones fundamentales que reflejan la privación de las capacidades humanas:⁵

- Económica (ingresos, modo de vida, trabajo decente);
- Humana (salud, educación);
- Política (capacitación, derechos, tener voz);
- Sociocultural (condición, dignidad);
- De protección (inseguridad, riesgo, vulnerabilidad).

Para llevar a efecto las intervenciones que mejoran la vida de los pobres, es importante entender las numerosas dimensiones de la pobreza. Por ejemplo, para reducir la pobreza en todos sus aspectos son esenciales las medidas que mejoren la igualdad de los géneros.

Las líneas de la pobreza

Las líneas de la pobreza son un instrumento útil y práctico para medirla. La línea de pobreza recurre a indicadores para separar a los pobres de los que no lo son, sobre la base de la definición de pobreza que dé un país.⁶ Una línea de pobreza se establece según los ingresos o el consumo necesarios para mantener unos requisitos nutricionales y otras necesidades mínimas. Por ejemplo, puede ser que en un país se considere que las personas que viven por debajo de la línea de la pobreza son las que tienen unos ingresos inferiores a los ingresos anuales medios. En otro país, puede considerarse que están por debajo de la línea de la pobreza las personas cuya ingesta calórica es inferior al requisito diario recomendado.

El Banco Mundial define la pobreza del mundo según la norma de los países pobres, que utilizan el nivel de 1 dólar EE.UU. diario (en moneda local) para marcar la línea de la pobreza.⁷

Debe procederse con cautela al interpretar las líneas de la pobreza. Por ejemplo, ¿debe considerarse que no es pobre una familia con ingresos superiores a la línea de la pobreza, pero que carece de acceso a servicios básicos de salud y educación o al agua potable segura? Puede ser que si la pobreza se interpreta sólo sobre la base del dinero, esta familia no se califique como pobre, pero en una interpretación multidimensional sí se la clasificaría como tal.

Tipos de pobreza

La pobreza se presenta de muchas formas. Si bien los distintos tipos tienen características comunes, cada uno de ellos tiene sus propias causas y efectos y, por ello, han de considerarse por separado al elaborar las estrategias de intervención.

- **Pobreza extrema o absoluta** – Es la privación de los elementos necesarios para sostener la vida y la salud: alimentos adecuados, agua potable, vivienda, tierra, empleo y seguridad. Las personas que viven en esta categoría muy probablemente vuelven una y otra a la pobreza vez a vez a pesar de las mejoras sociales.⁸ Este tipo de pobreza es actualmente el principal centro de interés del programa internacional, que pone de manifiesto el abismo que separa a los ricos de los pobres en el mundo.⁹
- **Pobreza relativa** – Es la privación de oportunidades y la falta de bienes materiales y de respeto de sí mismo, considerados normales en la comunidad a que uno pertenece.¹⁰ Por ejemplo, puede ser que una persona tenga el alimento básico y vivienda, pero carezca del mismo acceso que otros tienen a la educación y a los servicios de salud. Esa desigualdad en el interior de un país puede dividir a la sociedad, provocar inestabilidad y frenar el crecimiento del país al reducir la productividad de los pobres.¹¹
- **Pobreza heredada** – Los padres pobres transmiten su condición social a sus hijos, con lo que se alimenta él, al parecer, interminable círculo de la pobreza.¹²
- **Pobreza inmediata** – Es la pobreza causada por riesgos o circunstancias imprevistos, como sequías, terremotos, tifones, quiebras, guerras y movimientos de refugiados.¹³

Poblaciones vulnerables

Ciertos grupos de personas están en riesgo inminente de caer en la espiral descendente de la pobreza. Además tienen más probabilidades de experimentar las más graves dificultades relacionadas con ella. Entre los grupos especialmente afectados por la pobreza se encuentran las mujeres, las poblaciones indígenas, los grupos minoritarios y socialmente excluidos, los refugiados o las personas desplazadas, los discapacitados mentales o físicos, y las personas que viven con el VIH/SIDA.

Las enfermeras a domicilio de Moldova son un salvavidas de muchas personas

El programa de enfermeras a domicilio de la Sociedad de la Cruz Roja de Moldova ofrece asistencia básica completa y asistencia médica a los grupos más vulnerables del país. Moldova, uno de los nuevos países independientes de Europa Oriental, ha sufrido un enorme aumento de la pobreza y la miseria en el periodo postsoviético. La mayoría de la población vive por debajo de la línea de la pobreza y los más afectados son los jubilados y los discapacitados.

El programa de las enfermeras a domicilio se estableció para prestar asistencia médica y social a esos grupos, cuyos ingresos son demasiado pequeños para cubrir aun las necesidades más básicas, incluidos los medicamentos y tratamientos. Los propios salarios de las enfermeras son muy bajos, apenas 23\$ EE.UU. mensuales pero, a pesar de ello, están muy dedicadas a su trabajo. El programa sigue buscando financiación para mantener las actividades de sus 30 enfermeras a domicilio principales pero, aun con esas grandes necesidades evidentes, esperan poder aumentar su núcleo principal hasta 100 enfermeras que podrán prestar asistencia a un total de 2.000 beneficiarios, con lo que ese recurso vital de ayuda y cuidados podrá ampliarse a un mayor número de personas solas y empobrecidas.

VERSION 2:

En tanto que enfermera a domicilio, Irine dedica su tiempo a asistir a las personas ancianas o discapacitadas en sus hogares. Su país, Moldova, es un nuevo estado independiente de Europa Oriental, que ha experimentado un grave declive económico y un fuerte aumento de la pobreza en el periodo postsoviético. La mayoría de la población vive por debajo de la línea de la pobreza, pero los más afectados son los jubilados y los discapacitados. El programa de las enfermeras a domicilio fue establecido por la Sociedad de la Cruz Roja de Moldova para prestar asistencia médica y social a los grupos cuyos ingresos son demasiado pequeños para cubrir aun las necesidades básicas, incluidas las de medicamentos y tratamiento.

Los salarios de las propias enfermeras son muy bajos, Irine gana apenas 23\$ EE.UU. mensuales, a pesar de lo cual ella y sus compañeras enfermeras muestran una gran dedicación a las personas a las que cuidan. El programa sigue buscando financiación para mantener las actividades de sus 30 enfermeras a domicilio principales y, aun con esa gran necesidad evidente, espera poder ampliar hasta 100 el número de enfermeras, que podrán prestar asistencia a 2.000 beneficiarios. Irine y las demás enfermeras valoran el hecho de que su ayuda es la única tabla de salvación para esas personas solitarias y empobrecidas.

La feminización de la pobreza

Grupos de población vulnerables a la pobreza

- Familias a cuyo frente está la mujer
- Grupos minoritarios y socialmente excluidos
- Enfermos mentales y físicos
- Poblaciones que viven con el SIDA
- Poblaciones indígenas marginadas
- Refugiados / personas desplazadas
- Personas mayores
- Jóvenes

Fuente : OCDE, OMS. (2003). p.20.

En la mayoría de los países la pobreza tiene rostro de mujer: aproximadamente el 70% de los 1.200 millones de personas que viven en la pobreza son mujeres. En muchos países, el número de mujeres que viven en la pobreza ha aumentado considerablemente más que el de los hombres en los dos últimos decenios. El número de mujeres analfabetas es el doble que el de los hombres y tienen muchas más probabilidades de sufrir de estados de salud relacionados con la pobreza, tales como anemia por falta de hierro, y desnutrición por carencia de proteínas.¹⁴

Varios son los factores que contribuyen a la desigualdad de los géneros. Si bien la mujer forma parte, cada vez más, de la fuerza de trabajo, generalmente tiene más dificultad para encontrar empleo, tiene una transición más ardua de la escuela al trabajo, y sus salarios son entre un 30 y un 40% inferiores a los de los hombres.^{15,16} A pesar de que ha aumentado mucho el número de familias con dos salarios y las monoparentales, las percepciones sociales han cambiado poco y la mujer sigue llevando la responsabilidad primordial del cuidado de la familia. Para equilibrar las demandas de la familia y del trabajo, las mujeres tienden a entrar y salir de la fuerza de trabajo, con lo que disminuyen sus posibilidades de avance profesional y prestaciones de jubilación.¹⁷

Desempleo y pobreza de la juventud: Un círculo vicioso

Los jóvenes que pueden encontrar un empleo productivo, ingresos seguros y estables, y comienzan una vida exitosa de familia tienen gran importancia para la supresión de la pobreza absoluta. Unos 100 millones de jóvenes entran a formar parte de la fuerza de trabajo en todo el mundo cada año, tendencia que se mantendrá o incrementará, ya que más de mil millones de personas tienen actualmente edades comprendidas entre los 15 y los 25 años. Lamentablemente, sufren elevadas tasas de desempleo y son aproximadamente el 41% de los 180 millones de desempleados que hay en el mundo. En la mayoría de los países en desarrollo, los jóvenes han de optar entre un trabajo informal o no trabajar y quizá han de hacer frente a largos horarios, salarios escasos y condiciones de trabajo peligrosas.¹⁸

El desempleo de la juventud no sólo perpetúa el ciclo de la pobreza entre las generaciones, sino que contribuye a elevar los niveles de criminalidad, abuso de sustancias, violencia y extremismo político. En algunos países, pertenecer a un grupo militante armado es la única ocupación remunerada que los hombres tienen a su alcance. La industria del sexo es frecuentemente un recurso de última instancia para las mujeres y también perpetúa el ciclo de la pobreza.¹⁹

Los mayores: Población tradicionalmente vulnerable

Mantener unos ingresos decentes en los últimos años de la vida es un problema con el que se debaten muchas personas. En muchos países en desarrollo, la jubilación es un lujo que pocos pueden permitirse. Aproximadamente el 40% de las personas de más de 64 años en África y el 25% en Asia siguen formando parte de la fuerza de trabajo, empleados principalmente en la agricultura.²⁰ Las personas que han sobrevivido sobre todo mediante el empleo no estructurado corren un riesgo especialmente alto de pobreza porque ese empleo genera ingresos inestables y da lugar a coberturas muy escasas en los planes de seguridad social.

Otros factores, con inclusión de las reducciones de la seguridad social y de la atención de salud en algunos países y la epidemia del VIH/SIDA, se han combinado para reducir el suministro de recursos y los sistemas de ayuda accesibles a las personas de más edad. El VIH/SIDA ha tenido efectos

especialmente importantes en muchos de los países menos adelantados. No sólo los mayores asumen mayor responsabilidad en el cuidado de sí mismos, sino que se ven obligados a ampliar sus propios recursos para prestar cuidados a sus hijos y nietos enfermos o huérfanos.²¹

CAPÍTULO DOS

Escuchar la voz de los pobres:

Perfil y análisis de la pobreza

Preocupación creciente ante la pobreza

El analfabetismo, la mala salud, la desigualdad de los géneros y la degradación del medio ambiente son algunos de los principales aspectos de la pobreza, que dan lugar a problemas crecientes de privación humana. Alarmada ante los crecientes niveles de la pobreza, la comunidad internacional ha logrado un acuerdo sin precedentes sobre las Metas de desarrollo para el milenio (MDM)²² para reducir la pobreza. Todas esas metas han de alcanzarse antes del año 2015.

Objetivos y metas de desarrollo para el Milenio	Indicadores de seguimiento de los progresos
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1: Reducir a la mitad la proporción de personas que viven con menos de un dólar al día. Meta 2: Reducir a la mitad la proporción de las personas que sufren hambre.	<ul style="list-style-type: none">- Proporción de la población con menos de 1 dólar EE.UU. al día.- Coeficiente de desfase de pobreza (incidencia X cuantía de la pobreza).- Proporción del quintil más pobre en el consumo nacional.
Objetivo 2: Lograr la educación primaria para todos	
Meta 3: Conseguir que todos los niños y niñas terminen un ciclo completo de escolaridad primaria.	<ul style="list-style-type: none">- Prevalencia de niños de menos de 5 años con peso inferior al normal.- Proporción de la población con un nivel de consumo de energía en la dieta, inferior al mínimo.
Objetivo 3: Promover la igualdad de los géneros y capacitar a la mujer	
Meta 4: Eliminar la diferencia de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente antes 2005, y en todos los planos antes de 2015.	<ul style="list-style-type: none">- Inscripción en la enseñanza primaria.- Proporción de los alumnos que empiezan en el grado 1 y llegan al grado 5.- Índice de alfabetización entre las edades de 15 a 24 años.
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	
Meta 5: Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none">- Tasa de mortalidad de menores de 5 años.- Tasa de mortalidad infantil.- Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015 el coeficiente de mortalidad materna.	- Coeficiente de mortalidad materna. - Proporción de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado.
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 7: Haber detenido la difusión del SIDA antes de 2015 y haber iniciado su retroceso.	- Prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años embarazadas. - Coeficiente de uso del preservativo en los casos de contracepción. - Número de niños huérfanos por el VIH/SIDA.
Meta 8: Haber detenido la difusión del paludismo y otras enfermedades importantes antes de 2015 y haber iniciado su retroceso.	- Índices de prevalencia y mortalidad relacionados con el paludismo. - Proporción de la población de las regiones con riesgo de paludismo, que aplican medidas eficaces de prevención y tratamiento. - Índices de prevalencia y mortalidad relacionados con la tuberculosis. - Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento directamente observado.
Objetivo 8: Instaurar una colaboración mundial para el desarrollo	
Meta 17: En cooperación con las compañías farmacéuticas, facilitar el acceso a medicamentos esenciales económicos en los países en desarrollo.	- Proporción de la población que tiene acceso a medicamentos esenciales económicos, de manera sostenible.

Fuente: Metas de desarrollo para el milenio, de las Naciones Unidas. Sitio web Naciones Unidas: www.un.org/millennium.com

Para entender la dinámica de la pobreza y de la salud es preciso hacer el perfil y el análisis de la pobreza. Prestar oído a la voz de los pobres es un aspecto importante para comprender la situación y actuar. Según Feuerstein²³, enfermera escritora y que se ocupa del desarrollo, el perfil de la pobreza es un instrumento analítico para identificar rápida y sistemáticamente a los pobres, dónde viven y qué es lo que causa y caracteriza su pobreza. Es un método sencillo, práctico y económico para reunir información de base que oriente las actuaciones contra la pobreza y en apoyo de la salud. Las preguntas clave para un perfil de la pobreza son, entre otras, las siguientes:

- **Demografía, dependencia y vulnerabilidad:** ¿quiénes son los pobres, dónde están y cuáles son sus características?
- **Economía, trabajo y empleo:** ¿cuáles son las características socioeconómicas y de empleo de los pobres y de los grupos vulnerables?
- **Tierra, agricultura, y ganadería:** ¿cómo afecta a los pobres el acceso a la tierra productiva y a la agricultura?
- **Aspectos positivos de la organización para la participación popular:** ¿pueden los pobres movilizarse contra la pobreza?
- **Seguridad alimentaria y nutrición:** ¿cómo pueden los pobres evitar el hambre y la desnutrición, que mina las iniciativas encaminadas a salir de la pobreza?

- **Formación y comunicaciones:** ¿qué acceso tienen los pobres a la alfabetización y a los modernos sistemas de comunicación?
- **Indicadores de salud vitales e información básica de salud:** ¿qué factores caracterizan la salud y el bienestar de los pobres?
- **Gastos de salud, infraestructuras y recursos humanos:** ¿qué servicios están al alcance de los pobres y a qué servicios tienen acceso?
- **Maternidad segura y cuidados del neonato y de los niños:** ¿qué factores restan posibilidades a las mujeres y a los niños pequeños?
- **Degradación y contaminación del medio ambiente:** ¿cuáles son los principales factores medioambientales que afectan a los pobres?

Sobre la base del análisis, se identifican los problemas y necesidades prioritarios. Se establecen estrategias adecuadas y se acuerdan con las personas interesadas las principales responsabilidades y un calendario para las actividades. Se definen los objetivos de corto y de largo plazo, los indicadores de salud y las necesidades de recursos y de apoyo.

Fuentes de datos para trazar el perfil de la pobreza

Encuestas: Hay dos importantes fuentes de datos sobre la pobreza: las encuestas sobre las familias y las encuestas sobre la comunidad. Las encuestas sobre las familias pueden aportar importantes datos acerca de las personas y de las familias, por ejemplo su ubicación, composición de la familia, ingresos, niveles de consumo, empleo, situación laboral, niveles de educación, situación nutricional y de salud. Análogamente, los estudios de la comunidad ofrecen una imagen de las instalaciones, los servicios y las características de los recursos comunitarios de que disponen los pobres, y muestran también si esos recursos y servicios se utilizan. Los estudios de la comunidad pueden recurrir a archivos de instituciones de salud y educativas para analizar la manera en que se utilizan e identificar los obstáculos y los posibles modos de abordarlos.

Las encuestas de las familias y de la comunidad pueden utilizarse para elaborar un índice de carencia. Un índice de carencia sencillo puede elaborarse en colaboración con los pobres de la comunidad. Por ejemplo, puede ser que las comunidades decidan que cualquier familia que haya perdido ambos progenitores por el SIDA, las familias monoparentales con hijos pequeños, los viudos o los huérfanos, los que tienen hijos pequeños no totalmente inmunizados, e hijos que no van a la escuela pueden figurar en la escala de carencia. Es importante señalar que la principal fuente de información sobre la pobreza deben ser las propias personas.

Otras fuentes de información actual: Los datos de los ministerios de empleo y de bienestar social son también útiles para establecer la situación socioeconómica y los niveles de pobreza. Diversos informes y publicaciones elaborados por gobiernos, universidades, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (ONG), además de gráficas, informes de prensa y otras fuentes facilitarán información sobre la pobreza en los planos nacional o por distritos.

Transformar la salud pública en bienestar de la comunidad

Enfermera de salud pública y a domicilio, con gran experiencia, Jenny ha trabajado durante años en un sector socialmente pobre del centro del Reino Unido. Para responder a las múltiples necesidades de salud y a la morbilidad y mortalidad sin precedentes de personas pobres de su comunidad, Jenny inició un proyecto de desarrollo comunitario. Sabía que muchos de los problemas de salud no se debían simplemente al comportamiento individual y a los “estilos de vida”, sino que eran resultado de la pobreza y de las circunstancias de la vida. En tanto que enfermera, vio que las personas confiaban en ella y tenía, a las vidas de las personas y a sus hogares, un acceso que no tenían ni los trabajadores sociales ni la policía.

Las personas interesadas caían en la cuenta de que los grandes problemas eran la falta de instituciones comunitarias para las familias con hijos pequeños y la elevada proporción de familias monoparentales. Sobre la base de un estudio a pequeña escala de los problemas de las madres solteras, Jenny demostró a los gestores de salud que era necesario desarrollar un mayor número de servicios para la familia. Vino después el compromiso y unos recursos limitados de parte de algunos empleadores. Jenny los aprovechó para desarrollar diversos proyectos, entre ellos actividades de docencia para las familias, reuniones informales sobre cuestiones de salud, y clases de inglés para las mujeres. Otros miembros de la comunidad se unieron después a estas actividades diarias, lo que indicaba que se interesaban en ellas y aseguraba la continuidad.

Asimismo inauguró en la escuela primaria local un “club del desayuno” que permitía que los niños llegasen temprano a la escuela y tomaran juntos el desayuno. Con esto, no solo mejoró el estado de nutrición de los niños, sino que aumentó la asistencia a la escuela. Los profesores comunicaron que los niños mostraban mayor concentración y mejor aplicación a aprender. Sus proyectos tuvieron un éxito tan grande que más tarde se pidió a Jenny que formara parte del equipo regional de dirección de la salud pública.

Trabajar con los pobres para analizar su situación

Las familias y comunidades pueden participar en evaluaciones de la pobreza para determinar el nivel de carencia existente en su vecindad o en sus comunidades. Esas evaluaciones pueden referirse a lo siguiente:²⁴

Ordenación por bienestar y riqueza: Los miembros de la comunidad pueden clasificar las familias que viven pobremente, las que están dirigidas por mujeres viudas o divorciadas, los niños huérfanos, los cabezas de familia desempleados, en prisión, etc.

Cartografía social: Un grupo de personas puede hablar de sus problemas y necesidades tales como la falta de alimentos, el cuidado de nietos huérfanos, la dificultad de pagar los gastos escolares, o la falta de dinero para medicamentos.

Ejercicios de ordenación: Un grupo de mujeres puede registrar la manera en que se consiguen los tratamientos de enfermedades comunes tales como la tuberculosis, el VIH/SIDA, enfermedades de la piel, etc. y cualesquiera obstáculos contrarios al tratamiento y los tiempos de espera en las instituciones de salud.

Calendarios: Las personas identifican las situaciones que prevalecen, tales como condiciones de sequía o inundaciones; o los cambios en las políticas

agropecuarias del Estado, el acceso a los créditos o los precios de los artículos esenciales que han dado lugar a un aumento de la pobreza y el hambre.

Mapa de los recursos: Se traza el mapa de la zona poniendo de relieve los lugares en que están los diferentes recursos, por ejemplo los montes, las tierras de cultivo fértiles, y las zonas de buena pesca o en las que hay especies animales en peligro de extinción. Pueden señalarse también los lugares inundables y las tierras que son demasiado pobres para los cultivos.

Se resume a continuación un instrumento más completo de evaluación de la pobreza.

Métodos participativos de evaluación de la pobreza	
Cuestiones que hay que considerar	Métodos que hay que emplear
Percepciones e indicadores de riqueza, bienestar y pobreza	Clasificación por bienestar y riqueza
Percepciones de vulnerabilidad, impotencia, y efectos de las diferencias de género	Entrevistas semiestructuradas
Percepciones de cambios de bienestar, relación de intercambio, acceso a los ingresos y empleo	Plazos, análisis de tendencias
Acceso/uso de los servicios (salud, educación, crédito), percepciones de servicios y cambios	Entrevistas semiestructuradas, análisis de las tendencias de la salud, educación, etc.
Tensión estacional, seguridad alimentaria, salud, ingresos, gastos, ocupación	Calendarios estacionales, necesidades familiares
Activos de las familias pobres, p. ej. servicios de propiedad común, recursos naturales	Cartografía de los recursos, grupos estructurados
Estrategias de supervivencia en tiempos de crisis	Análisis de los medios de subsistencia, entrevistas semiestructuradas
Percepciones de los niveles de consumo de alimentos, vestido, bienestar	Agrupación por bienestar, cartografía social, entrevistas
Instituciones de ayuda social y apoyo a los pobres (p.ej. iglesias, asociaciones de comerciantes)	Cartografía institucional, entrevistas
"Redes de seguridad" de la Comunidad para los pobres	Cartografía institucional, entrevistas
Función de las instituciones de la comunidad en la prestación de servicios e infraestructuras	Entrevistas, cartografía institucional
Responsabilidades y obligaciones en las familias (alimentos, gastos escolares)	Entrevistas semiestructuradas
Tendencias medioambientales a largo plazo	Cartografía de los recursos análisis de tendencias

Adaptado de *Estudio de la pobreza y la salud 1995/6; Evaluación participativa de la pobreza en África*: Banco Mundial.

El proceso de recopilación de un perfil de la pobreza es el primer paso para comprender los efectos que la pobreza ejerce en la salud.

CAPÍTULO TERCERO

Pobreza y salud: Vínculo mortal

La pobreza y la salud están vinculadas entre sí de cuatro maneras:

- La mala salud conduce a la pobreza;
- La pobreza conduce a una mala salud;
- La buena salud está relacionada con unos ingresos altos;
- Los altos ingresos están relacionados con la buena salud.

La mala salud reduce la productividad y disminuye la capacidad para ganarse la vida, al tiempo que con la pobreza aumenta el riesgo de contraer enfermedades que impiden conseguir unos ingresos. Cuando una persona pobre contrae una enfermedad o una lesión, toda la familia puede sufrir por la pérdida de ingresos y por los costos de la atención de salud, y quizá se ve atrapada en una espiral descendente de pobreza y enfermedad. A la inversa, con la buena salud aumenta la productividad de la persona y su inmunidad a la enfermedad, con lo que se crean condiciones que impiden la pobreza o ayudan a salir de ella.

Las personas que viven en contextos de pobreza o de bajos ingresos tienen más probabilidades de sufrir de mala salud o de morir más jóvenes que otros grupos. Por ejemplo, quienes viven en la absoluta pobreza tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de llegar a la edad de cinco años, y una probabilidad dos veces y media mayor de morir entre las edades de 15 y 59 años, que las personas de los grupos de ingresos superiores.²⁵ El VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, y la mortalidad materna afectan de manera desproporcionada a los pobres, a menudo empobreciéndolos todavía más.

Como muestra el diagrama siguiente, la pobreza y la salud están relacionadas entre sí.

Figura 1. La relación entre pobreza y salud

“La mala salud es a la vez causa y consecuencia de la pobreza”	“Una mejor salud puede impedir la pobreza o ayudar a salir de ella”
<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad puede reducir los ahorros de la familia, disminuir la capacidad de aprendizaje, reducir la productividad, y empeorar la calidad de vida. • La pobreza hace correr a las personas riesgos medioambientales mayores, desnutrición y falta de acceso a cuidados de salud adecuados. <div data-bbox="288 730 783 913" style="text-align: center;"> <p>ENFERMEDAD POBREZA</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la productividad, lo que conduce a una riqueza mayor y mejor distribuida. • Los cabezas de familia sanos pueden trabajar mejor y atender a sus familias. • Los niños sanos pueden aprender y crecer mejor. <div data-bbox="971 703 1243 949" style="text-align: center;"> <p>Mejor salud POBREZA</p> </div>

Adaptado de OMS (1999). *Pobreza y salud: Informe de la Directora General*. 105ª Reunión del Consejo Ejecutivo, Punto 2 del orden del día provisional. 14 de diciembre de 1999, pág. 2.

Enfermeras para los vagabundos: Una lección sobre el mundo real

Kate y Jennifer, estudiantes de enfermería, caminan a lo largo del río Spokane en una fría mañana de octubre. Martha, de programas de ayuda, es su guía y van a visitar a Gypsy, que descansa bajo una cortina de ducha sujeta a una lona con esparadrado junto a un macizo de arbustos espinosos. Gypsy tiene enfisema y últimamente siente que le falta la respiración. Para que las enfermeras puedan examinarlo, Gypsy se quita el abrigo y empieza a desabotonarse la camisa, con lo que quedan visibles unas cicatrices en su pecho. "Creo que será mejor que me tomen el pulso. En Montana tuvieron que hacerme un triple bypass de corazón," les dice. Kate ve que el pulso está acelerado en un 60%, y le dice que tiene que ir a la clínica al día siguiente para que le den algún medicamento para la presión sanguínea. Le dan algo de zumo y alimentos energéticos, al ver que el único alimento que tiene a disposición es medio cartón de huevos. Le prometen volver la semana siguiente y traerle las mantas que necesita.

Todas las estudiantes de la Washington State University que obtienen un primer título universitario en Enfermería deben hacer un semestre de enfermería de salud de la comunidad. Para algunas estudiantes de Spokane, eso significa un semestre de trabajo con una población suburbana necesitada: entre ellos, pobres, sin hogar, enfermos mentales, adictos a las drogas o al alcohol, y personas maltratadas.

Con el programa se consigue hacer a las personas más conscientes de la relación entre salud y pobreza. Jennifer admite que esta parte de su formación la conmovió: "No sabía que había tantas personas sin hogar en Spokane ni sabía dónde estaban. Podías pasar por donde estaban durmiendo, y no caer en la cuenta de ello. Ahora reconozco a las personas. En vez de decir "Ahí hay una persona sin hogar", probablemente digo: "Ahí está Gary". Ahora tienen nombre.

Datos estadísticos

Las cifras relacionadas con la salud y la pobreza son trágicas:

- Más de mil millones de los seis mil que componen la población mundial no pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, agua, alcantarillado, atención de salud, vivienda y educación.
- 1.100 millones de personas de todo el mundo están desnutridas.
- Según estimaciones, 1.200 millones de personas viven con menos de 1 dólar EE.UU. al día.
- En los países menos adelantados, la esperanza de vida al nacer es de menos de 50 años, frente a 77 años en los países industrializados.²⁶
- 799 millones de personas de los países en desarrollo y 41 millones en los países desarrollados y en transición están desnutridos.²⁷
- Enfermedades evitables causan la muerte de 30.000 niños cada día en todo el mundo.²⁸
- El riesgo de morir durante el embarazo en el África Subsahariana, donde casi la mitad de la población vive en la pobreza total, es de uno entre 12, frente a uno entre 4.000 en Europa.²⁹

Principales problemas relacionados con la pobreza

La pobreza está relacionada con importantes situaciones que desfavorecen a los pobres y los hacen aún más vulnerables ante la enfermedad y la baja productividad. Los principales estados de salud son, entre otros, los siguientes:

Desnutrición: Cuando las personas no pueden obtener la cantidad adecuada de alimentos que aportan los diversos nutrientes necesarios para sostener la salud, se hacen más susceptibles a la enfermedad y a la discapacidad y, por tanto, a la pobreza. Si bien muchos de los países del mundo industrializado se enfrentan a epidemias de obesidad, la desnutrición sigue siendo un importante problema en el mundo en desarrollo. Aproximadamente el 49% de los 10,7 millones de muertes anuales de niños menores de cinco años en todos los países en desarrollo están relacionadas con la desnutrición.³⁰

La desnutrición tiene efectos generalizados en la salud. En el Cuadro 2 figura un resumen de algunos de esos efectos a lo largo de la vida.

Cuadro 2: Desórdenes nutricionales a lo largo de la vida

Fase de la vida	Desórdenes nutricionales comunes	Principales consecuencias
Embrión/feto	Retraso del crecimiento intrauterino Desórdenes por deficiencia de yodo Deficiencia de folatos	Escasez de peso al nacer Daños cerebrales Defectos neuronales Nacidos muertos
Neonato	Escasez de peso al nacer Desórdenes por deficiencia de yodo	Retraso en el crecimiento Retraso en el desarrollo Daños cerebrales Anemia temprana
Bebé y niño pequeño	Desnutrición en energía proteínica Desórdenes por deficiencia de yodo Deficiencia de vitamina A Deficiencia de hierro y anemia	Desnutrición continuada Retraso en el desarrollo Mayor riesgo de infecciones Alto riesgo de muerte Bocio Ceguera Anemia
Adolescente	Desnutrición en energía proteínica Desórdenes por deficiencia de yodo Deficiencia de hierro y anemia Deficiencia de folatos Deficiencia de calcio	Retraso en el crecimiento Baja estatura Desarrollo intelectual retardado Bocio Mayor riesgo de infecciones Ceguera Anemia Mineralización inadecuada de los huesos
Mujeres embarazadas y lactantes	Desnutrición en energía proteínica Desórdenes por deficiencia de yodo Deficiencia de vitamina A Deficiencia de hierro y anemia Deficiencia de folatos Deficiencia de calcio	Adquisición insuficiente de peso en el embarazo Anemia materna Mortalidad materna Mayor riesgo de infecciones Ceguera nocturna Escasez de peso al nacer y alto riesgo de muerte del feto
Adultos	Desnutrición en energía proteínica Deficiencia de hierro y anemia	Delgadez Somnolencia Anemia
Personas mayores	Desnutrición en energía proteínica Deficiencia de hierro y anemia Osteoporosis	Fractura de la columna o del fémur, accidentes

Fuente: OMS, NHD, & SDE. (2000). *Nutrición para la salud y el desarrollo: Programa mundial contra la desnutrición*, pág. 10.

Las enfermeras ayudan a las madres jóvenes en peligro

En tanto que enfermera de atención directa, que trabaja en el programa de la Asociación de enfermeras de familia (AEF), Rita visita las casas de madres primerizas pobres, muchas de las cuales son todavía adolescentes. Trabaja intensamente con esas madres para mejorar la salud y el bienestar de la madre, y del niño antes del nacimiento y en la primera infancia, con la esperanza de que su intervención les ayude a conseguir mejoras de largo plazo en la vida de las familias de riesgo.

Cuando Rita visita a cada familia, se ocupa de la salud personal de la madre, de la calidad de los cuidados que ésta dispensa a su hijo, y del desarrollo de los padres. Empieza sus visitas cuando la madre está todavía embarazada (antes de la semana 28, e idealmente entre la semana 12 y la 20) y las continúa durante los dos primeros años de la vida del niño. Además Rita investiga y trabaja con el sistema vigente de ayuda a la madre, integrado por los miembros de la familia, el padre, en su caso, y los amigos, para ayudar a las familias a acceder a otros servicios de salud y humanos que puedan necesitar.

Un estudio reciente de los resultados de los programas mostró que, por las visitas de Rita y las otras enfermeras, han disminuido los nacimientos prematuros y de niños escasos de peso, han mejorado los entornos familiares, se han reducido los embarazos indeseados y muy seguidos, ha aumentado la participación en los recursos humanos, y ha disminuido la incidencia de los desórdenes de comportamiento, la participación en los delitos, y la delincuencia.

Es evidente que las consecuencias de la desnutrición pueden ser un importante obstáculo para la salud y la vida productiva. Los pobres tienen frecuentemente dificultades para encontrar las cantidades de alimentos adecuadas para mantener una salud óptima. La producción de cosechas para su venta, los riesgos naturales como sequías o inundaciones, el elevado costo de las proteínas animales, lo limitado de los fondos familiares para alimentos, y la desigual asignación de los alimentos en las familias son importantes factores determinantes de la desnutrición.

Falta de agua potable y alcantarillado: Los pobres viven en entornos insalubres que afectan a la calidad de su vida y a su salud. Más de mil millones de personas en el mundo carecen de acceso al agua potable y más de 2.400 millones no tienen acceso a instalaciones de alcantarillado. El alcantarillado inadecuado da lugar a enfermedades que pueden disparar la espiral descendente de la pobreza. Unos dos millones de niños mueren cada año — 6.000 al día— de esas infecciones.³¹

La falta de agua potable es un obstáculo para la formación de las mujeres, que dedican mucho tiempo y energía a buscar agua recorriendo largas distancias. También se interrumpe la educación de los niños, pues muchas veces participan en la búsqueda del agua. La falta de posibilidades de formación, la pérdida de productividad y el costo de la atención de salud mantienen el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza para miles de millones de personas.

Acceso deficiente a los cuidados: La calidad de los cuidados de salud depende no sólo de la disponibilidad de los servicios, si no de su adecuación y de que sean aceptables para satisfacer las necesidades de las poblaciones a las que están destinados.

Una atención primaria, secundaria y terciaria de salud inadecuadas conduce a la aparición y al empeoramiento de numerosas enfermedades que pueden prevenirse. Figuran a continuación algunos ejemplos de las consecuencias que tiene para la salud un acceso deficiente a los cuidados:

- La falta de una educación de salud culturalmente adecuada en torno a la sexualidad humana da lugar a embarazos indeseados, abortos peligrosos y contagios de enfermedades de transmisión sexual, con inclusión del VIH.
- La falta de cuidados prenatales conlleva para la madre y para el niño un riesgo mayor de complicaciones, entre ellas la desnutrición, los defectos de nacimiento, los partos prematuros, y las dificultades durante el parto, abortos, infecciones y muertes.
- La falta de tratamiento médico en todos los niveles, da lugar al progreso y la difusión de enfermedades que pueden combatirse, como el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades.

Principales enfermedades contagiosas: El VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis son las tres “enfermedades contagiosas de la pobreza” que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres del mundo y tienen un efecto de empobrecimiento en las familias.

“Ninguna otra enfermedad [distinta del VIH/SIDA] ha puesto de relieve tan radicalmente las actuales disparidades y desigualdades en el acceso a la atención de salud, en las posibilidades económicas y en la protección de los derechos humanos básicos.”

OMS (2003),
Sector salud mundial
Estrategia para el VIH/SIDA,
pág. 3.

El VIH/SIDA ha alcanzado proporciones catastróficas en muchas partes del mundo, causando muertes de personas y devastación de comunidades y de sociedades. Cada día 14.000 personas son infectadas con el virus y unos tres millones de ellas mueren cada año. Más de la mitad de esas personas tienen menos de 25 años y están en sus mejores años productivos. La pobreza es uno de los principales factores de la infección del VIH: algunas niñas de los países más pobres del mundo intercambian sexo por dinero para poder pagar los gastos escolares o ayudar a sus familias.

En algunos países del África Subsahariana, hasta el 35% de la población adulta está infectada³² y en su mayoría muere prematuramente de complicaciones relacionadas con el SIDA. La esperanza de vida ha disminuido radicalmente y ahora es de menos de 50 años. Las tasas de infección del VIH/SIDA aumentan también rápidamente en Asia Central y en Europa Oriental.

A medida que la enfermedad se extiende, las personas y las familias que se ven ante importantes cargas de cuidados y financieras corren un riesgo mayor de caer más al fondo en la espiral de la pobreza. Según estudios hechos en Burkina Faso, Rwanda y Uganda, se calcula que, con el SIDA, el porcentaje de las personas que viven en la pobreza extrema pasará del 45% en el año 2000 al

51% en 2015.³³ Los 14 millones de huérfanos del SIDA que hay según las estimaciones, son vulnerables a la pobreza y pueden convertirse en personas sin domicilio. A medida que los países pierden por el SIDA su juventud y sus personas productivas, las familias caen en profunda pobreza.

Cuidados a los pacientes del SIDA aislados, en Sudáfrica

La enfermera Mpho Sebanyoni se sentía tan preocupada por la difícil situación de los pacientes de SIDA en Sudáfrica que dejó su bien pagado trabajo en el hospital para dedicarse a ellos. Sus amigos la tacharon de "loca" por abandonar la seguridad de su puesto de trabajo para convertirse en cuidadora nómada del SIDA. Caminando hasta 25 km. al día, de una aldea a otra, Mpho cuida de los enfermos, enseña a sus parientes y amigos la manera de cuidarlos y formarlos en todo lo que al SIDA se refiere. "Comencé a trabajar de esta manera porque me preocupaban los jóvenes que salían del hospital sin tener a nadie que cuidase de ellos. Cuando empecé, me encontré algunos casos horrorosos."

Una vez, una familia había dejado a un pariente, de 27 años, morir abandonado en un cobertizo para bicicletas. Mpho le cuidó durante los tres últimos meses de su vida, vendaba sus heridas, lo vestía y le conseguía mantas para calentarse. En otra familia, una abuela enferma que apenas podía moverse tenía el encargo de cuidar a siete nietos cuyos padres habían muerto de SIDA. Actualmente cuida de ellos una obra benéfica del Reino Unido que proporciona a las comunidades recursos para los niños huérfanos.

Mpho inició también un proyecto de cuidados a domicilio que prestaba servicios en 78 aldeas vecinas. Hoy, más de 30 voluntarios la ayudan a formar a miembros de las familias para dispensar cuidados a pacientes de SIDA. En reconocimiento de su trabajo, Mpho fue nombrada Mujer sudafricana del año.

"En África hoy, se entiende que el paludismo es a la vez una enfermedad de la pobreza y una causa de pobreza."

OMS (2003), *El paludismo en África. Boletín informativo sobre el paludismo*, pág. 1.

El paludismo es una importante causa de morbilidad y mortalidad con importantes consecuencias de pérdida de productividad. Los niños que sobreviven a la infección sufren muchas veces de incapacidad para aprender y de daños cerebrales que los excluyen de la escolarización y hacen mayor su vulnerabilidad ante la pobreza. A medida que el paludismo se hace más resistente a los medicamentos, y los mosquitos vectores de la enfermedad se hacen más resistentes a los insecticidas, es probable que esa enfermedad se convierta en una amenaza aún más grave para el desarrollo humano y conduzca a una mayor pobreza.³⁴

La tuberculosis es quizá la más letal de las enfermedades infecciosas de todos los tiempos. Cada año la tuberculosis infecta a 100 millones de personas y se desarrolla activamente en ocho millones de ellas. Cada año mueren de tuberculosis unos dos millones de personas – muchas de ellas adultos en sus años más activos y productivos.³⁵ El problema mundial de la tuberculosis se complica por la difusión del VIH/SIDA, el movimiento internacional, cada vez mayor, de las personas y la aplicación de programas de lucha contra la tuberculosis deficientemente gestionados. En términos económicos, la tuberculosis es una enfermedad de la pobreza que atrapa a los más pobres del mundo en un círculo vicioso de enfermedad y empobrecimiento.

Desórdenes mentales y pobreza: Un examen de estudios de investigación hechos en seis países demostró que hay una importante relación entre la alta prevalencia de las enfermedades mentales y la pobreza. Factores relacionados con la enfermedad mental son: los bajos niveles educativos, los bajos ingresos, la falta de bienes materiales, la falta de empleo y las dificultades de vivienda.³⁶ Los niños de la calle, los drogadictos, los emigrantes internos, las personas desplazadas, y las personas que viven con el VIH/SIDA corren un riesgo especialmente alto de sufrir los efectos de la pobreza y desórdenes mentales.³⁷ La enfermedad mental es un ejemplo del círculo vicioso que se establece entre salud y pobreza.

La pobreza puede ser un factor que contribuye al deterioramiento de la salud mental, y la enfermedad mental da lugar a numerosos costos económicos y sociales, entre ellos los siguientes:³⁸

- Pérdida de productividad por:
 - Muertes prematuras por suicidio (en número generalmente equivalente al número de muertes por accidentes de tráfico por carretera y, en algunos países, mayor);
 - Personas con enfermedades mentales, incapacitadas para el trabajo;
 - La necesidad de cuidar a las personas mentalmente enfermas;
 - La carga financiera, directa e indirecta, para las familias.
- El desempleo, el crimen, la estigmatización y la alienación en los jóvenes cuyos problemas mentales de la infancia no se han tratado adecuadamente para que ellos puedan beneficiarse plenamente de la educación.
- El costo de los accidentes causados por personas con perturbaciones psicológicas; ello es especialmente peligroso en profesiones tales como las de maquinista de trenes, piloto de líneas aéreas, trabajador de fábrica, etc.

Pobreza, derechos humanos y salud: La pobreza sigue siendo uno de los más importantes retos que se plantean a los derechos humanos. La protección de los derechos básicos que todos los humanos tienen al alimento y la nutrición, la salud, la educación y la libertad de toda discriminación hacen que sea menos la vulnerabilidad ante la enfermedad y la pobreza. A la inversa, las violaciones de los derechos humanos, como la violencia contra las mujeres y los niños, la tortura, la esclavitud y las prácticas tradicionales dañinas dan lugar a la mala salud y a deficiente productividad relacionadas con la pobreza.

Cuando se comprenden los efectos que la pobreza ejerce en la salud se tiene una buena base para emprender acciones encaminadas a tratar los vínculos entre la pobreza y la salud.

CAPÍTULO CUARTO

Abordar los problemas de la salud y la pobreza: Deshacer el vínculo

La salud es de importancia capital para el desarrollo humano general y para la reducción de la pobreza. Con el fin de mejorar la salud de los pobres, es preciso adoptar y favorecer un planteamiento favorable a la salud de los pobres. Incrementar los recursos financieros para la salud mental debe ser una de las prioridades. Mediante perfiles y análisis de la pobreza se pueden identificar actuaciones en contra de la pobreza y a favor de la salud. Como ha mostrado el Comité de Economía y Salud (CES) de la OMS, unos mejores resultados de salud son requisito previo necesario para que los países pobres rompan el círculo de la pobreza.³⁹

Las desigualdades de salud se agrandan, lo que significa que los servicios esenciales no llegan a los pobres. Es importante abordar los problemas de la salud y la pobreza, porque:

- Con ello se fomenta la eficiencia de las iniciativas encaminadas a conseguir unos mejores resultados de salud y de reducción de la pobreza.
- Es una cuestión de equidad y justicia social.
- Es una cuestión de derechos humanos.

Cathy: “Enfermera de la calle” para los sin hogar

Cathy, activista a favor de los sin hogar, que viaja incansablemente por toda la ciudad de Toronto, es conocida como la “enfermera de la calle”. Su actividad profesional comenzó hace 20 años trabajando para dos médicos eminentes en un banco del centro de la ciudad, pero sólo con el trabajo en la calle se vió ante la profundidad del problema de las personas sin domicilio en su ciudad. “Es vergonzoso que, en tanto que enfermera en el Canadá, haya de ocuparme de la situación de las personas que carecen de hogar,” decía Cathy, que, con el Comité de Toronto para ayuda en casos de catástrofes naturales, ha desvelado un submundo de personas sin hogar bajo la fachada de prosperidad de su país. “Últimamente me pregunto si todavía me dedico a la enfermería”. Actualmente dedico más tiempo a hablar a grupos de personas, organizar veladas para frenar el número de muertes de vagabundos y a influir ante la administración federal, más bien que, por ejemplo, a tratar la diabetes”. Señala Cathy que “la causa de las muertes de las personas sin hogar no es únicamente el frío, de la misma manera que la muerte por bala no es la única causa de muerte en la guerra. Tener una casa es requisito previo para la salud y es pura y simplemente la falta de una casa lo que causa la mala salud que observo cada día”. Con un premio por la defensa de la justicia social compasiva, que le fue concedido recientemente se reconoció su éxito en hacer a las personas más conscientes de los efectos que tienen para la salud la falta de una casa.

¿Qué se puede hacer?

En su *Documento de base de Política general sobre enfermería y desarrollo*, el CIE recomienda actuaciones para tratar la cuestión de la salud y la pobreza:⁴⁰

- Proponer políticas en las que se dé prioridad a las necesidades de salud de los pobres y otros grupos de riesgo.
- Mejorar una preparación formativa y un ejercicio de la enfermería que satisfagan las necesidades de salud de los pobres y de las poblaciones en riesgo.
- Insistir en declaraciones de política general que contribuyan a mejorar la salud de los pobres y también al crecimiento y desarrollo económicos.
- Favorecer el desarrollo de modelos de sistemas de salud locales que lleguen hasta las personas más necesitadas de cuidados de salud.

Como la salud y la pobreza están relacionadas entre sí, las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) han de cooperar con los encargados de la política general y con los grupos que se ocupan del desarrollo, para situar la salud en el programa de lucha contra la pobreza, y situar la pobreza en el programa de lucha contra la enfermedad. Esto conllevará la necesidad de un planteamiento multisectorial que considere las inversiones en salud como beneficiosas para reducir la pobreza, y a la inversa. Este planteamiento abarca y aborda los múltiples factores determinantes de la salud, tales como el empleo y los ingresos, la vivienda, la seguridad alimentaria, el acceso a la educación, el agua y el alcantarillado y los factores del estilo de vida. Aunque las enfermeras trabajan en el sector de salud, pueden influir para que ésta figure en el programa de otros sectores. Las enfermeras pueden situar la salud en el programa de lucha contra la pobreza haciendo lo siguiente:

- Influyendo para que aumente la corriente de recursos hacia el sector de salud, y especialmente la cobertura de los pobres.
- Informándose acerca de los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza, con el fin de formular planteamientos sanitarios favorables a los pobres y programas detallados para el sector de salud.
- Mediante el seguimiento de las tres Metas de desarrollo para el milenio que deben alcanzarse antes de 2015: reducción de la mortalidad infantil, reducción de la mortalidad materna y de la difusión del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Las enfermeras y las ANE deben asimismo participar en planteamientos multisectoriales para abordar las otras Metas del milenio que se enumeran en el Cuadro 2.
- Participar en los comités nacionales de coordinación del Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, que dispensa fondos para los países más afectados por el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, para combatir esas enfermedades.
- Acudir al Ministerio de Sanidad y a otros sectores para que apliquen las recomendaciones de la Comisión de macroeconomía y salud de que se aumenten las inversiones en salud y se amplíen los servicios sanitarios de proximidad al cliente.
- Promover la idea de que la salud es de importancia capital para el desarrollo.

- Establecer vínculos con otros sectores para tratar los múltiples factores determinantes de la salud y la reducción de la pobreza, tales como la educación, el agua y los saneamientos, la agricultura, la protección laboral y social, etc.

Para relacionar esas acciones contra la pobreza y a favor de la salud, las enfermeras y las ANE han de establecer colaboraciones con otros sectores para situar a la pobreza en el programa de la salud. Para ello, es preciso integrar los problemas de la pobreza en el trabajo de los profesionales de salud y de los encargados de la política sanitaria, con el fin de que se entiendan y aprecien los efectos que las intervenciones de salud ejercen sobre la pobreza. Entre las iniciativas que pueden tomarse, cabe mencionar las siguientes:⁴¹

- Influir para que aumente el acceso a los cuidados, y orientar las inversiones para:
 - Eliminar situaciones de salud que afectan de modo desproporcionado a los pobres (tuberculosis, paludismo, VIH, mortalidad infantil, salud de la madre, desnutrición);
 - Las regiones o sectores en que haya concentración de personas pobres;
 - Los tipos de servicios que probablemente beneficien de modo preferente a los pobres (atención primaria de salud, intervenciones de salud pública, cuidados preventivos de promoción de la salud, más bien que curativos);
 - Niveles de servicios que probablemente beneficien de modo preferente a los pobres (primarios más bien que secundarios o terciarios);
 - Dirigir los programas hacia los pobres.
- Defensa para suprimir los obstáculos financieros que se oponen al acceso a los cuidados:
 - Fortalecer las redes sociales de seguridad mediante programas de seguro de enfermedad y de asistencia social;
 - Movilizar los recursos para financiar los servicios de salud en función de los medios y las capacidades de pago;
 - Introducir subvenciones orientadas y exenciones de honorarios;
 - Aplicar los principios de compartir los riesgos y poner en común los fondos, cuando convenga;
 - Sustituir los pagos directos por diversas formas de pago previo.
- Análisis del problema de escasez de la demanda y poco uso de los servicios entre los pobres:
 - Identificando y abordando los obstáculos sociales, lingüísticos y otros obstáculos no financieros;
 - Mejorando la calidad de los cuidados;
 - Aumentando la conciencia, la sensibilidad y las capacidades de los dispensadores;
 - Mejorando la conciencia y la información entre los pobres.

- Vigilancia y evaluación del acceso a los cuidados:
 - Desglosando la información y analizándola por situación socioeconómica, ingresos, sexo, etnia, residencia rural o urbana, situación de empleo (formal/informal), etc.;
 - Identificando la incidencia de las prestaciones: ¿se benefician de los servicios las personas pobres? ¿por qué, o por qué no?

Las enfermeras responden a los efectos de la pobreza rural en los niños

Unos minutos después de abrir las puertas de la escuela de enseñanza media en que trabaja, los niños acuden a la pequeña sala de espera de la enfermera Gwen. Hay niños con la cara hinchada por infecciones dentales, niños diabéticos que necesitan una prueba de azúcar en sangre, y estudiantes asmáticos que esperan el alivio de los inhaladores. Otras realidades aún más tristes de la vida acuden también a la sala de exámenes médicos de Gwen. Hay niñas de 13 y 14 años embarazadas que necesitan cuidados prenatales y otras que sufren de enfermedades de transmisión sexual.

Las enfermeras como Gwen entienden que la pobreza limita las oportunidades de educación y formación de los niños que ellas ven. Al no poder satisfacer sus necesidades fundamentales, sus familias hallan enormes dificultades para favorecer el desarrollo de sus hijos. En su lucha diaria se incluyen la incapacidad de pagar unos cuidados seguros y de calidad para los niños, la falta de acceso a una atención de salud asequible, los problemas de vivienda inadecuada y la falta de transportes fiables.

Así pues, Gwen y las demás enfermeras de las escuelas están en la vanguardia cada día y fomentan las posibilidades de una buena formación para los niños al mejorar su estado de salud. Ella ha sido muchas veces la primera y única fuente estable de servicios de salud para muchos niños en edad escolar y sin un seguro médico.

Conscientes de que las familias más necesitadas de ayuda son muchas veces las que menos conocen las posibilidades que tienen a su alcance, las enfermeras intensifican sus esfuerzos para informar y remitir a los programas del estado y conseguir una cobertura sanitaria económica. A su vez, conscientes de las contribuciones de las enfermeras, el gobierno del Estado trabaja para incrementar su número en todo el sistema escolar.

Para situar la salud en el programa de lucha contra la pobreza y la pobreza en el programa de la salud, las enfermeras y las ANE han de convertirse en activistas de la salud. Su capacidad y experiencia en los problemas de la salud y de la enfermedad y en compartir sus experiencias en el cuidado de los pobres da a las enfermeras credibilidad para contribuir al debate nacional sobre las acciones en contra de la pobreza y a favor de la salud.

CAPÍTULO QUINTO

Políticas de salud favorables a los pobres: Marco para la acción

Si bien las necesidades de atención de salud de los pobres son mayores que las de quienes no son pobres, el acceso de aquellos a los servicios de salud es menor, por diversos obstáculos financieros y no financieros. Uno de esos obstáculos es la baja calidad que aprecian en los servicios que reciben. Hay pruebas de que los dispensadores de cuidados de salud no son suficientemente conscientes de las necesidades de atención de salud y las preferencias de los pobres, o no les prestan suficiente atención, y de que es muy general un trato áspero y poco respetuoso por parte de esos dispensadores.⁴² Los pobres se enfrentan a los siguientes obstáculos, entre otros, en su búsqueda de atención de salud y de acceso a los cuidados:⁴³

- Físicos, como la distancia a las instituciones de salud;
- Calidad deficiente de los servicios, real o percibida;
- Obstáculos financieros relacionados con los costos siguientes:
 - Costos directos (honorarios por los servicios, costos de las pruebas y los medicamentos, etc.);
 - Costos indirectos (transporte, alimentos);
 - Costos de oportunidad (salarios perdidos, tiempo dedicado, otros gastos familiares que han tenido que recortarse);
- Obstáculos relacionados con el conocimiento o con la sensibilidad;
- Obstáculos sociales, culturales (distancia social, cultural, o lingüística respecto de los dispensadores de cuidados de salud).

El Banco Mundial ha identificado cuatro modos en que los servicios están dejando de lado a los pobres. Primero, si bien los gobiernos dedican aproximadamente una tercera parte de su presupuesto a la salud y la educación, no necesariamente llegan a los pobres. El gasto público en salud y educación beneficia generalmente a los relativamente ricos. Por ejemplo, en la India, la quinta parte más rica de la población recibe una subvención de atención de salud que es el triple de la que reciben los más pobres.⁴⁴

Segundo, aun cuando el gasto público pueda redistribuirse para que favorezca a los pobres, el dinero no siempre llega a los dispensadores de servicios más primordiales, como son las escuelas pequeñas y las clínicas situadas en lugares del país remotos. Tercero, aun cuando se aumente la parte asignada a las regiones alejadas, los docentes, los médicos y las enfermeras trabajan a menudo en un sistema en que abunda la corrupción, los incentivos para la prestación de servicios son débiles, y no se vigila el absentismo. Por ejemplo, en una encuesta sobre las instituciones de atención primaria de salud en

Bangladesh se constató que el índice de absentismo entre los médicos era del 74%.⁴⁵ Aun cuando asisten a los servicios, algunos dispensadores tratan mal a las personas.

El hecho de que no se abordan las causas de la escasa demanda de cuidados de salud es la cuarta razón por la que los servicios no llegan a los pobres. Muchas veces las personas pobres no envían a sus hijos a la escuela ni los llevan a una clínica. Ello puede atribuirse a las deficientes instalaciones de salud, a factores culturales o las distancias sociales que hay entre los pobres y los dispensadores de los servicios. En Bolivia, el 60% de los niños que murieron antes de la edad de cinco años no tuvieron asistencia de un dispensador oficial de salud durante su enfermedad. Aun cuando los servicios son gratuitos, las familias pobres no disponen muchas veces del tiempo que necesitan para recorrer la distancia necesaria (7,99 km. a la escuela primaria más cercana, en Malí, o 22,9 km. hasta la instalación médica más cercana, en Camerún).⁴⁶

Sensibilidad cultural de las enfermeras a ambos lados de la frontera

En la frontera entre los Estados Unidos y México, donde viven nueve millones de personas, están batiéndose todo tipo de récords indeseables en relación con la salud. Esos récords son: el más alto índice de embarazos de adolescentes, el más alto índice de obesidad, el más alto índice de diabetes, y el más alto índice de heridos en accidentes de automóviles por no llevar abrochado el cinturón de seguridad.

Unos 3,4 millones de personas están por debajo del 200% del nivel de la pobreza. Más de una tercera parte están atrapados en condiciones de vida ínfimas que requieren ayuda especial. La gran mayoría no puede permitirse un seguro de enfermedad, por lo que no buscan cuidados médicos preventivos y comprenden difícilmente por qué tienen que cuidar su presión sanguínea o su nivel de colesterol cuando no se sienten enfermos. Para complicar aún más las cosas, la desigualdad económica entre México y los Estados Unidos empuja cada día a más de 800.000 personas a cruzar una frontera que tiene más de 3.000 km.

Rudy es uno de los enfermeros cultural y lingüísticamente competentes que desempeña una función capital en la reducción de las graves desigualdades que se plantean a las poblaciones de la frontera entre los Estados Unidos y México. Un enfermero de familia en un centro médico de la frontera entre México y Arizona, es también presidente de la sección local de la asociación de enfermeras de habla española. "En tanto que enfermeras, explica, vemos sus problemas de salud cada día: agotamiento por el calor, hipotermia, y envenenamiento. Llegan a estar tan sedientos cuando cruzan el desierto, que beben cualquier cosa, inclusive líquido anticongelante. Si consiguen llegar a urgencias, les enviamos a diálisis".

"En la frontera, la peor enfermedad es la pobreza", insiste Rudy, "da lugar a desempleo, embarazos de adolescentes, falta de vivienda de calidad, violencia doméstica, diabetes, cáncer y otras desgracias." A Robert, enfermero hispanico en una clínica de una ciudad fronteriza de Texas, le gusta su trabajo: "Aquí, llegas a saber cómo vive la gente y qué clase de recursos tienen. Llegas a conocer a sus familias y a entender a los pacientes como personas".

Sistemas de salud favorables a los pobres

En todo planteamiento sanitario favorable a los pobres se concede prioridad a la promoción, la protección y el mejoramiento de la salud de las personas pobres. Como se afirma en la Declaración de Política del CIE:

“El Consejo Internacional de Enfermeras y sus asociaciones nacionales de enfermeras miembro defienden el desarrollo de sistemas nacionales de atención de salud que dispensen diversos servicios de salud esenciales accesibles a toda la población, según se determine en el país en cuanto a cuidados preventivos y curativos.

Cuando esos servicios no están públicamente financiados, el CIE considera que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar unos servicios de salud accesibles a los grupos vulnerables.”⁴⁷

Los sistemas de salud han de centrarse en los servicios que aborden las principales necesidades de salud de los pobres, lleguen a los grupos vulnerables de modo más equitativo y mejoren su salud. Para adoptar un planteamiento favorable a los pobres, los sistemas de salud pueden:⁴⁸

Centrarse en estrategias de recursos humanos: En todo el mundo los sistemas de atención de salud tienen que hacer frente a la escasez de profesionales de salud, aceptar personal sin supervisión, hacer frente a un gran número de cambios de personal, bajos salarios y condiciones de trabajo deficientes. En muchos países, los trabajadores de salud caen también en el absentismo y falta de motivación, y prestan servicios de calidad deficiente. Las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras pueden intervenir en las iniciativas de los gobiernos encaminadas a:

- Analizar la combinación de capacidades de los trabajadores de salud; estudiar las posibilidades que tienen las enfermeras, matronas, auxiliares médicos y otros de llegar a las personas pobres y vulnerables.
- Reorientar la formación para centrarla en la promoción de la salud y en los servicios preventivos y de información.
- Proporcionar incentivos financieros y no financieros, como salarios adecuados, alojamiento, protección contra la violencia en el trabajo, y formación continua.
- Crear oportunidades de trabajo e incentivos para trabajar en lugares remotos y con escasos servicios.
- Impulsar el acceso a la tecnología de la información y de las comunicaciones para que el personal de salud mejore sus niveles de adiestramiento y de formación continua.

Fortalecer los servicios de salud: Al tratar las enfermedades especialmente asociadas con la pobreza y las necesidades prioritarias de salud de los pobres se reducirá la carga de las enfermedades transmisibles y crónicas. Los sistemas de salud débiles y en quiebra están inadecuadamente preparados para abordar las necesidades de salud de la sociedad en general y las de los pobres en particular. Las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras pueden ser activas colaboradoras con las administraciones, los organismos de desarrollo, las ONG y otros para:

- Mejorar el acceso a los servicios de salud maternoinfantiles, con inclusión de los cuidados prenatales, los cuidados especializados antes del parto y durante él, y los cuidados de urgencia.
- Promover estilos de vida sanos e impedir estados crónicos como la diabetes, los problemas respiratorios, los problemas de salud mental y psicosociales, las lesiones y las enfermedades relacionadas con el uso del tabaco o el alcohol.
- Prevenir las enfermedades transmisibles tales como las infecciones de las vías respiratorias superiores, el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo, la diarrea y la desnutrición, que afectan a los pobres de manera desproporcionada.
- Establecer prioridades de acuerdo con las necesidades de salud de los pobres, y hacer participar a éstos en la identificación de sus necesidades.
- Analizar los datos de atención de salud para establecer el estado de salud, las necesidades de servicios de salud, y el uso de esos servicios por los pobres y las personas vulnerables.
- Dirigirse a las poblaciones vulnerables y mal servidas, como las poblaciones rurales alejadas, los refugiados y las personas desplazadas.
- Asegurar la disponibilidad de medicamentos y equipos en los servicios de salud.
- Mejorar la moral del personal y su capacidad para dispensar cuidados de calidad.
- Mejorar la actitud y el comportamiento del personal de salud, sobre todo para con los pobres.

La enseñanza y la atención de las enfermeras mejora la salud de una comunidad peruana pobre

Dirigido por dos profesores, un equipo de nueve estudiantes avanzados de enfermería de una universidad de Filadelfia se trasladaron a una lejana aldea peruana. Perseguían la meta de formar a las familias para mejorar sus niveles de salud y de vida. Si bien constataron que los cuidados intensivos de muchas enfermedades resultaban imposibles, otras medidas más sencillas eran muy eficaces. Entre estas medidas estaban la formación en nutrición, la prevención de las enfermedades, las inmunizaciones, los saneamientos, la higiene y la preparación de los alimentos. Se impartieron clases en el Heimlich Maneuver y sobre problemas de salud de la mujer, con inclusión de un autoexamen de mama.

Las enfermeras dividían su día entre las visitas a las familias por la mañana, y las clases que impartían por la tarde. En las casas, tomaban la presión sanguínea, vendaban las heridas y asistían a las víctimas de ataques, diabetes, insuficiencias cardíacas y cáncer, explicándoles cómo tomar sus medicamentos y diciéndoles cuándo debían visitar a los médicos. Las enfermeras constataron que la pobreza impedía a muchas familias visitar al médico o seguir los tratamientos. Una enfermera joven observó que lo que la comunidad necesitaba realmente de ellas era "aliento y cuidados." Observó que las clases "servían para ayudar a los miembros de la comunidad a cuidarse mejorando las rutinas de su vida diaria".

Karen, una de las estudiantes, comentó a su vuelta que había presenciado "una sabiduría inherente a otra cultura, una enorme habilidad y resistencia humana. Aquellos a quienes nosotros enseñábamos y cuidábamos nos enseñaban, a su vez, mucho más, lecciones que no pueden aprenderse en las clases ni en los libros". El equipo consideró que con su intervención se echaban los cimientos para una salud mejor y se impulsaba el avance de la comunidad.

Favorecer mecanismos equitativos de financiación de la atención de salud:

La actual reforma de la atención de salud y las medidas de contención de costos tales como los de usuario, el reparto de los costos y la privatización de los servicios de salud plantean problemas de equidad y de acceso de todos a los cuidados de salud, especialmente de los pobres. Los mecanismos de financiación de la salud no deben ser obstáculo para el acceso de los pobres a esos cuidados, ni deben contribuir a su empobrecimiento ni aumentar su carga financiera. Los servicios de salud financiados o subvencionados con fondos públicos, los sistemas de pago previo y las contribuciones al seguro médico hacen que los desembolsos sean menores en los momentos de enfermedad y aseguran a todas las personas un acceso equitativo a la salud. Las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras han de participar con los gobiernos, los organismos de desarrollo, las ONG y otros en las iniciativas encaminadas a:

- Influir en favor de la aplicación de estrategias financieras equitativas que protejan a todos, en particular a los pobres, contra la exclusión de los servicios de salud o contra toda grave carga financiera.
- Fomentar el acceso a la atención de salud de los grupos que tienen una capacidad limitada para hacer frente a los pagos de usuario o a las contribuciones de los seguros, como las mujeres que tienen menos ingresos.
- Desarrollar distintos mecanismos que limiten los pagos al contado en los momentos de enfermedad.
- Favorecer los planes de financiación comunitarios y los seguros voluntarios en que participen activamente los pobres.
- Vigilar la manera en que influyen en el empleo de los servicios de salud por los pobres los métodos de reparto de costos, tales como el pago de derechos de usuario y otros planes de generación de ingresos.
- Influir a favor de la gratuidad de los servicios de atención primaria de salud para los pobres.
- Identificar los grupos y comunidades más vulnerables que deban tener acceso a los servicios de salud.
- Identificar las principales enfermedades y los estados que son causa de pesadas cargas de enfermedad, pérdida de productividad y muerte.
- Elaborar políticas y procedimientos para que la hospitalización sea gratuita para los pobres.

Cuadro 3: Ejemplos de los principales tipos de políticas y leyes relacionados con la salud a lo largo del ciclo de la vida de los pobres.

Políticas y leyes relacionadas con la pobreza, que afectan a la salud a todo lo largo del ciclo de la vida	
Finalidad de la política	Ejemplo de ley
Fase 1: Antes de la concepción	
1. Facilitar métodos anticonceptivos adecuados a las mujeres pobres y vulnerables.	Los anticonceptivos se facilitarán gratis o a bajo costo a los pobres.
Fase 2: Embarazo y primeras fases del feto	
1. Establecer edad mínima para el matrimonio.	Matrimonio legal: para la mujer, 18 años; para el hombre, 20 años.
2. Definir los cuidados prenatales mínimos para las mujeres pobres.	Las mujeres tienen derecho a tres visitas gratuitas antes del parto.
3. Regular el trabajo de los trabajadores de salud voluntarios, p. ej. las parteras tradicionales.	Se permite a las parteras tradicionales asistir a los partos, después de recibir formación.
Fase 3: Parto y bienestar de la madre y del recién nacido	
1. Facilitar el acceso de las mujeres pobres a parteras capacitadas.	Formar un número mínimo de parteras que asistan a los partos a domicilio.
2. Reducir la tasa de mortalidad materno-infantil.	Investigaciones obligatorias de muertes de madres y recién nacidos.
3. Prohibir la mutilación genital femenina.	La mutilación genital femenina es un delito punible.
4. Promover el amamantamiento sólo durante los seis primeros meses.	Restringir los alimentos artificiales.
Fase 4: Infancia	
1. Fomentar el acceso a los servicios de salud infantil, p. ej. los de vigilancia del crecimiento y de inmunización.	Servicios gratuitos de vigilancia e inmunización para niños menores de x años.
2. Prevención de la desnutrición de los niños que viven en regiones afectadas por la sequía.	Facilitar alimentación complementaria.
3. Eliminar la discriminación contra las niñas.	Vigilar los abortos de fetos femeninos y las muertes de niñas recién nacidas.
Fase 5: Niñez	
1. Prevención de las caries dentales.	Añadir fluor al suministro de agua.
2. Prevención de enfermedades diarreicas.	Imponer higiene alimentaria. Mejorar el acceso al suministro de agua potable.
3. Erradicar la prostitución, el tráfico y	Perseguir a los culpables adultos y a los

el trabajo de niños.	traficantes. Hacer cumplir las leyes que prohíben el trabajo infantil.
Fase 6: Adolescencia	
1. Mejorar el acceso a los servicios de salud de la reproducción, p. ej. los de contracepción, educación sexual, prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.	Prestar a la juventud servicios favorables, atención de salud escolar, formación por homólogos, centros de acogida, etc.
2. Impedir el abuso del tabaco, del alcohol, los medicamentos y otras sustancias que son objeto de abuso.	Prohibir la publicidad y las ventas de tabaco, alcohol, etc.
3. Reducir el número de heridos y muertos en el tráfico rodado.	Imponer una edad mínima para el permiso de conducir.
Fase 7: Adultos	
1. Frenar las enfermedades relacionadas con las deficiencias del alcantarillado y la falta de agua potable.	Mejorar el alcantarillado y el acceso al suministro de agua potable.
2. Seguridad alimentaria para los pobres.	Subvencionar los alimentos básicos, el intercambio de alimentos por trabajo, los derechos de la mujer a la tierra.
3. Mejorar el acceso a los servicios de salud de la reproducción, incluidos los de planificación familiar, para los grupos de bajos ingresos.	Regular los servicios basados en la comunidad.
4. Impedir la violencia doméstica contra la mujer.	Prestación de ayuda jurídica, vivienda.
5. Luchar contra el estigma atribuido a las personas que viven con el VIH/SIDA.	Medidas jurídicas y educativas.
Fase 8: Personas mayores	
1. Mejorar para las personas mayores la posibilidad de acceder a viviendas protegidas.	Provisión de hogares y subvenciones de los ingresos para las personas mayores.
2. Aumentar la seguridad alimentaria de las personas mayores que son refugiados.	Subvención alimentaria, alimentos por trabajo.
3. Prestar apoyo a las personas mayores que cuidan a niños huérfanos del SIDA.	Cuidados a domicilio y en la comunidad, apoyo a los ingresos, etc.

Fuente: adaptado de Feuerstein, M-T. (1997), *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. P.89-92. Macmillan: London.

Conclusión

La pobreza y la salud están relacionadas entre sí. Para entender los efectos que la pobreza ejerce sobre la salud y los que la mala salud ejerce sobre la pobreza, las enfermeras y las ANE pueden colaborar con múltiples sectores para romper el vínculo. Los cursos de acción que sigan las enfermeras y otras personas para mejorar la salud contribuyen a reducir la pobreza. Análogamente, las acciones que se emprenden para reducir la pobreza tienen resultados de salud positivos. Para entender adecuadamente la pobreza, es preciso analizar y describir sus factores determinantes. También es importante entender los efectos que la pobreza ejerce sobre la salud. Si bien la pobreza va en aumento en todo el mundo, parece que hay un interés renovado en abordarla, junto con sus efectos. El acuerdo sobre las Metas de desarrollo para el milenio, la Comisión de Macroeconomía y salud, de la OMS, y la Cumbre mundial sobre el Desarrollo sostenible son señales de que aumenta la voluntad de reducir la pobreza.

Para elaborar sistemas y políticas de salud favorables a los pobres, es importante identificar los sectores que influyen decisivamente en la salud y en la reducción de la pobreza, y establecer prioridades en ellos. La educación y la salud son de importancia fundamental para reducir la pobreza y ocupan un lugar destacado en las Metas de desarrollo para el milenio. La educación primaria, especialmente para la mujer, está fuertemente relacionada con el mejoramiento de la atención de salud para los niños, las familias y las comunidades. La seguridad alimentaria guarda relación con la nutrición y la salud. El acceso al agua y al alcantarillado son esenciales para reducir las enfermedades infecciosas. La prevención de la violencia y las lesiones son medidas eficaces de salud pública para reducir la carga de muerte. Las actuaciones en éstos y otros sectores son de importancia capital para mejorar la salud y frenar la espiral de la pobreza.

HERRAMIENTAS
PARA
TRABAJAR CON LOS POBRES

Acción contra la pobreza – En favor de la salud

- Presionar a las administraciones locales, regionales y nacionales para que inviertan en educación y en modelos para sistemas de atención de salud locales que lleguen a quienes más necesitan los cuidados.
- Hacer a las enfermeras más conscientes de la importancia que tiene la defensa de los pobres y tratarlos con respeto, y elaborar y publicar una declaración de política general.
- Promover una preparación formativa y una práctica de enfermería que satisfagan las necesidades de los pobres y de las poblaciones de riesgo.
- Trabajar para conseguir que la formación de enfermería, con inclusión de la formación continua, incluya información acerca de los factores determinantes de la salud, acerca de la capacitación, y sobre el trabajo con las comunidades y los grupos vulnerables para abordar sus necesidades propias.
- Hablar. Publicar un comunicado de prensa sobre la pobreza (véase ejemplo) con datos estadísticos (véase ejemplo) sobre el Día internacional de las enfermeras.
- Dar a las Metas de desarrollo para el milenio (MDM) amplia publicidad entre los miembros de la asociación.
- Iniciar una campaña de salud a favor de los pobres para dar prioridad a la promoción, protección y mejoramiento de la salud de las personas pobres.
- Acción de seguimiento en apoyo de las Metas de desarrollo para el milenio en los tres objetivos de salud que han de conseguirse antes de 2015: reducir el número de muertes de niños, la mortalidad materna y la difusión del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.
- Establecer asociaciones con otros sectores para incluir la pobreza en el programa de la salud y, en concreto, abordar las demás Metas de desarrollo para el milenio enumeradas en el Cuadro 2.
- Participar en los comités nacionales de coordinación del Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis, y el paludismo, que distribuye fondos a los países más afectados por el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, para combatir esas enfermedades.

- Hacer presentaciones al Ministerio de Sanidad y otros sectores para que se apliquen las recomendaciones de la Comisión de macroeconomía y salud, con el fin de que se incrementen las inversiones en salud y se amplíen los servicios de salud próximos al cliente.
- Abogar por que se fomente la comprensión de que la salud tienen importancia capital para el desarrollo.

Metas de desarrollo para el milenio relacionadas con la salud	
Los objetivos y metas de la Declaración del milenio	Indicadores de seguimiento de los progresos
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	
Meta 5: Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad de menores de 5 años. - Tasa de mortalidad infantil. - Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015 el coeficiente de mortalidad materna.	<ul style="list-style-type: none"> - Coeficiente de mortalidad materna. - Proporción de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado.
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 7: Haber detenido la difusión del SIDA antes de 2015 y haber iniciado su retroceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años embarazadas. - Coeficiente de uso del preservativo en los casos de contracepción. - Número de niños huérfanos por el VIH/SIDA.
Meta 8: Haber detenido la difusión del paludismo y otras enfermedades importantes antes de 2015 y haber iniciado su retroceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Índices de prevalencia y mortalidad relacionados con el paludismo. - Proporción de la población de las regiones con riesgo de paludismo, que aplican medidas eficaces de prevención y tratamiento. - Índices de prevalencia y mortalidad relacionados con la tuberculosis. - Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento directamente observado.
Objetivo 8: Instaurar una colaboración mundial para el desarrollo	
Meta 17: En cooperación con las compañías farmacéuticas, facilitar el acceso a medicamentos esenciales económicos en los países en desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de la población que tiene acceso a medicamentos esenciales económicos, de manera sostenible.

Fuente: Metas de desarrollo para el milenio, de las Naciones Unidas. Sitio Web de las Naciones Unidas: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html>.

MODELO DE COMUNICADO DE PRENSA**Los pobres tienen una vida más corta y enfermedades más frecuentes que los ricos**
Las enfermeras atacan la pobreza y su vínculo con la mala salud

Ginebra 12 de mayo de 2004 — Con ocasión del Día Internacional de la Enfermera, las enfermeras de todo el mundo van a poner de relieve los vínculos que existen entre pobreza y salud y van a abogar a favor de una intervención multisectorial para reducir la pobreza y mejorar la salud. La pobreza es un problema complejo y generalizado en todo el mundo. Más de la mitad del mundo en desarrollo y en transición vive en la pobreza: unos 1.200 millones de personas, o el 23% de la población mundial, viven con 1\$ EE.UU., o menos, al día. Otros 1.600 millones de personas se las arreglan con 1 a 2\$ EE.UU. al día.¹

En la mayoría de los países, la pobreza tiene rostro de mujer, ya que aproximadamente el 70% de los 1.200 millones de personas que viven en la pobreza son mujeres. En muchos países, la pobreza de la mujer ha aumentado sensiblemente más que la de los hombres, en los dos últimos decenios. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de ser analfabetas y tienen muchas más probabilidades de sufrir enfermedades relacionadas con la pobreza, como la anemia por deficiencia de hierro, y la carencia de energía proteínica.²

“La pobreza es la mayor calamidad a que nos enfrentamos hoy. En tanto que enfermeras, cada día encontramos personas que, por la pobreza, no pueden satisfacer sus necesidades básicas y vemos cómo esto les hace más susceptibles a la enfermedad y a una muerte temprana”, dijo Christine Hancock, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras. “La crueldad especial de la pobreza es su círculo vicioso según el cual las personas no tienen acceso a la salud, la educación ni otros medios de incrementar sus ingresos y de mejorar el estado de su salud. Y, sin embargo, sin una buena salud quedan gravemente mermadas las posibilidades de una persona para escapar de la pobreza.”

Las enfermeras piden inversiones en la formación, en la atención de salud y en una política social idónea para mejorar los resultados de salud. En su campaña para reducir la pobreza y sus repercusiones negativas en la salud,

¹ Oficina Internacional del Trabajo. (2003). *Salir de la pobreza*. Conferencia Internacional del Trabajo, 91º, periodo de sesiones, 2003: Informe del Director General. Ginebra.

² Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Hoja informativa sobre Género, salud y pobreza*, Recuperado el 14 de agosto de 03 del sitio <http://www.who.int/inf-fs/en/fact251.html>.

defienden la equidad en el acceso a los servicios de salud, unas normas de trabajo justas, lugares de trabajo seguros y derechos iguales para la mujer.

Al ser la profesión de salud que más confianza merece, las enfermeras pueden trabajar eficazmente con los pobres y por los pobres para conseguir que las voces de éstos se oigan, que se incluyan en las decisiones que les conciernen y que se aborden los problemas de desigualdad de acceso, de empleo, de servicios, de géneros, de etnias y de razas.

Nota del editor

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de 125 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Para obtener más información, pónganse en contacto con Linda Carrier-Walker

Tel: (+41 22) 908 0100 - Fax: (+41 22) 908 0101

C. elect: carrwalk@icn.ch – Sitio web www.icn.ch

Datos y cifras: La verdadera historia de la pobreza y la salud

1.000 millones	Más de mil millones de los seis mil millones de personas que viven en el mundo no pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, agua, servicios sanitarios, atención de salud, vivienda y educación.
1.200 millones	Es el número de personas de los países en desarrollo y en transición que viven con 1 dólar EE.UU al día, o menos.
1.100 millones	Es el número de personas que sufren de desnutrición en el mundo.
El 70 %	De los 1.200 millones de personas que viven en la pobreza, el 70% son mujeres o niñas.
El 41 %	Del total de 180 millones de desempleados que hay en el mundo, el 41% tienen entre 15 y 25 años de edad.
5 veces	Los niños que viven en la pobreza tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de llegar a la edad de cinco años.
2,5	Quienes viven en la pobreza tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de morir entre las edades de 15 y 59 años, que los que pertenecen a grupos de ingresos mayores.
1 de 12	Es el riesgo de morir durante el embarazo en el África Subsahariana, frente a 1 de 4.000 en Europa.
Menos de 50	Es la esperanza de vida al nacer en los países menos adelantados, mientras que en los países industrializados la esperanza de vida es de 77 años.
El 49 %	De los 10,7 millones de muertes anuales de niños de menos de cinco años en todos los países en desarrollo, el 49% tiene relación con la desnutrición.
2 millones	Unos dos millones de niños mueren cada año - 6.000 al día – de infecciones causadas por los malos servicios de saneamiento.
115 millones	Es el número de niños y niñas que no asisten a la escuela. Las tres quintas partes son niñas.
42 millones	En todo el mundo, 42 millones de personas viven con el VIH/SIDA, 39 millones en los países en desarrollo.
El 10 %	Sólo el 10% del gasto mundial en investigación y desarrollo médicos va dirigido a las enfermedades que sufre el 90% más pobre de la población del mundo.
54	Es el número de países que en 2003 eran más pobres que en 1990.

Enfermería y desarrollo

Declaración de posición del CIE:

Como defensor de la salud de las comunidades y del desarrollo sostenible, el CIE colabora con las organizaciones de enfermería, atención de salud y otras para identificar las necesidades de las poblaciones en riesgo. El CIE trabaja de modo estratégico para capacitar a las enfermeras y otras personas para que establezcan y consigan metas para la enfermería y la atención de salud, que tomen en cuenta las necesidades, las condiciones y limitaciones sociopolíticas, demográficas y económicas y el contexto cultural locales.

El CIE invierte sus recursos para conseguir efectos óptimos en cuanto a resultados de salud y desarrollo de la enfermería y de la atención de salud. Favorece planteamientos nacionales eficaces en costos para conseguir la evolución de los sistemas de salud, incluido el trato justo y la seguridad de las enfermeras y los profesionales de salud. En la enfermería, el CIE insiste en fortalecer las asociaciones nacionales de enfermeras para impulsar la confianza de éstas en sí mismas y fomentar su capacidad para ayudar a otras personas.

El CIE favorece para el desarrollo un método de "cascada", en el que se espera que, a cambio de la asistencia, los asociados ayudarán a otros de manera análoga. Esto implica también aceptar responsabilidad y crear condiciones para el desarrollo local en un marco que insista en los principios de justicia, equidad, no discriminación, transparencia y flexibilidad.

El CIE es partidario de estrategias y políticas de desarrollo que:

- Incrementen los recursos y, al mismo tiempo, aporten una prosperidad adecuada para mejorar la salud y el bienestar, reducir las desigualdades sanitarias y facilitar un acceso a la atención de salud que sea equitativo y eficaz en costos.
- Capaciten a las mujeres y a los niños, para ejercer un mayor control de sus vidas y sus condiciones.
- Alienten la colaboración entre disciplinas y entre sectores.
- Protejan el medio ambiente natural.
- Favorezcan el desarrollo de la infraestructura en la enfermería y la salud.
- Contribuyan a que los grupos se ayuden a sí mismos y a los demás.

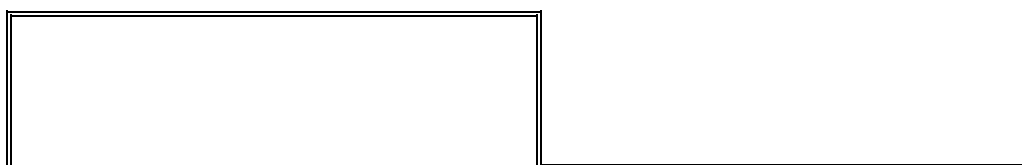
Antecedentes:

El CIE tiene la visión de un mundo sano en el que el acceso a la salud es un derecho humano fundamental. El CIE colabora con los gobiernos y las organizaciones nacionales e internacionales para ayudar a las poblaciones a conseguir un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

El CIE considera que el desarrollo crea unas condiciones que permiten a las poblaciones satisfacer sus necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer las suyas.¹ Para nosotros, el desarrollo sostenible se refiere a conseguir un marco en el que los grupos, comunidades y personas tengan acceso a los recursos y oportunidades, y tengan capacidad para ejercer sus derechos y utilizarlos para crear infraestructuras que fomenten la salud de las comunidades.

Fortalecer la profesión de enfermería es de importancia clave para mejorar la salud mundial. Al cumplir su mandato de representar a la enfermería en todo el mundo, impulsar a la profesión y conformar la política de salud, el CIE procura basar sus programas e iniciativas en sus valores de liderazgo con visión de futuro, totalidad, flexibilidad, asociación y realización.

Adoptada en 2000



El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de 125 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

¹ *Nuestro futuro común: Informe de la Comisión independiente sobre problemas de desarrollo internacional, Norte y Sur.* Cambridge, Massachusetts, 1987.

Servicios de salud asequibles financiados por el sector público

Declaración de posición del CIE:

El Consejo Internacional de Enfermeras y sus asociaciones nacionales de enfermeras miembros abogan por el desarrollo de sistemas nacionales de atención de salud que proporcionen una gama de servicios esenciales de salud accesibles a toda la población, que determina cada país, tanto en los cuidados preventivos como en los cuidados curativos.

El CIE está convencido de que, si esos servicios no están financiados por el sector público, los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar unos servicios de salud accesibles para los grupos vulnerables.

Los servicios de salud esenciales y accesibles deben determinarse según las necesidades de salud de cada país. Ha de haber en ellos un equilibrio entre la eficiencia, la efectividad de los costos y la calidad y ha de procurarse conseguir ese equilibrio con los recursos disponibles.

El CIE apoya los esfuerzos que hacen las asociaciones nacionales de enfermeras para influir en las políticas de salud y pública que se basan en las prioridades nacionales de salud, equidad, accesibilidad de los servicios esenciales, eficiencia (incluida la productividad), efectividad de los costos y calidad de los cuidados.

El CIE promueve la formación para el mejoramiento de la gestión y el liderazgo, que prepara a las enfermeras para una amplia diversidad de funciones y responsabilidades. El CIE apoya las iniciativas de las asociaciones nacionales de enfermeras para conseguir que la política oficial de unos servicios de salud con financiación pública no deteriore el nivel de la formación de enfermería que hacen necesario las complejas demandas de esos servicios.

El CIE y sus asociaciones miembros apoyan y promueven los principios de atención primaria de salud como medio de ayudar a incrementar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud esenciales a un costo que las comunidades y naciones puedan pagar.

Para conseguir unos servicios accesibles, eficientes en costos y de calidad, han de establecerse principios de reglamentación, normas y mecanismos adecuados, y han de aplicarse por igual en los servicios de salud privados y públicos.

Los sistemas de formación de enfermería han de garantizar que los planes de estudios se actualizan regularmente para satisfacer las necesidades del entorno cambiante, que se aplican adecuadamente y que se abordan las necesidades de formación constante..

Una población sana es un recurso nacional vital. Uno de los objetivos primordiales de toda nación ha de ser el de conseguir para la población el mejor estado de salud posible con los recursos disponibles.

El CIE y las asociaciones miembros han de mantener redes eficaces de contactos con los grupos interesados que corresponda, para conseguir que la asignación de los recursos y disponibilidad de los servicios se basen en las necesidades y prioridades, y promuevan la atención primaria de salud y tengan en cuenta consideraciones de calidad, además de los costos.

Este objetivo se hace más difícil por:

- el aumento de la demanda de servicios de salud (por factores tales como el carácter cambiante y el número de los problemas de salud, el envejecimiento de las poblaciones y las crecientes expectativas del público);
- el aumento de los costos de la atención de salud a menudo relacionado con la insuficiencia de los recursos y con el hecho de que se da mayor importancia a costosas aplicaciones de tecnología avanzada.
- la utilización inadecuada de los recursos disponibles por las ineficiencias en la planificación y en el establecimiento de prioridades, y en el empleo y la gestión de los sistemas de atención de salud.

En numerosos países la reforma del sistema de salud trata de abordar estos problemas. Ello tiene repercusiones en los componentes privado y público de los sistemas de salud.

Adoptada en 1995
Última revisión en 2001

Declaración de posición relacionada:

- Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería

Publicaciones del CIE:

- **La rentabilidad de los servicios de atención de salud**, Ginebra, CIE, 1993
- **Costo de los servicios de enfermería**, Ginebra, CIE, 1993

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de 125 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Acceso universal al agua potable

Posición del CIE:

El CIE considera que el derecho al agua no es negociable. El acceso seguro al agua potable es una necesidad universal y un derecho humano fundamental; un recurso esencial para satisfacer necesidades humanas básicas y para mantener la vida y el desarrollo. El agua es un bien público y el CIE se opone a la privatización de los servicios hidráulicos y de los recursos hídricos.

El CIE está también convencido de que con dedicación y voluntad política de parte de los gobiernos y otras personas y empleando la tecnología adecuada puede ponerse al alcance de todos, y a bajo costo, agua potable y segura.

El CIE apoya el objetivo, establecido en las Metas de desarrollo para el milenio, de las Naciones Unidas, que tienden a reducir a la mitad, en 2005, la proporción de las personas que no tengan acceso sostenible al agua potable segura.¹ El acceso es uno de los aspectos más importantes de las estrategias eficaces para aliviar la pobreza.

El CIE hace un llamamiento a las enfermeras y a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) para que:

- colaboren con los representantes de otros sectores, como los de las administraciones locales y de los recursos hídricos, para influir a favor de un abastecimiento de agua potable y segura.
- insten a sus gobiernos a que provean de agua segura y accesible a toda la población.
- influyan por un planteamiento favorable a los pobres, sensible al género y basado en la comprensión de las funciones de la mujer y del hombre en la gestión del agua, para que las mujeres y los hombres participen por igual en la consecución de un mayor acceso al agua potable.

El CIE pide además a las enfermeras y a las ANE que colaboren con los órganos nacionales e internacionales que se ocupan del suministro de agua, para:

- reforzar la vigilancia y conseguir que los suministros de agua se vean libres de ataques intencionados, mediante agentes biológicos químicos u otros agentes dañinos,
- influir a favor de políticas de reglamentación sensatas que aseguren el acceso de todos al agua potable, y

¹ Naciones Unidas. Cumbre de las Naciones Unidas para el Milenio, Septiembre 2000.

- vigilar las consecuencias de salud pública que tiene la desreglamentación y la privatización del suministro de agua, especialmente para las poblaciones vulnerables.

Antecedentes

Las enfermeras trabajan con las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.² La misión de la enfermería, que consiste en alcanzar estas metas, se vería frustrada sin el acceso de la población a un suministro de agua potable y segura.³

El rápido crecimiento demográfico, unido a la industrialización, la conurbanización, la intensificación de la agricultura y los estilos de vida que precisan de gran cantidad de agua, está produciendo una crisis mundial de agua. Aproximadamente el 20% de la población carece de acceso al agua potable segura, mientras que el 50% no tiene acceso a un sistema seguro de saneamiento.

Más de 3 millones de personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el agua, como la diarrea⁴; y millones de personas sufren enfermedades, como la disentería y el tracoma. Las enfermedades causadas por unos saneamientos e higiene deficientes provocan la muerte de 2 millones de niños cada año.⁵

Por la degradación y la contaminación medioambiental, cada vez mayores, las fuentes de suministros de agua se ven amenazadas de contaminación con aguas sucias, bacterias dañinas, productos químicos como los nitratos; metales pesados como el plomo y el mercurio; arsénico y compuestos orgánicos duraderos.

La falta de suministro de agua potable es una grave amenaza para la salud pública. Además viene a añadirse a la pesada carga que en algunos países soportan las mujeres, quienes muchas veces recorren grandes distancias para buscar el agua, que transportan a sus espaldas, con graves consecuencias para su salud. A pesar de lo abrumador de la tarea de traerla, esa agua está muchas veces contaminada con desechos animales, humanos o industriales y otros contaminantes, lo que tiene graves consecuencias para la salud.

Es causa de creciente preocupación la posibilidad de que las fuentes de suministro de agua sean el objetivo de ataques mediante agentes bacteriológicos, químicos y otros con la intención de causar daño a grandes poblaciones.

² Consejo Internacional de Enfermeras (2000), Código deontológico para la profesión de enfermería. Ginebra, CIE.

³ www.unep.org.

⁴ World Health Organization. Water and Health. Bulletin of the World Health Organisation, 79 (5), 486.

⁵ WSSCC/WHO/UNICEF Global Assessment Report, 2000.

Las tendencias mundiales hacia la desreglamentación y la privatización del suministro de agua son obstáculos graves que se oponen al acceso universal al agua potable y segura.

Adoptada en 1995
Revisada en 2002

Declaraciones de posición relacionadas:

- Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida.
- Hacia la supresión de las armas de guerra y conflicto.
- Las enfermeras y la atención primaria de salud.
- Las enfermeras y los derechos humanos.

Publicaciones del CIE:

- La enfermería importa: Agua pura en los hogares: prevenir enfermedades y salvar vidas.

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de 125 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Referencias

- ¹ Oficina Internacional del Trabajo. (2003). *Working Out of Poverty*. Conferencia Internacional del Trabajo, 91ª sesión, 2003: Informe del Director General. Ginebra.
- ² Feuerstein, M.T. (1997). *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. Macmillan Education LTD, London.
- ³ *Op cit.*, nota 2.
- ⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2001). *Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights: Poverty and the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Declaración adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 4 de mayo de 2001.
- ⁵ OCDE/OMS (2003); *Poverty and Health. DAC Guidelines Series and References*. pág. 20.
- ⁶ *Op cit.*, nota 2.
- ⁷ Ravallion, M (2003), *El debate sobre la globalización, la pobreza y la desigualdad: Por qué son importantes las mediciones*. Grupo de investigación para el desarrollo, Banco Mundial.
- ⁸ *Op cit.*, nota 3.
- ⁹ *Op cit.*, nota 2.
- ¹⁰ *Op cit.*, nota 3.
- ¹¹ *Op cit.*, nota 2.
- ¹² *Op cit.*, nota 3.
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Boletín sobre género, salud y pobreza*. Recuperado el 14 de agosto de 2003 de la dirección: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact251.html>
- ^{15,16} *Ibid.*
- ¹⁷ *Ibid.*
- ¹⁸ *Ibid.*
- ¹⁹ *Ibid.*
- ²⁰ *Ibid.*
- ²¹ *Ibid.*
- ²² *Declaración de las Naciones Unidas sobre el Milenio, Resolución 55/2* adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000.
- ²³ Feuerstein, M.-T. (1997), *Poverty and Health: Reaping a Richer Harvest*. p. 19-34. London: Macmillan.
- ²⁴ Feuerstein, M.-T. *Op cit.* p. 24-27.
- ²⁵ OMS, Oficina Regional para el Pacífico Occidental. *Conjunto de instrumentos sobre pobreza, género y salud*. WPRO.
- ²⁶ *Supra*, nota 2.
- ²⁷ *Ibid.*
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ *Ibid.*
- ³⁰ OMS, *Nutrición para la salud y el desarrollo y Desarrollo sostenible y entornos saludables*. (2000). *Nutrición para la salud y el desarrollo: Programa mundial contra la desnutrición*.
- ³¹ United Nations Development Programme (UNDP). (2003). *Fact Sheet: Clean Water and Sanitation for the Poor*. Retrieved 18 August 2003 from <http://www.undp.org/dpa/publications/FSwater120303E.pdf>.
- ³² ONUSIDA (2002), *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA*.
- ³³ ONUSIDA (2002) *Boletín*. www.unaids.org.
- ³⁴ WHO. (2003). *Malaria Fact Sheet*. Retrieved 18 Aug 2003 from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact094.html>.
- ³⁵ WHO (2001), *Towards A TB Free Future*.WHO/CDS/STB/2001.13.
- ³⁶ Patel V., Kleinman A. (2003), *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81(8): 609-613.
- ³⁷ *Op cit.*, nota 3.
- ³⁸ OMS. (2003). *Boletín: La carga indefinida y oculta de los problemas de salud mental*. Recuperado el 18 de agosto de 2003 de <http://www.who.int/inf-fs/en/fact218.html>.
- ³⁹ OMS (2001), *Macroeconomía y salud: Invertir en salud para el desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre macroeconomía y salud*. OMS, Ginebra.
- ⁴⁰ Consejo Internacional de Enfermeras (2000), *El CIE sobre la Enfermería y el desarrollo: Documento de base de política general*. CIE, Ginebra.
- ⁴¹ OMS (2003), Oficina Regional para el Pacífico Occidental. *Marco e instrumento de análisis para la acción*.

⁴² OCDE, OMS (2003), *Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series. p. 40, OCDE: Paris.*

⁴³ OMS (2003), Oficina Regional para el Pacífico Occidental. *Marco e instrumento de análisis para la acción.*

⁴⁴ Peters D.H. et al. (2002), *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options. Washington D.C., Banco Mundial.*

⁴⁵ Jaffrè, Y.; J.-P. Olivier, and Olivier de Sardan, eds (2002), *Les Dysfonctionnements des Systèmes de Soins. Rapport du Volet Socio-anthropologique. Enquêtes sur l'Accès aux Soins dans 5 Capitales d'Afrique de l'Ouest. Marseille:UNICE-Cooperation Francaise.*

⁴⁶ Banco Mundial (2004). *Informe sobre el desarrollo mundial 2004. Hacer que los servicios funciones para los pobres.*

⁴⁷ Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), *Declaración de política sobre Cuidados de salud accesibles, públicamente financiados.* Revisada en 2001.

⁴⁸ OCDE y OMS (2003), *Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series. p. 29-49. Paris: OECD.*