



RS



NS



NS



Vicente Ferrer



RS



AU

SANIDAD

El sistema sanitario en la India

Durante los últimos 40 años, la India ha avanzado en la mejora de la salud y del bienestar de sus habitantes. La esperanza de vida ha aumentado de 44 a 66 años y la tasa de **mortalidad infantil** ha disminuido en más de dos terceras partes, según datos de 2013 del Índice de Desarrollo Humano (PNUD IDH). Andhra Pradesh se sitúa por encima de la media del país con una **esperanza de vida de 63,1 años**. Sin embargo, la aparición del VIH/SIDA ha comenzado a afectar a los *rankings* de epidemias, tanto a nivel regional como nacional.

Las limitaciones del sistema sanitario, las escasas condiciones higiénicas del país, la pobreza y el clima provocan numerosas infecciones y contagios de enfermedades. Uno de los problemas más relevantes de los servicios médicos públicos es que deberían proveer de tratamientos subvencionados o gratuitos a las personas más pobres, pero son incapaces de cumplir con su objetivo y ofrecer atención a toda la población rural. Así se demuestra una vez más que las **desigualdades sociales** también son patentes en el acceso a la salud, especialmente en un país con una alta demografía como es la India.

Los principales problemas de salud de la India que provocan un aumento de la mortalidad son: las **patologías neonatales** y las **enfermedades transmitidas de madre a hija/o**, la **deficiencia nutricional**, las **enfermedades cardiovasculares**, las **lesiones**, las **enfermedades crónicas respiratorias**, el **cáncer** y la **diabetes**.

La malnutrición infantil tiene una incidencia muy elevada en este país. En la India, **el 46% de las niñas y niños menores de tres años son demasiado pequeños para su edad** y el 47% tiene un peso bajo, especialmente las niñas. La malnutrición temprana tiene **consecuencias graves a largo plazo**, ya que impide el desarrollo motor, sensorial, cognitivo, social y emocional de la niña o niño con un mayor riesgo de enfermedad y muerte prematura. La anemia, así como la deficiencia de vitaminas y minerales, también afecta a la supervivencia y desarrollo de las mujeres y de las niñas y niños.

Además de las enfermedades y epidemias existentes en la India, otro factor de riesgo entre la población es la **falta de agua potable** y la calidad de la misma. Según la ONG *Water Aid*, las principales fuentes de contaminación son la materia fecal, la falta de saneamiento, la sobreexplotación de los recursos subterráneos y los productos químicos filtrados en el agua.

1. El sistema sanitario indio
2. Acuerdos Internacionales
3. Marco Legislativo y Político en la India

© FOTOS:

N: NAGAPPA / FVF

RS: RAMÓN SERRANO / FVF

NS: NEUS SOLÀ / FVF

AU: ALBERT URIACH / FVF



RS



NS



NS

**Vicente Ferrer**

RS



AU

1. EL SISTEMA SANITARIO INDIO

La calidad del cuidado médico en la India varía considerablemente y es **limitado o inaccesible para la población de las áreas rurales**. Por eso, es importante analizar la estructura del sistema sanitario a nivel local. Por ejemplo, en la base de la pirámide jerárquica de Anantapur se sitúan los subcentros sanitarios. Es decir, los primeros adonde la población rural puede acudir. Por encima, se encuentran los centros de salud primaria, piedra angular del sistema sanitario rural, subvencionados por el Gobierno indio. Estos centros cuentan con un equipo de personas capacitadas para brindar cuidados médicos a la población. Por encima, existen los hospitales locales o *taluka*, que atienden entre 90 y 100 pueblos contiguos, y, a nivel periférico, están los hospitales de distrito. El Departamento Público de Salud aborda la asistencia médica, incluyendo campañas de concienciación, inmunización, medicina preventiva y salud pública.

En toda la India, el difícil acceso a la sanidad pública ha fomentado el **aumento del sector privado** y ha convertido la sanidad en una de las más privatizadas del mundo. Este hecho se produce a causa de la falta de calidad y/o confianza en la sanidad pública o por la mala distribución de ésta por todo el territorio. La consecuencia directa para las familias de la India se traduce en el desembolso de grandes sumas de dinero para acudir al médico o al hospital. A pesar de los inconvenientes del auge del sector privado, el Gobierno indio también colabora con entidades de salud privadas, ya que ve en éstas una posibilidad de hacer frente y mejorar el problema de acceso a la sanidad.

El presupuesto público en salud para el año 2010-2011 supone **menos del 0,36% del PIB previsto**.

En cuanto a la participación de las ONG en algunos de los programas de salud, el Gobierno indio y varios organismos internacionales, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), favorecen la **creación y colaboración en distintos programas sanitarios**.

2. ACUERDOS INTERNACIONALES

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (Kazajistán) en 1978, la atención primaria se convirtió en un concepto fundamental para la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de ese momento, la meta fue conseguir la **salud para todos**. El compromiso fue lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa (Canadá) en noviembre de 1986, ya mostró interés por lograr la salud universal ante las crecientes expectativas de los debates en todo el mundo que reclamaban un reparto equitativo del acceso a los servicios sanitarios.

No fue hasta 1998 cuando esta idea se materializó en una nueva política sanitaria mundial: "Salud para Todos en el Siglo XXI". Esta normativa incorpora elementos adicionales no incluidos en

© FOTOS:
N: NAGAPPA / FVF
RS: RAMÓN SERRANO / FVF
NS: NEUS SOLÀ / FVF
AU: ALBERT URIACH / FVF



RS



NS



NS

**Vicente Ferrer**

RS



AU

Alma-Ata. Entonces se ofreció por primera vez una perspectiva de género y se consideró la necesidad de tratar la salud como **elemento central del desarrollo humano sostenible**. También se dio especial protagonismo a la sociedad civil en la gestión de la salud.

En la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2001, 189 estados se comprometieron a implantar una Estrategia Mundial del Sector Sanitario (GHSS) para el VIH/SIDA que abarcaba diez prioridades, **desde la prevención hasta el tratamiento**, pasando por la **financiación**. El texto también reconocía que el VIH/SIDA constituía “una emergencia mundial y uno de los mayores desafíos para la vida y la dignidad humanas”.

Entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015 también se encuentra reducir a la mitad la **pobreza extrema**, hacer **retroceder la propagación del VIH**, **reducir la mortalidad materna** y conseguir que decrezcan los casos de paludismo y otras infecciones.

3. MARCO LEGISLATIVO Y POLÍTICO EN LA INDIA

Según la Constitución india, la salud es responsabilidad plena de los Estados pero el Gobierno financia los programas públicos de salud, considerados bienes públicos y con gran implicación social.

La evolución de las políticas sanitarias comienza en la época de la independencia. Aunque la Primera Política Nacional de Sanidad no se formuló hasta 1983, la India construyó una gran infraestructura sanitaria e inició una serie de **programas nacionales sanitarios** durante las cinco décadas anteriores a través del Gobierno, las ONG, el sector privado y varias instituciones. Esta política pionera estaba encaminada a alcanzar el objetivo “**Salud para todos**” para el año 2000, a través de la prestación de servicios de atención primaria y centros de maternidad.

En los 20 años siguientes ha habido numerosas políticas sobre sanidad. Algunas de las normativas más relevantes han sido: la 73ª y la 74ª Enmienda Constitucional de 1992, la Política Nacional de Nutrición en 1993, la Política Nacional sobre el Sistema de Medicina Homeopática en 2002, la Política de Fármacos de 2002 y el Programa Común de Mínimos de 2004. Todas estas regulaciones van encaminadas a introducir un sistema universal que garantice la atención sanitaria a los más **desfavorecidos**.

La Política Nacional de Salud de 2002 se lanzó para mejorar las deficiencias de la anterior normativa con el objetivo de alcanzar un nivel aceptable del sistema sanitario accesible a la población india. Para ello, el Gobierno puso en marcha un plan enfocado a mejorar la asistencia sanitaria individual, la salud pública, los sistemas de saneamiento, el agua potable, el acceso a los alimentos y los conocimientos sobre higiene y nutrición. La política contemplaba **reducir las disparidades médicas entre regiones y comunidades**, garantizando el acceso a los servicios de salud a los grupos excluidos como las mujeres, las castas bajas, las personas con discapacidad o las personas mayores.

La Misión Nacional de Salud Rural (2005-2012) se inició con la pretensión de ofrecer servicios de calidad accesibles y asequibles para la población desfavorecida que habita en zonas rurales

© FOTOS:

N: NAGAPPA / FVF
RS: RAMÓN SERRANO / FVF
NS: NEUS SOLÀ / FVF
AU: ALBERT URIACH / FVF



RS



NS



NS



Vicente Ferrer



RS



AU

remotas. Los objetivos son la prevención y el control de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, el acceso a servicios integrados de atención primaria, la promoción de **estilos de vida saludables**, etc.

Actualmente se está llevando a cabo en los distritos el Tercer Plan Nacional de Control de VIH/ SIDA (NACP III). Los objetivos generales del NACP-II para el periodo 2007-2010 eran detener y **revertir la epidemia en la India**, integrando programas de prevención, cuidado, apoyo y tratamiento. La Organización de Control del SIDA en la India (NACO) se posicionó como promotora y coordinadora de investigación para el VIH en todo el sur de Asia gracias a una serie de instituciones académicas nacionales y regionales.

© FOTOS:
N: NAGAPPA / FVF
RS: RAMÓN SERRANO / FVF
NS: NEUS SOLÀ / FVF
AU: ALBERT URIACH / FVF