

La atención primaria de salud

Más necesaria que nunca

REFORMAS DE
LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS

REFORMAS EN PRO
DE LA COBERTURA
UNIVERSAL

REFORMAS
DE LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS

REFORMAS DEL
LIDERAZGO



Organización
Mundial de la Salud

Informe sobre la salud en el mundo 2008

*La atención
primaria de salud*

Más necesaria que nunca



Organización
Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca

1. Salud mundial - tendencias. 2. Atención primaria de salud - tendencias. 3. Prestación de atención de salud. 4. Política de salud.
I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 356373 2

(Clasificación NLM: W 84.6)

ISSN 1020-6760

© Organización Mundial de la Salud 2008

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS –ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales– deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Se puede solicitar información sobre esta publicación a:

World Health Report
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza
E-mail: whr@who.int

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: bookorders@who.int.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2008* ha sido preparado bajo la dirección general de Tim Evans (Subdirector General) y Wim Van Lerberghe (Redactor Jefe). Han integrado el equipo principal de redacción Wim Van Lerberghe, Tim Evans, Kumanan Rasanathan y Abdelhay Mechbal. También han contribuido de forma destacada a la elaboración del informe Anne Andermann, David Evans, Benedicte Galichet, Alec Irwin, Mary Kay Kindhauser, Remo Meloni, Thierry Mertens, Charles Mock, Hernan Montenegro, Denis Porignon y Dheepa Rajan. La supervisión organizacional del informe ha corrido a cargo de Ramesh Shademani.

Las siguientes personas han hecho aportaciones en forma de recuadros, figuras y análisis de datos: Alayne Adams, Jonathan Abrahams, Fifi Amoako Johnson, Giovanni Ancona, Chris Bailey, Robert Beaglehole, Henk Bekedam, Andre Biscaia, Paul Bossyns, Eric Buch, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Mario Dal Poz, Pim De Graaf, Jan De Maeseneer, Nick Drager, Varatharajan Durairaj, Joan Dzenowagis, Dominique Egger, Ricardo Fabrega, Paulo Ferrinho, Daniel Ferrante, Christopher Fitzpatrick, Gauden Galea, Claudia Garcia Moreno, André Griekspoor, Lieve Goeman, Miriam Hirschfeld, Ahmadreza Hosseinpoor, Justine Hsu, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Lori Irwin, Andre Isakov, Michel Jancloes, Miloud Kaddar, Hyppolite Kalambaye, Guy Kegels, Meleckidzedeck Khayesi, Ilona Kickbush, Yohannes Kinfu, Tord Kjellstrom, Rüdiger Krech, Mohamed Laaziri, Colin Mathers, Zoe Matthews, Maureen Mackintosh, Di McIntyre, David Meddings, Pierre Mercenier, Pat Neuwelt, Paolo Piva, Annie Portela, Yongyut Ponsupap, Amit Prasad, Rob Ridley, Ritu Sadana, David Sanders, Salif Samake, Gerard Schmets, Iqbal Shah, Shaoguang Wang, Anand Sivasankara Kurup, Kenji Shibuya, Michel Thieren, Nicole Valentine, Nathalie Van de Maele, Jeanette Vega, Jeremy Veillard y Bob Woollard.

Los Directores Regionales y sus colaboradores, el Director General Adjunto, Anarfi Asamoah Bah, y los Subdirectores Generales también han hecho valiosas aportaciones en forma de contribuciones, revisiones por pares, sugerencias y críticas.

El borrador del informe fue objeto de una revisión por pares en una reunión celebrada en Montreux, Suiza, a la que asistieron las siguientes personas: Azrul Azwar, Tim Evans, Ricardo Fabrega, Sheila Campbell-Forrester, Antonio Duran, Alec Irwin, Mohamed Ali Jaffer, Safurah Jaafar, Pongpisut Jongdomsuk, Joseph Kasonde, Kamran Lankarini, Abdelhay Mechbal, John Martin, Donald Matheson, Jan De Maeseneer, Ravi Narayan, Sydney Saul Ndeki, Adrian Ong, Pongsadhorn Pokpermddee, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Salman Rawaf, Bijan Sadrizadeh, Hugo Sanchez, Ramesh Shademani, Barbara Starfield, Than Tun Sein, Wim Van Lerberghe, Olga Zeus y Maria Hamlin Zuniga.

El informe se ha beneficiado también sustancialmente de las aportaciones realizadas por los asistentes a un taller de una semana celebrado en Bellagio, Italia: Ahmed Abdullatif, Chris Bailey, Douglas Bettcher, John Bryant, Tim Evans, Marie Therese Feuerstein, Abdelhay Mechbal, Thierry Mertens, Hernan Montenegro, Ronald Labonte, Socrates Litsios, Thelma Narayan, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Ramesh Shademani, Viroj Tangcharoensathien, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega y Jeremy Veillard.

El informe se nutrió inicialmente de las aportaciones de diversos grupos de trabajo de la OMS, en los que participaron funcionarios de la Sede y las regiones: Shelly Abdool, Ahmed Abdullatif, Shambhu Acharya, Chris Bailey, James Bartram, Douglas Bettcher, Eric Blas, Ties Boerma, Robert Bos, Marie-Charlotte Boueseau, Gui Carrin, Venkatraman Chandra-Mouli, Yves Chartier, Alessandro Colombo, Carlos Corvalan, Bernadette Daelmans, Denis Daumerie, Tarun Dua, Joan Dzenowagis, David Evans, Tim Evans, Bob Fryatt, Michelle Funk, Chad Gardner, Giuliano Gargioni, Gulin Gedik, Sandy Gove, Kersten Gutschmidt, Alex Kalache, Alim Khan, Ilona Kickbusch, Yunkap Kwankam, Richard Laing, Ornella Lincetto, Daniel Lopez-Acuna, Viviana Mangiaterra, Colin Mathers, Michael Mbizvo, Abdelhay Mechbal, Kamini Mendis, Shanthi Mendis, Susan Mercado, Charles Mock, Hernan Montenegro, Catherine Mulholland, Peju Olukoya, Annie Portela, Thomson Prentice, Annette Pruss-Ustun, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Lina Tucker Reinders, Elii Renganathan, Gojka Roglic, Michael Ryan, Shekhar Saxena, Robert Scherpbier, Ramesh Shademani, Kenji Shibuya, Sameen Siddiqi, Orielle Solar, Francisco Songane, Claudira Stein, Kwok-Cho Tang, Andreas Ullrich, Mukund Uplekar, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega, Jeremy Veillard, Eugenio Villar, Diana Weil y Juliana Yartey.

El equipo de producción editorial ha sido dirigido por Thomson Prentice, Director de Edición. El informe ha sido editado por Diana Hopkins, con la ayuda de Barbara Campanini. Gaël Kernan ha ayudado a preparar los gráficos y ha elaborado la versión para el sitio web y otros medios electrónicos. Lina Tucker Reinders ha facilitado asesoramiento editorial, y June Morrison ha preparado el índice alfabético.

La ayuda administrativa ha corrido a cargo de Saba Amdeselassie, Maryse Coutty, Melodie Fadriquela, Evelyn Omukubi y Christine Perry.

Fotografías: fotografía de la Directora General: OMS (p.viii); Introducción y panorámica: OMS/Marko Kocic (p. x); capítulos 1–6: Alayne Adams (p.1); OMS/Christopher Black (p.25); OMS/Karen Robinson (p.43); Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja/John Haskew (p. 65); Alayne Adams (p. 83); OMS/Thomas Moran (p. 103).

Diseño: Reda Sadki
Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki
Figuras: Christophe Grangier
Coordinación de la impresión: Pascale Broisin y Frédérique Robin-Wahlin
Impreso en Suiza



Índice

Mensaje de la Directora General

viii



Introducción y panorámica

xi

Respuesta a los desafíos de un mundo en transformación	xii
Expectativas crecientes de mejores resultados	xiv
De los paquetes de prestaciones del pasado a las reformas del futuro	xv
Cuatro conjuntos de reformas en pro de la APS	xvi
Aprovechar las oportunidades	xx



Capítulo 1. Desafíos de un mundo en transformación

I

Crecimiento desigual, resultados desiguales	2
Mayor longevidad y salud, pero no en todas partes	2
Crecimiento y estancamiento	4
Adaptación a los nuevos desafíos sanitarios	7
Un mundo globalizado, urbanizado y que envejece	7
Poca previsión y reacciones lentas	11
Tendencias que socavan la respuesta de los sistemas de salud	12
Hospitalocentrismo: sistemas de salud desarrollados en torno a hospitales y especialistas	12
Fragmentación: sistemas de salud desarrollados en torno a programas prioritarios	14
Sistemas de salud abandonados a la deriva: mercantilización y falta de regulación de la atención	15
Valores cambiantes y expectativas crecientes	15
Equidad sanitaria	16
Una atención que dé prioridad a las personas	17
Garantizar la seguridad de las comunidades	19
Autoridades sanitarias fiables y sensibles a las necesidades	19
Participación	20
Reformas en pro de la APS: impulsadas por la demanda	20



Capítulo 2. Impulsar y mantener la cobertura universal

25

El lugar central de la equidad sanitaria en la APS	26
Avanzar hacia la cobertura universal	27
Desafíos en el camino hacia la cobertura universal	30
Implantación progresiva de redes de atención primaria para subsanar la falta de servicios disponibles	31
Superar el aislamiento de las poblaciones dispersas	34
Ofrecer alternativas a los servicios mercantilizados no regulados	34
Intervenciones focalizadas como complemento de los mecanismos de cobertura universal	35
Movilización en favor de la equidad sanitaria	37
Dar más relevancia a las inequidades en salud	37
Más margen para la participación y el empoderamiento de la sociedad civil	38



Capítulo 3. Atención primaria: dar prioridad a la persona

43

La buena atención gira en torno a la persona	44
Rasgos distintivos de la atención primaria	46
La eficacia y la seguridad no son meras cuestiones técnicas	46
Entender a la gente: la atención centrada en la persona	48
Respuestas integrales e integradas	51
Continuidad de la atención	52
Un proveedor habitual y de confianza como punto de acceso	54
La organización de redes de atención primaria	55
Acercar la atención a la población	56
Responsabilizarse de una población bien determinada	57
El equipo de atención primaria como centro de coordinación	58
Seguimiento de los progresos	60



Capítulo 4. Políticas públicas para la salud pública

65

Importancia de unas políticas públicas eficaces para la salud	66
Políticas sistémicas ajustadas a los objetivos de la APS	68
Políticas de salud pública	69
Adecuación de los programas sanitarios prioritarios a la APS	69
Iniciativas de salud pública de ámbito nacional	70
Capacidad de respuesta rápida	71
Hacia la salud en todas las políticas	72
¿Por qué se invierte poco?	74
Oportunidades de mejora de las políticas públicas	75
Información y evidencia de mejor calidad	75
Cambios en el panorama institucional	78
Una acción sanitaria mundial equitativa y eficiente	79



Capítulo 5. Liderazgo y gobierno eficaz

83

Los gobiernos como mediadores de las reformas en pro de la APS	84
Mediación en el contrato social para la salud	84
La desvinculación del Estado y sus consecuencias	85
Participación y negociación	87
Diálogo eficaz sobre políticas	88
Sistemas de información para fortalecer el diálogo sobre políticas	89
Fortalecimiento del diálogo sobre políticas con innovaciones originadas sobre el terreno	92
Establecimiento de una masa crítica de recursos para el cambio	93
Gestión del proceso político: del inicio de las reformas a su aplicación	95



Capítulo 6. El camino hacia el futuro

103

Adaptar las reformas al contexto de cada país	104
Economías sanitarias de gasto elevado	105
Economías sanitarias de crecimiento rápido	108
Economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo	109
Movilizar los factores de impulso de las reformas	112
Movilizar la producción de conocimientos	113
Movilizar el compromiso del personal	115
Movilizar la participación de la población	116

Lista de figuras

Figura 1. Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos	xvii	Figura 3.1 Efectos de la reorganización de los horarios de trabajo en la utilización de métodos anticonceptivos en centros de salud rurales en el Níger	44
Figura 1.1 Algunos de los países que han logrado mejores resultados de reducción $\geq 80\%$ de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, por regiones, 1975 y 2006	2	Figura 3.2 Oportunidades perdidas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en Côte d'Ivoire: en la práctica sólo se consigue evitar una proporción ínfima de los casos de transmisión previsible	48
Figura 1.2 Factores que explican la reducción de la mortalidad en Portugal, 1960-2008	3	Figura 3.3 En los centros sanitarios más integrales se logra una cobertura de vacunación mayor	52
Figura 1.3 Progresos desiguales en la reducción de la mortalidad de menores de cinco años, 1975 y 2006, en algunos países con tasas similares en 1975	3	Figura 3.4 Exploraciones prescritas sin necesidad a personas que simulaban sufrir molestias gástricas leves en Tailandia	56
Figura 1.4 PIB por habitante y esperanza de vida al nacer en 169 países, 1975 y 2005	4	Figura 3.5 La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos	59
Figura 1.5 Tendencias del PIB por habitante y esperanza de vida al nacer en 133 países agrupados según el PIB de 1975, 1975-2005	5	Figura 4.1 Defunciones atribuibles a abortos inseguros por 100 000 nacimientos, por supuestos legales del aborto	67
Figura 1.6 Países agrupados según su gasto total en salud en 2005 (en dólares internacionales)	7	Figura 4.2 Gasto farmacéutico anual y número de recetas dispensadas en Nueva Zelanda desde la creación de la Agencia de Gestión Farmacéutica en 1993	68
Figura 1.7 Los niños de África corren más peligro de morir en accidentes de tránsito que los niños europeos: muertes de niños en accidentes de tránsito por 100 000	8	Figura 4.3 Porcentaje de nacimientos y defunciones registrados en los países con sistemas completos de registro civil, por regiones de la OMS, 1975-2004	77
Figura 1.8 Progresivo predominio de las enfermedades no transmisibles y los accidentes como causa de mortalidad	9	Figura 4.4 Funciones esenciales de salud pública que 30 instituciones nacionales de salud pública consideran parte de su cartera	79
Figura 1.9 Desigualdades en materia de salud y en la prestación de atención en los países	10	Figura 5.1 Porcentaje del PIB destinado a la salud, 2005	84
Figura 1.10 Los sistemas de salud se apartan de los valores fundamentales de la atención primaria	12	Figura 5.2 Gasto sanitario en China: retirada del Estado en los años ochenta y noventa, y reintervención reciente	86
Figura 1.11 Porcentaje de la población que cita la salud como su principal preocupación, por delante de otras cuestiones como los problemas económicos, la vivienda y la delincuencia	16	Figura 5.3 Transformación de los sistemas de información en instrumentos de reforma de la APS	89
Figura 1.12 Profesionalización de la atención obstétrica: porcentaje de partos asistidos por profesionales sanitarios y otros agentes de salud en algunas regiones, 2000 y 2005, con proyecciones para 2015	18	Figura 5.4 Refuerzo mutuo entre las innovaciones sobre el terreno y la elaboración de políticas en el proceso de reforma sanitaria	92
Figura 1.13 Valores sociales que guían la APS y conjunto de reformas correspondiente	20	Figura 5.5 Un mercado en crecimiento: la cooperación técnica como parte de la Ayuda Oficial al Desarrollo para la Salud. Flujos anuales de la ayuda en 2005, corregidos con arreglo al deflactor	94
Figura 2.1 Gastos catastróficos por pagos directos en el punto de prestación de servicios	26	Figura 5.6 Resurgimiento del liderazgo nacional en salud: reorientación de la financiación de donantes hacia la ayuda integrada a los sistemas de salud, y su repercusión en la estrategia de APS de 2004 de la República Democrática del Congo	97
Figura 2.2 Tres formas de avanzar hacia la cobertura universal	28	Figura 6.1 Contribución del gasto del gobierno general, los prepagos privados y los pagos directos al crecimiento anual del gasto total en salud por habitante, porcentaje, medias ponderadas	105
Figura 2.3 Efecto de la supresión de las sumas pagadas por los usuarios en las visitas ambulatorias en el distrito de Kisoro (Uganda): visitas ambulatorias en 1998-2002	30	Figura 6.2 Gasto sanitario por habitante previsto para 2015, economías sanitarias de crecimiento rápido (medias ponderadas)	108
Figura 2.4 Distintas modalidades de exclusión: privación masiva en algunos países, marginación de la población pobre en otros. Partos atendidos por personal con formación médica (porcentaje), por grupo de ingresos	30	Figura 6.3 Gasto sanitario por habitante previsto para 2015, economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo (medias ponderadas)	110
Figura 2.5 Mortalidad de menores de cinco años en zonas rurales y urbanas, República Islámica del Irán, 1980-2000	32	Figura 6.4 Ampliación progresiva de la cobertura por los centros de salud de propiedad y gestión comunitaria en Malí, 1998-2007	113
Figura 2.6 Mejora de los resultados de la atención de salud en un contexto de desastres: Rutshuru (República Democrática del Congo), 1985-2004	33		

Lista de recuadros

Recuadro 1 Cinco deficiencias comunes en la prestación de atención de salud	xiv	Recuadro 4.1 Movilización de recursos sociales para la salud en Cuba	67
Recuadro 2 La atención primaria así considerada en los entornos con recursos suficientes se ha sobresimplificado peligrosamente en los entornos con pocos recursos	xviii	Recuadro 4.2 Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	71
Recuadro 1.1 Desarrollo económico y opciones de inversión en atención de salud: mejora de los principales indicadores sanitarios en Portugal	3	Recuadro 4.3 Cómo tomar decisiones de política pública impopulares	76
Recuadro 1.2 A mayor gasto en salud, mejores resultados sanitarios, pero con grandes diferencias entre los países	7	Recuadro 4.4 El escándalo de la invisibilidad: cuando los nacimientos y las defunciones no se contabilizan	77
Recuadro 1.3 Conforme mejora la información se hacen más patentes las múltiples dimensiones de las crecientes desigualdades sanitarias	10	Recuadro 4.5 Directrices de la Unión Europea para el análisis del impacto	78
Recuadro 1.4 La gran fuerza económica de las industrias farmacéutica y de material médico	13	Recuadro 5.1 Evolución de la intervención estatal en China	86
Recuadro 1.5 La salud, una de las principales prioridades personales	16	Recuadro 5.2 El diálogo sobre políticas ayuda a marcar el rumbo de las orientaciones nacionales: la experiencia de tres países	88
Recuadro 2.1 Prácticas óptimas para avanzar hacia la cobertura universal	28	Recuadro 5.3 Equity Gauges (grupos de trabajo en equidad): colaboración entre los interesados para hacer frente a las desigualdades sanitarias	90
Recuadro 2.2 Definición de un «paquete básico»: ¿qué hacer para no limitarse a una mera actividad teórica?	29	Recuadro 5.4 Limitaciones del fomento convencional de la capacidad en países de ingresos bajos y medios	94
Recuadro 2.3 Reducción de la brecha urbano-rural mediante la expansión progresiva de la cobertura de APS en las zonas rurales de la República Islámica del Irán	32	Recuadro 5.5 Reconstrucción del liderazgo sanitario después de guerras o colapsos económicos	97
Recuadro 2.4 Solidez de los sistemas de salud basados en la APS: 20 años de resultados crecientes en Rutshuru (República Democrática del Congo)	33	Recuadro 6.1 La estrategia nacional de Noruega para reducir las desigualdades sociales en salud	106
Recuadro 2.5 La protección social como objetivo en Chile	36	Recuadro 6.2 El círculo virtuoso de la oferta y la demanda en la atención primaria	113
Recuadro 2.6 Políticas sociales en Gante (Bélgica): apoyo de las autoridades locales a la colaboración intersectorial entre las organizaciones de salud y de bienestar social	39	Recuadro 6.3 Del desarrollo de productos a la aplicación sobre el terreno: el vínculo es la investigación	115
Recuadro 3.1 Hacia una ciencia y cultura de la mejora: evidencia para promover la seguridad del paciente y obtener mejores resultados	46		
Recuadro 3.2 Cuando la demanda inducida por el proveedor y motivada por el consumidor determinan el consejo médico: un ejemplo de atención ambulatoria en la India	47		
Recuadro 3.3 Respuesta de la atención de salud a la violencia de pareja contra las mujeres	49		
Recuadro 3.4 Empoderamiento de los usuarios para que contribuyan a mejorar su propia salud	50		
Recuadro 3.5 Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención primaria	53		

Lista de cuadros

Cuadro 1 Cómo la experiencia ha modificado la perspectiva del movimiento en pro de la APS	xvi
<hr/>	
Cuadro 3.1 Aspectos de la atención que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona	45
Cuadro 3.2 Centralidad de la persona: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados	50
Cuadro 3.3 Integralidad: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados	51
Cuadro 3.4 Continuidad de la atención: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados	52
Cuadro 3.5 Punto de entrada habitual: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados	55
<hr/>	
Cuadro 4.1 Efectos adversos de los cambios de situación laboral en la salud	73
<hr/>	
Cuadro 5.1 Responsabilidades y actividades de los observatorios de salud pública en Inglaterra	91
Cuadro 5.2 Factores importantes en la mejora de la capacidad institucional para la gobernanza del sector sanitario en seis países	95



Mensaje de la Directora General

Quando asumí el cargo en 2007 me comprometí claramente a reorientar el interés de la OMS hacia la atención primaria de salud. Más importante que mi propia convicción al respecto es que ello responde a una demanda creciente y generalizada de servicios de atención primaria por parte de los Estados Miembros. Esa demanda refleja a su vez un interés cada vez mayor de las instancias normativas por los conocimientos disponibles sobre la manera de conseguir unos sistemas de salud más equitativos, integradores y justos. Refleja asimismo, más fundamentalmente, un giro de constatación de la necesidad de una perspectiva más integral sobre la eficacia del conjunto del sistema de salud.

Este año se conmemora el 60° aniversario de la OMS y el 30° aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, de 1978. Si bien nuestro contexto sanitario mundial ha sufrido grandes cambios durante las últimas seis décadas, los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención.

Posibles ejemplos son esa madre con complicaciones del parto pero sin acceso a asistencia cualificada, ese niño que no recibe las vacunas esenciales que debería, o tantos habitantes de tugurios urbanos sumidos en la miseria. Podemos citar también la falta de sistemas de protección de los peatones junto a unas carreteras y autopistas plagadas de tráfico, y el empobrecimiento que causan los pagos del propio bolsillo entre quienes carecen de seguro médico. Estas y muchas otras realidades de la vida diaria reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que merman la eficacia de nuestros sistemas de salud.

Para avanzar, es importante que aprendamos del pasado, y si volvemos la vista atrás se impone la idea de que podemos hacerlo mejor en el futuro. Así, en este Informe sobre la salud en el mundo se

recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud. El Informe brinda una excelente oportunidad para aprovechar las enseñanzas del pasado, examinar los retos que nos aguardan e identificar las principales posibilidades de que disponen los sistemas de salud para reducir los intolerables desfases existentes entre las aspiraciones y la realidad.

Esas posibilidades de acción se concretan en el Informe en cuatro conjuntos de reformas que reflejan la convergencia de los valores de la atención primaria, las expectativas de los ciudadanos y algunos retos comunes de naturaleza transversal para el desempeño de los sistemas de salud; a saber:

- *reformas en pro de la cobertura universal* que garanticen que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud;
- *reformas de la prestación de servicios* que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados;
- *reformas de las políticas públicas* que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales; y

- *reformas del liderazgo* que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el *laissez-faire* del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

Aunque de aplicación universal, esas reformas no constituyen un modelo o manifiesto para la acción. Las medidas requeridas para hacerlas realidad en cada país deben establecerse en función del contexto y las condiciones específicas y a partir de la mejor evidencia disponible. Sin embargo, no hay razón alguna para que los países, ricos o pobres, demoren sus primeras iniciativas en pro de esas reformas. Como han demostrado las tres últimas décadas, se pueden lograr progresos considerables.

Si queremos hacerlo mejor durante los próximos 30 años, debemos invertir hoy en cuanto contribuya a poner nuestro desempeño real a la altura de nuestras aspiraciones y expectativas, así como de los rápidos cambios de una salud mundial interdependiente. Unidos por el reto común de la atención primaria de salud, ha llegado la hora, hoy más que nunca, de que fomentemos el intercambio y aprendizaje de experiencias entre países para trazar la ruta más directa hacia la salud para todos.



Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud



La atención
primaria
de salud

Más
necesaria
que nunca



Introducción y panorámica

¿Por qué renovar la atención primaria de salud (APS), y por qué ahora más que nunca? La respuesta inmediata es que los Estados Miembros lo están pidiendo claramente, y no sólo los profesionales de la salud, sino también los responsables políticos.

La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían.

La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. Y la APS puede afrontar esos desafíos.

Respuesta a los desafíos de un mundo en transformación	xii
Expectativas crecientes de mejores resultados	xiv
De los paquetes de prestaciones del pasado a las reformas del futuro	xv
Cuatro conjuntos de reformas en pro de la APS	xvi
Aprovechar las oportunidades	xx

Actualmente se reconoce que hay poblaciones rezagadas y que se están desaprovechando oportunidades que recuerdan lo que dio lugar, hace 30 años, al cambio de paradigma de Alma-Ata en la forma de concebir la salud. La Conferencia de Alma-Ata favoreció la aparición de un «movimiento en pro de la atención primaria de salud», impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación «*política, social y económicamente inaceptable*»¹ de desigualdad sanitaria en todos los países. En la Declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad¹. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores.

La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad sanitaria ocupa un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud², al igual que en las estructuras locales de gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil.

Los valores de la APS en pro de la salud para todos requieren que los sistemas de salud «*pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria*»³. Lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades – esto es, lo que las personas valoran – constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud. La APS ha seguido siendo el punto de referencia del discurso sobre salud de casi todos los países, precisamente porque el movimiento en pro de la APS intentó aportar respuestas racionales, basadas en datos científicos y con visión de futuro, a las necesidades sanitarias y a esas expectativas sociales^{4,5,6,7}. Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar por tener en cuenta las «*expectativas sobre la salud y la atención sanitaria*» de los ciudadanos y garantizar que «*su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud*»⁸.

En un estudio reciente sobre la APS se expresa esta perspectiva como el «*derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible*», «*con la mayor equidad y solidaridad*», considerando la necesidad de «*dar respuesta a las necesidades de salud de la población*»⁴. Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados. Esto entraña una reorientación y reforma sustanciales del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad: esas reformas constituyen la agenda de renovación de la APS.

Respuesta a los desafíos de un mundo en transformación

En general, las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. Si las tasas de mortalidad en la niñez fueran hoy las mismas que en 1978, en 2006 se habrían registrado 16,2 millones de defunciones infantiles en todo el mundo. En realidad, el número de tales defunciones fue de sólo 9,5 millones⁹. Esa diferencia de 6,7 millones equivale a salvar la vida de 18 329 niños cada día. El concepto otrora revolucionario de medicamentos esenciales se ha convertido en algo común. Se han registrado avances notables en el acceso al agua, el saneamiento y la atención prenatal.

Eso demuestra que es posible hacer progresos. Y esos progresos también se pueden acelerar. Nunca se había contado con tantos recursos para la salud como ahora. La economía de la salud mundial está creciendo a un ritmo mayor que el producto interno bruto (PIB), pues la proporción que representa del PIB mundial pasó de un 8% a un 8,6% entre 2000 y 2005. En cifras absolutas, y teniendo en cuenta la inflación, esto supone un crecimiento del gasto mundial en salud del 35% en un periodo de cinco años. Los conocimientos en materia de salud también están creciendo rápidamente. La acelerada revolución tecnológica está multiplicando las posibilidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria en el contexto de una sociedad global más educada y en proceso de modernización. Está surgiendo una rectoría mundial, gracias al aumento de los

intercambios entre países – propiciados a menudo por el reconocimiento de amenazas, oportunidades o desafíos comunes –, a una solidaridad cada vez mayor y al compromiso mundial de eliminar la pobreza, como demuestran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Sin embargo, no hay que pasar por alto otras tendencias. En primer lugar, los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales; ha habido una convergencia hacia una mejora de la salud en gran parte del mundo, pero al mismo tiempo numerosos países están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno. Además, ahora existe una amplia documentación, no disponible hace 30 años, sobre las marcadas y, a menudo, crecientes desigualdades sanitarias dentro de los países.

En segundo lugar, la naturaleza de los problemas sanitarios está cambiando en un sentido poco previsible y a un ritmo totalmente inesperado. El envejecimiento y las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización aceleran la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementan la carga de trastornos crónicos y no transmisibles. El hecho de que cada vez haya más personas con síntomas complejos y varias enfermedades plantea a los servicios de salud el reto de llevar una gestión integrada e integral de los casos. Esa situación obedece a un complejo entramado de factores, entre los que figuran el incremento gradual pero a largo plazo de los ingresos y la población, el cambio climático, los problemas relacionados con la seguridad alimentaria y las tensiones sociales, todos los cuales influirán en la salud en los años venideros, aunque se desconoce en gran medida hasta qué punto.

En tercer lugar, los sistemas de salud no están al margen del rápido ritmo de cambio y transformación que caracteriza al actual proceso de globalización. Las crisis económicas y políticas plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud y la prestación y financiación de éstos. Además de que existe una atención no regulada de carácter comercial, los límites entre agentes públicos y privados no están claros y la negociación de las prestaciones y los derechos está cada

vez más politizada. La era de la información ha transformado las relaciones entre ciudadanos, profesionales y políticos.

En muchos sentidos, las respuestas del sector de la salud a un mundo en transformación han sido inadecuadas e ingenuas. Inadecuadas, en la medida en que no han sido previsoras ni oportunas: a menudo no se ha hecho lo suficiente, se ha hecho demasiado tarde o se ha hecho demasiado en el lugar equivocado. E ingenuas, porque cuando un sistema falla se deben aplicar soluciones, no remedios transitorios. Los problemas relacionados con los recursos humanos para la salud y la atención sanitaria, la financiación, la infraestructura o los sistemas de información invariablemente van más allá del sector de la salud en sentido estricto, no se limitan a un solo ámbito de políticas y, cada vez con mayor frecuencia, trascienden las fronteras; esto hace que resulte más difícil que todos los gobiernos e interesados trabajen de forma eficaz.

Aunque el sector de la salud sigue adoleciendo de una enorme falta de fondos en demasiados países, la base de recursos para la salud no ha cesado de crecer en los diez últimos años. Las oportunidades que ofrece ese crecimiento de promover cambios estructurales y crear sistemas de salud más eficaces y equitativos a menudo se pierden. Los procesos mundiales – y cada vez más nacionales – de formulación de políticas se han centrado en cuestiones concretas, en situaciones en que distintos interesados compiten por recursos escasos, y apenas se ha concedido atención a los factores fundamentales que frenan el desarrollo de los sistemas de salud en los contextos nacionales. En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir.

Hoy en día está claro que, si los sistemas de salud son abandonados a su propia suerte, no se encaminarán de forma natural a los objetivos de la salud para todos por medio de la atención primaria, como se establece en la Declaración de Alma-Ata. Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen

los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos. Existen tres tendencias particularmente preocupantes:

- los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;
- los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios;
- los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Esas tendencias son contrarias a una respuesta global y equilibrada a las necesidades sanitarias; en algunos países, la falta de acceso equitativo, los gastos empobrecedores y la pérdida de confianza en la atención de salud que provocan suponen una amenaza para la estabilidad social.

Expectativas crecientes de mejores resultados

El apoyo a la renovación de la APS se debe a que los formuladores de las políticas sanitarias son cada vez más conscientes de que la atención primaria puede propiciar un rumbo más claro y una mayor unidad en el actual contexto de fragmentación de los sistemas de salud, y constituye una alternativa a las soluciones improvisadas presentadas actualmente como remedio de los males del sector de la salud. También se tiene cada vez más conciencia de que, por distintos motivos, la atención de salud convencional, prestada a través de diversos mecanismos, no sólo es menos eficaz de lo que podría ser, sino que adolece de una serie de deficiencias y contradicciones generalizadas, que se han resumido en el recuadro 1.

El desfase entre las expectativas y los resultados preocupa a las autoridades sanitarias y, debido al creciente peso económico e importancia social del sector de la salud, también es motivo de creciente preocupación entre los políticos. Resulta revelador que, por término medio, se hiciera referencia a temas relacionados con la atención sanitaria más de 28 veces en cada uno

de los recientes debates para las elecciones primarias en los Estados Unidos²². Seguir haciendo lo que hasta ahora no es una opción viable para los sistemas de salud. Si se quieren corregir las mencionadas deficiencias, harán falta mecanismos de gestión y responsabilización colectivos más eficaces, con un rumbo y un propósito más claros, para abordar los problemas de salud de hoy y del futuro.

Recuadro 1 Cinco deficiencias comunes en la prestación de atención de salud

Atención inversa. Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores – son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen¹⁰. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres¹¹ en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos^{12,13}.

Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria¹⁴.

Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial¹⁵. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos¹⁶; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación¹⁷.

Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud¹⁸.

Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad^{19,20}. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud²¹.

Y esto es precisamente lo que la gente espera que ocurra. A medida que se modernizan las sociedades, las personas exigen más a sus sistemas de salud, tanto para ellas como para sus familias, y para la sociedad en la que viven. Por lo tanto, la población es cada vez más partidaria de que mejore la equidad sanitaria y desaparezca la exclusión; de que los servicios de salud se centren en las necesidades y las expectativas de la gente; de que haya seguridad sanitaria en las comunidades en que viven, y de poder opinar sobre las cuestiones que afectan a su salud y la de sus comunidades²³.

Esas expectativas coinciden con los valores en que se basó la Declaración de Alma-Ata, explican la actual exigencia de que los sistemas de salud se ajusten más a esos valores y otorgan un renovado apoyo social y político al actual movimiento en pro de la APS en sus intentos por reformar los sistemas de salud.

De los paquetes de prestaciones del pasado a las reformas del futuro

Las expectativas crecientes y el amplio apoyo a los valores consagrados en la Declaración de Alma-Ata no siempre se han traducido fácilmente en una transformación efectiva de los sistemas de salud. Ha habido circunstancias y tendencias ajenas al sector de la salud – por ejemplo, procesos de ajuste estructural – sobre las que el movimiento en pro de la APS ha tenido poca influencia o control. Además, muchas veces el movimiento ha simplificado en exceso su mensaje, lo que ha dado lugar a la aplicación de fórmulas generales, no adecuadas a situaciones y problemas distintos²⁴. Como consecuencia de ello, las autoridades sanitarias nacionales y mundiales han considerado en ocasiones la APS no como un conjunto de reformas, que es lo que se pretendía, sino como un programa más de atención de salud, que proporcionaba una atención deficiente a personas pobres. En el cuadro 1 se comparan diferentes aspectos de los primeros intentos de implementar la APS con los enfoques actuales. En esta evolución está implícito el reconocimiento de que para que los sistemas de salud tomen el rumbo adecuado hace falta un conjunto de reformas

concretas que tengan en cuenta los diferentes contextos y que respondan a los desafíos sanitarios actuales y preparen para los de mañana.

Estas reformas van mucho más allá de la prestación de servicios «básicos» y superan los límites establecidos con respecto a los elementos fundamentales de los sistemas nacionales de salud²⁵. Por ejemplo, para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS harán falta políticas ambiciosas en materia de recursos humanos. Sin embargo, sería ingenuo pensar que éstas se pueden establecer independientemente de las políticas de financiación o de prestación de servicios, de la reforma de la función pública y de las disposiciones relativas a la migración transfronteriza de los profesionales de la salud.

Al mismo tiempo, las reformas de la APS, y el movimiento en pro de la APS que las fomenta, tienen que ajustarse más al cambio social y a las crecientes expectativas que acompañan a los procesos de desarrollo y modernización. La población del mundo entero expresa cada vez más su opinión sobre la salud, por considerarla un elemento que influye en su vida cotidiana y la de sus familias, y sobre la manera en que su sociedad se ocupa de la salud y la atención sanitaria. La dinámica de la demanda debe reflejarse en las políticas y los procesos de adopción de decisiones. La reorientación necesaria de los sistemas de salud ha de basarse en datos científicos sólidos y en un manejo racional de la incertidumbre, pero en ese proceso también ha de tenerse en cuenta lo que las personas esperan de la salud y la atención sanitaria para sí mismas, sus familias y su sociedad. Ello entraña arreglos y negociaciones delicadas con numerosas partes interesadas, lo cual supone desviarse totalmente de los modelos lineales y verticalistas del pasado. Así, en estos momentos, las reformas de la APS no están definidas esencialmente por los elementos a que se refieren, y tampoco exclusivamente por la elección de las intervenciones de control de enfermedades que hay que expandir, sino por la dinámica social que determina la función de los sistemas de salud en la sociedad.

Cuadro 1 Cómo la experiencia ha modificado la perspectiva del movimiento en pro de la APS

PRIMEROS INTENTOS DE IMPLEMENTAR LA APS	ACTUALES CUESTIONES DE INTERÉS PARA LAS REFORMAS EN PRO DE LA APS
Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural	Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en la salud maternoinfantil	Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas	Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas	Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades	Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de éstos
Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada	Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos	Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
Ayuda bilateral y asistencia técnica	Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
Atención primaria como antítesis de los hospitales	Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
La APS es barata y requiere sólo una pequeña inversión	La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones

Cuatro conjuntos de reformas en pro de la APS

En el presente informe las reformas de la APS se estructuran en cuatro grupos que reflejan la convergencia entre la evidencia disponible sobre lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los actuales desafíos sanitarios, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento en pro de la APS, y las crecientes expectativas de la población en las sociedades en proceso de modernización (figura 1):

- reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión,

dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: *reformas en pro de la cobertura universal*;

- reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: *reformas de la prestación de servicios*;
- reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas

saludables en todos los sectores: *reformas de las políticas públicas*:

- reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y *laissez-faire* del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: *reformas del liderazgo*.

El primero de estos cuatro conjuntos de reformas tiene por objeto reducir la exclusión y las desigualdades sociales en salud. En definitiva, los determinantes de esas desigualdades requieren una respuesta por parte de la sociedad, y la adopción de decisiones políticas y técnicas que afectan a muchos sectores. Las desigualdades sanitarias también están determinadas por las desigualdades en cuanto a la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios; por la carga financiera que estos factores imponen a las personas, e incluso por las barreras lingüísticas, culturales y de género que a menudo subsisten en la manera en que se ejerce la práctica clínica²⁶.

Una condición indispensable para que los sistemas de salud puedan reducir las inequidades que presentan es garantizar a todos el acceso a los servicios, esto es, colmar la brecha en la oferta

de los mismos. Las redes de servicios son mucho más amplias ahora que hace 30 años, pero hay grandes grupos de población que han quedado a la zaga. En algunos lugares, las guerras y las contiendas civiles han destruido la infraestructura y, en otros, la atención de carácter comercial no regulada ofrece servicios, pero no necesariamente los que hacen falta. El déficit de oferta de atención sigue siendo una realidad en muchos países, por lo que la ampliación de las redes de servicios es un objetivo prioritario, como lo era hace 30 años.

A medida que ha ido aumentando la oferta general de servicios de salud, ha quedado cada vez más patente que los obstáculos al acceso constituyen un importante factor de inequidad: en particular, los honorarios cobrados a los usuarios son una importante causa de exclusión de la atención requerida. Además, cuando las personas tienen que comprar atención sanitaria a un precio por encima de sus posibilidades, los problemas de salud pueden desembocar rápidamente en una situación de pobreza o bancarrota¹⁴. Por ese motivo, la ampliación de la oferta de servicios debe correr pareja con la protección social en salud, que se consigue estableciendo sistemas de mancomunación de fondos y de prepago en sustitución del pago directo de honorarios por parte de los usuarios. Las reformas destinadas a garantizar la cobertura universal – esto es, el acceso universal unido a la protección social en salud – constituyen una condición indispensable para mejorar la equidad sanitaria. Como se observa en los sistemas que han logrado una cobertura casi universal, esas reformas se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los que los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social. Muchas personas de esos grupos dependen de redes de atención que se encargan de la salud de comunidades enteras. Aquí es donde entra en juego el segundo conjunto de reformas: las reformas de la prestación de servicios.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios de

Figura 1 Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos



salud – los sistemas de salud locales, las redes de atención sanitaria y los distritos sanitarios – a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de «poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas»³. Estas reformas no son sino un subconjunto de las reformas de la APS, pero tienen tal importancia que a menudo han ocultado la agenda más amplia de la APS. A la consiguiente confusión se ha añadido la simplificación excesiva de lo que la atención primaria entraña y de lo que la distingue de la atención sanitaria convencional (recuadro 2)²⁴.

Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas. Pese a las diferencias en la terminología empleada, sus características principales están bien definidas (atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y

participación de los pacientes, las familias y las comunidades)^{15,27}. Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias. El reciente crecimiento económico ha traído consigo recursos adicionales para la salud, lo cual, unido a la creciente demanda de resultados mejores, crea excelentes oportunidades para reorientar los servicios de salud existentes hacia la atención primaria, no sólo en los lugares que cuentan con recursos, sino también en aquellos donde los fondos son escasos y las necesidades, muchas. En los numerosos países de ingresos bajos y medios en que la oferta de servicios está en una fase de expansión acelerada, existe ahora la posibilidad de tomar un rumbo que quizá evite algunos de los errores cometidos en el pasado en los países de ingresos altos.

Recuadro 2 La atención primaria así considerada en los entornos con recursos suficientes se ha sobresimplificado peligrosamente en los entornos con pocos recursos

La atención primaria se ha definido, descrito y estudiado ampliamente en los contextos en que se dispone de recursos suficientes, a menudo en relación con especialistas en medicina de familia o medicina general. Los programas correspondientes a esas descripciones son mucho más ambiciosos que los planes inaceptablemente restrictivos y desalentadores para la atención primaria que se han propuesto a los países de ingresos bajos^{27,28}.

- la atención primaria es un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sólo se ocupe de unas cuantas «enfermedades prioritarias»;
- la atención primaria es una base desde la que se guía a los pacientes por todo el sistema de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se reduzca a un simple puesto sanitario o a un agente de salud comunitario aislado;
- la atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención de salud se reduzca a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud prioritarias;
- la atención primaria abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como a la detección temprana de enfermedades; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sirva sólo para tratar dolencias comunes;
- la atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor;
- la atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se tenga que financiar con pagos directos, partiendo del supuesto equivocado de que es barata y los pobres deben poder permitírsela.

La atención primaria puede contribuir en gran medida a mejorar la salud de las comunidades, pero no basta para responder a los deseos de las personas de vivir en condiciones que garanticen la protección de su salud, fomenten la equidad sanitaria y les permitan vivir según sus valores. Las personas esperan también que sus gobiernos adopten una serie de políticas públicas para afrontar los desafíos sanitarios, como los que plantean el proceso de urbanización, el cambio climático, la discriminación por motivos de género o la estratificación social.

Las políticas públicas abarcan las políticas y los programas técnicos que tratan los problemas de salud prioritarios. Esos programas se pueden diseñar de manera que se apliquen a través de la atención primaria y al mismo tiempo la refuerzan; si no es así, pueden socavar los esfuerzos por reformar la prestación de servicios, aunque no sea de forma intencionada. Las autoridades nacionales son las principales responsables de adoptar las decisiones correctas en la fase de diseño. Los programas concebidos para abordar problemas sanitarios prioritarios a través de la atención primaria se han de complementar con intervenciones de salud pública a nivel nacional e internacional. Éstas pueden propiciar eficiencias de escala, y ante algunos problemas son la única opción viable. La evidencia disponible demuestra de forma abrumadora que la adopción de medidas a ese nivel, en el caso de algunas intervenciones, que pueden ir desde las relativas a la higiene pública y la prevención de enfermedades hasta las de promoción de la salud, pueden contribuir de forma importante a la salud. Sin embargo, curiosamente, esas intervenciones se descuidan en todos los países, sea cual sea su nivel de ingresos. Esto se observa sobre todo en los momentos de crisis y amenazas graves para la salud pública, cuando la capacidad de respuesta rápida no sólo es fundamental para garantizar la salud, sino también para mantener la confianza de la población en el sistema de salud.

La formulación de políticas públicas, sin embargo, es algo más que la salud pública clásica. Las reformas de la atención primaria y la protección social dependen fundamentalmente de que se elijan políticas sanitarias – por ejemplo en materia de medicamentos esenciales, recursos

humanos o financiación – que respalden las reformas favorables a la equidad y la atención centrada en las personas. Además, está claro que la salud de la población se puede mejorar con políticas controladas por sectores distintos del de la salud. Los planes de estudios, la política de las empresas con respecto a la igualdad entre hombres y mujeres, la inocuidad de los alimentos y los bienes de consumo o el transporte de desechos tóxicos son otras tantas de las cuestiones que pueden marcar profundamente e incluso determinar la salud de comunidades enteras – de manera positiva o negativa – en función de las decisiones que se tomen. Si se adoptan medidas orientadas en concreto a la colaboración intersectorial, es posible tener debidamente en consideración «la salud en todas las políticas»²⁹ para garantizar que, junto con los objetivos y metas de los demás sectores, los efectos en la salud influyan en las decisiones de política pública.

Con el fin de llevar adelante esas reformas en el entorno extraordinariamente complejo del sector de la salud, será necesario reinvertir en el liderazgo público de manera que se fomenten modelos de colaboración para el diálogo sobre políticas con múltiples interesados, porque esto es lo que la gente espera y lo que mejores resultados da. Si las actuaciones en torno a la APS se basan en la experiencia extraída de éxitos y fracasos anteriores, las autoridades sanitarias pueden desempeñar una labor mucho más eficaz de formulación e introducción de reformas en pro de la APS adaptadas a las circunstancias y las dificultades concretas de los países. La gobernanza de la salud representa un gran desafío para los ministerios de salud y demás instituciones – gubernamentales y no gubernamentales – con una función de liderazgo en el terreno de la salud. Éstos ya no pueden contentarse con administrar el sistema: tienen que convertirse en organizaciones discentes. Para ello hace falta un liderazgo integrador que permita la participación de toda una serie de interesados ajenos al sector público, desde médicos hasta miembros de la sociedad civil, y desde comunidades hasta investigadores y personal universitario. Las estrategias necesarias a fin de mejorar la capacidad de las autoridades sanitarias para llevar a cabo las reformas de la APS consisten entre otras en utilizar con ese fin

los sistemas de información sanitaria, aprovechar las innovaciones del sector de la salud y las dinámicas conexas de todas las sociedades, y crear capacidad mediante el intercambio de experiencias, tanto a nivel nacional como con otros países.

Aprovechar las oportunidades

Los cuatro conjuntos de reformas en pro de la APS se basan en valores compartidos que gozan de amplio apoyo y en desafíos comunes a un mundo en proceso de globalización. Sin embargo, para determinar la manera de actuar deben tenerse en cuenta las realidades claramente distintas de cada país. Las reformas relativas a la cobertura universal, la prestación de servicios, la política del sector público y el liderazgo no se pueden introducir como un modelo o un paquete uniforme.

En los países con un elevado gasto en salud, que es el caso de casi todos los países de ingresos altos, hay un amplio margen financiero para acelerar el cambio de enfoque de la atención terciaria a la atención primaria, crear un entorno normativo más saludable y complementar los sistemas bien organizados de cobertura universal con medidas concretas para reducir la exclusión. En los numerosos países con rápido crecimiento del sector de la salud – donde viven 3000 millones de personas – el propio crecimiento brinda la oportunidad de basar los sistemas de salud en los principios de una sólida atención primaria y de la cobertura universal, en un momento en que está en plena expansión, evitando los errores por acción, como invertir de forma desproporcionada en la atención terciaria, u omisión, como no invertir en políticas públicas saludables, que han caracterizado últimamente a los sistemas de salud de los países de ingresos altos. Hay que reconocer que el desafío es mucho mayor para los 2000 millones de personas que viven en los países de África y Asia Sudoriental, donde el sector de la salud está creciendo lentamente, y para los más de 500 millones de personas que viven en Estados frágiles. Sin embargo, incluso en esos casos, hay signos de crecimiento – y pruebas de que éste se puede acelerar sin recurrir al método

contraproducente y no equitativo de los pagos directos en los puntos de prestación de servicios – que ofrecen posibilidades de expandir los sistemas y los servicios de salud. De hecho, estos países tienen la necesidad, más que ningún otro, de optar por la APS y, como en el resto del mundo, pueden empezar a hacerlo de inmediato.

El actual contexto internacional es favorable a una renovación de la APS. La salud mundial es objeto de una atención sin precedentes, en la que destacan el creciente interés por la unidad de acción, el aumento de los llamamientos en pro de una atención integral y universal – ya sea por parte de las personas VIH-positivas o por quienes se ocupan de proporcionar tratamiento y atención, ministros de salud o el Grupo de los Ocho (G8) – y la proliferación de mecanismos de financiación innovadores de carácter mundial relacionados con la solidaridad global. Asimismo, hay signos claros y positivos de un mayor deseo de colaborar en el establecimiento de sistemas sostenibles para la salud en lugar de aplicar enfoques parciales y fragmentados³⁰.

Al mismo tiempo, se abre la perspectiva de reforzar la inversión interna en la revitalización de los sistemas de salud en torno a los valores de la APS. El crecimiento del PIB – ciertamente vulnerable a la desaceleración de la economía, las crisis alimentaria y energética y el calentamiento global – está impulsando el gasto sanitario en el mundo entero, con la notable excepción de los Estados frágiles. Aprovechar este crecimiento económico brindaría oportunidades para introducir las reformas necesarias de la APS que no se hicieron en los años ochenta y noventa. Sólo una pequeña parte de los gastos sanitarios se destinan actualmente a corregir distorsiones comunes del funcionamiento de los sistemas de salud o a superar los obstáculos que limitan la prestación de servicios, pero esas posibilidades existen y están creciendo con rapidez.

La solidaridad y la ayuda mundiales seguirán siendo necesarias como complemento y ayuda a los países que progresen lentamente, pero pasarán a ser menos importantes en sí que los intercambios, el aprendizaje conjunto y la gobernanza global. Esta transición ya se ha producido en la

mayor parte del mundo: casi todos los países en desarrollo *no* dependen de la ayuda. La cooperación internacional puede acelerar la conversión de los sistemas de salud del mundo, entre otras cosas, mediante una mejor canalización de la ayuda, pero los verdaderos progresos se lograrán gracias a una mejor gobernanza de la salud en los países, tanto en los de ingresos bajos como en los de ingresos altos.

Las autoridades sanitarias y los dirigentes políticos constatan con incomodidad las actuales tendencias del desarrollo de los sistemas de salud y la evidente necesidad de adaptación a los cambios en la demanda y los desafíos sanitarios y a las crecientes expectativas en relación con la salud, lo que acentúa la oportunidad de aplicar las reformas en pro de la APS. La frustración de la gente y la presión por que haya una atención de salud distinta y más equitativa y una mayor protección en salud para la sociedad están en aumento: nunca hasta ahora había habido expectativas tan grandes con respecto a lo que las autoridades sanitarias, y en concreto los ministerios de salud, deberían estar haciendo a ese respecto.

Si se aprovecha este impulso, la inversión en las reformas en pro de la APS podría acelerar la transformación de los sistemas de salud, de manera que los resultados sanitarios sean mejores y se repartan de forma más equitativa. El mundo dispone de tecnología más avanzada y de mejores sistemas de información, lo que le ofrece

la posibilidad de sacar el máximo provecho de la transformación de los sistemas sanitarios. La creciente participación de la sociedad civil en la esfera de la salud y la mayor eficiencia de escala del saber colectivo en el plano mundial (por ejemplo en el ámbito de los medicamentos esenciales) refuerzan también las oportunidades de éxito.

En los diez últimos años, la comunidad mundial ha empezado a ocuparse de la pobreza y la desigualdad en el planeta de forma más sistemática, por ejemplo, estableciendo los ODM y poniendo de relieve la cuestión de la desigualdad en la formulación de las políticas sociales. A lo largo de ese proceso, el tema de la salud, muy relacionado con todo ello, ha ocupado un lugar destacado. Esto brinda la oportunidad de imprimir más eficacia a la acción sanitaria, y crea además las condiciones sociales necesarias para establecer alianzas sólidas fuera del sector de la salud. Así, las actividades intersectoriales vuelven a ser protagonistas. Actualmente, muchas de las autoridades sanitarias consideran que su responsabilidad respecto a la salud ya no se limita a las iniciativas de supervivencia y control de enfermedades, sino que entraña capacidades importantes valoradas por las personas y la sociedad³⁷. La legitimidad de las autoridades sanitarias depende cada vez más de lo bien que sepan desarrollar y reformar el sector de la salud con arreglo a los valores de la población, tanto por lo que se refiere a la salud como a lo que se espera de los sistemas de salud en la sociedad.

Referencias

1. *Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health n° 3).
3. Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
4. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (Serie del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud).
6. *Report on the review of primary care in the African Region*. Brazzaville, Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
7. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (56ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 19-28 de mayo de 2003, WHA56.6, punto 14.18 del orden del día).
8. *Carta de Ljubljana sobre la reforma de la atención sanitaria, 1996*. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 1996.
9. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405-412.
11. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: servicios para los pobres*. Washington D.C., Banco Mundial, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education*. Washington DC, The World Bank, 2003 (nota documental para el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: servicios para los pobres*)
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6:972-983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201-218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
20. *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5-6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182-191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540-546.
27. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. *Health in all policies. Prospects and potentials*. Oslo. Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
30. *Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: apropiación, armonización, alineación, y resultados y mutua responsabilidad*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press, 1993.



Hay dos opciones para fortalecer considerablemente el acervo de conocimientos.

- **Acelerar la organización de revisiones sistemáticas de las intervenciones fundamentales y su evaluación económica.** Una forma de hacerlo es ampliar las competencias de los organismos de evaluación de la tecnología sanitaria para que incluyan la evaluación de

las intervenciones de salud pública y la manera de aplicarlas, ya que con ello se haría uso de las capacidades institucionales existentes con recursos segregados del resto (*ring-fenced*). Las nuevas redes de colaboración, como la Campbell Collaboration⁶⁰, pueden actuar como catalizadores y sacar provecho de la ventaja

Recuadro 4.3 Cómo tomar decisiones de política pública impopulares⁵⁷

En el Séptimo Foro del Futuro de altos directivos sanitarios, organizado en 2004 por la Oficina Regional para Europa de la OMS, se debatieron las dificultades con que pueden tropezar los decisores a la hora de tomar decisiones de políticas impopulares. Una decisión popular suele ser consecuencia de una amplia demanda de la población; una decisión impopular a menudo no responde a expectativas de la población claramente expresadas, pero se toma porque el ministro sabe que es la medida correcta para lograr beneficios sanitarios y mejorar la calidad. Por lo tanto, en el caso de una decisión potencialmente impopular no se debe intentar hacerla popular, sino comprensible y, por ende, aceptable. Aumentar la popularidad de las decisiones no es un ejercicio teórico: requiere un respaldo real. En el caso de medidas que probablemente vayan a resultar impopulares, los participantes en el foro convinieron en que es aconsejable que los directivos sanitarios apliquen algunas de las recomendaciones siguientes.

Hablar de salud y mejora de la calidad: la salud es el área básica de conocimientos y competencias, por lo que se debe empezar por explicar de qué forma la decisión mejorará la calidad de la salud y la atención sanitaria. Puede resultar útil evitar los argumentos no sanitarios de difícil promoción; por ejemplo, si hay que cerrar hospitales, es mucho mejor hablar de mejora de la calidad de la atención que de contención de costos.

Ofrecer compensaciones: explicar qué recibirán las personas para compensar lo que tendrán que ceder. Ofrecer algunos beneficios en otros sectores o en otros servicios; equilibrar las noticias buenas y las malas para elaborar una interpretación de la decisión en la que todos ganen.

Ser firmes en la aplicación: las autoridades sanitarias deben abstenerse de presentar una medida mientras no estén resueltas a aplicarla.

Ser transparentes: explicar quién toma la decisión y lo que está en juego tanto para los implicados como para los afectados. Enumerar a todos los interesados e indicar si su implicación tiene carácter negativo.

Evitar las decisiones aisladas: diseñar y proponer las decisiones como parte de un plan o estrategia general.

Elegir el momento oportuno: antes de adoptar una decisión es esencial dedicar tiempo suficiente a preparar y elaborar un buen plan; una vez listo, probablemente la mejor opción sea actuar con rapidez para aplicarlo.

Implicar a todos los grupos: incorporar al debate tanto a los grupos desfavorecidos como a los que se beneficiarán de la decisión. Diversificar el enfoque.

No esperar el apoyo de los medios de comunicación por el mero hecho de que la decisión sea la correcta desde el punto de vista de los beneficios sanitarios. No se puede esperar que los medios sean siempre neutrales o favorables; con frecuencia se suman al debate arrastrados por los opositores a la medida. Hay que prever que se tendrán roces con la prensa.

Ser modestos: hay más probabilidades de que la decisión resulte aceptable si los decisores reconocen públicamente que existe incertidumbre respecto al resultado y se comprometen con franqueza a supervisar y evaluar los resultados. Esto deja la puerta abierta a ajustes durante el proceso de aplicación.

Prepararse para los cambios rápidos: a veces los sentimientos del público cambian rápidamente y lo que se percibía como oposición puede convertirse en aceptación.

Prepararse para las crisis y los efectos secundarios imprevistos: algunos grupos de población pueden verse especialmente afectados por la decisión (como es el caso de los médicos generales cuando se cierran hospitales). Los decisores en materia de salud pública han de afrontar reacciones que no estaban previstas.

Atenerse a pruebas fiables: la aceptación pública puede ser baja aunque no haya razones objetivas para ello. Disponer de datos de calidad es una buena manera de orientar el debate y evitar la oposición.

Utilizar ejemplos de otros países: los decisores pueden estudiar lo que se está haciendo en otros lugares y explicar por qué otros países abordan un determinado problema de distinta manera; pueden utilizar estos argumentos para mejorar la aceptabilidad de las decisiones en su propio país.

Implicar a los profesionales de la salud y, sobre todo, ser valientes.



comparativa de la eficiencia de escala y las comparaciones internacionales.

- **Acelerar la documentación y evaluación de las medidas pangubernamentales mediante técnicas basadas en la experiencia inicial con instrumentos de «evaluación del impacto sanitario» o «evaluación del impacto en la equidad sanitaria»^{61,62,63}.** Aunque estos instrumentos se encuentran todavía en fase de desarrollo, los responsables de políticas los demandan cada vez más para este tipo de análisis, desde el nivel local hasta el supranacional (véase el recuadro 4.5). Las pruebas científicas de su utilidad siguen aumentando^{64,65,66}, y constituyen una forma estratégica de organizar debates intersectoriales más reflexivos. Esto, en sí mismo, supone una incursión en uno de los aspectos más difíciles de resolver de la utilización de la base de pruebas científicas disponibles: la

patente necesidad de una comunicación más sistemática acerca de los posibles beneficios sanitarios que se derivarían de unas políticas públicas mejores. Los decisores, en particular los de otros sectores, no conocen suficientemente las consecuencias sanitarias de sus políticas ni los beneficios que podrían derivarse de ellas. Establecer una comunicación que trascienda el ámbito del especialista es tan importante como obtener evidencia y exige fórmulas mucho más eficaces para difundir esa evidencia entre los responsables de políticas⁶⁷. Formular las pruebas científicas sobre la salud de la población en función del impacto sanitario de las políticas, no siguiendo los modos tradicionales de comunicación entre especialistas en salud, puede modificar radicalmente la naturaleza y la calidad del diálogo sobre las políticas.

Recuadro 4.4 El escándalo de la invisibilidad: cuando los nacimientos y las defunciones no se contabilizan

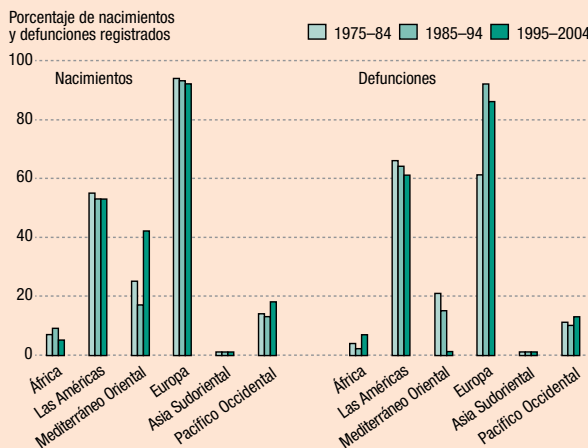
El registro civil (registro oficial de nacimientos y defunciones) es tanto un producto del desarrollo económico y social como una condición para la modernización. Su cobertura no ha mejorado mucho en las últimas décadas (véase la figura 4.3). Casi el 40% (48 millones) de los 128 millones de nacimientos que se producen anualmente en el mundo quedan sin contabilizar debido a la ausencia de sistemas de registro civil⁵³. La situación es aún peor en el caso del registro de defunciones. A nivel mundial, las dos terceras partes (38 millones) de los 57 millones de fallecimientos anuales no se registran. La OMS sólo recibe estadísticas fiables sobre causas de muerte de 31 de sus 193 Estados Miembros.

Los esfuerzos internacionales por mejorar la infraestructura de las estadísticas vitales en los países en desarrollo han sido demasiado limitados en magnitud y alcance⁵⁴. Ni la comunidad sanitaria mundial ni los países han concedido a la elaboración de las estadísticas sanitarias y los sistemas de registro civil la misma prioridad que a las intervenciones

de salud. Dentro del sistema de las Naciones Unidas, el desarrollo de los sistemas de registro civil no está asignado a una instancia identificable. No existen mecanismos de coordinación para hacer frente al problema y atender las solicitudes de asistencia técnica para movilizar los recursos técnicos y financieros necesarios. Crear la infraestructura de los sistemas de registro civil para conseguir que se contabilicen todos los nacimientos y las defunciones requiere la colaboración entre múltiples asociados de diversos

sectores. Hacen falta una promoción sostenida, el fomento de la confianza pública, marcos jurídicos propicios, incentivos, apoyo financiero, recursos humanos y sistemas modernizados de gestión de datos⁵⁵. Cuando funcionan bien, las estadísticas vitales proporcionan información básica para el establecimiento de prioridades. La ausencia de avances en el registro de los nacimientos y las defunciones es un obstáculo importante para el diseño y la aplicación de las reformas de la APS.

Figura 4.3 Porcentaje de nacimientos y defunciones registrados en los países con sistemas completos de registro civil, por regiones de la OMS, 1975-2004^a



^a Fuente: adaptado de ⁵⁴.

Cambios en el panorama institucional

Junto con la falta de evidencia, el ámbito en el que están apareciendo nuevas oportunidades es el de la capacidad institucional para elaborar políticas públicas ajustadas a los objetivos de la APS. Pese a la resistencia, por parte entre otros de los donantes, a asignar una cantidad considerable de fondos a los institutos nacionales de salud pública (INSP)⁶⁹, los responsables de políticas dependen mucho de ellos o de sus equivalentes funcionales. En muchos países, los INSP han sido los principales proveedores de competencias técnicas independientes para la salud pública, pero también, de manera más general, para las políticas públicas. Algunos tienen un historial prestigioso: la Fiocruz en el Brasil, el Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí» en Cuba, Kansanterveyslaitos en Finlandia, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos, o el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología en Viet Nam. Ellos dan testimonio de la importancia que los países

conceden al hecho de poder contar con estos medios⁶⁹. Sin embargo, esas entidades son cada vez menos capaces de afrontar las numerosas demandas nuevas de políticas públicas para proteger o promover la salud. Esta tendencia está dejando a los clásicos institutos de salud pública nacionales e internacionales con un mandato sobredimensionado e insuficientemente financiado, lo que plantea problemas de dispersión y dificultades para reunir una masa crítica de competencias diversificadas y especializadas (figura 4.4).

Entretanto, el panorama institucional está cambiando a medida que los recursos de apoyo a las políticas públicas se reparten por una multitud de instituciones nacionales y supranacionales. El número de lugares que albergan competencia técnica, a menudo especializados en algún aspecto de las políticas públicas, ha aumentado considerablemente, generando una amplia gama de formas institucionales que abarca centros de investigación especializados, fundaciones, departamentos universitarios, consorcios

Recuadro 4.5 Directrices de la Unión Europea para el análisis del impacto⁶⁸

Las directrices de la Unión Europea indican que las respuestas a las siguientes preguntas pueden constituir la base de un análisis del impacto de las intervenciones de salud pública propuestas.

Salud pública y seguridad

La opción propuesta:

- ¿Repercutirá en la salud y la seguridad de los individuos o las poblaciones, incluidas la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, debido a su impacto en el entorno socioeconómico (por ejemplo, en el entorno de trabajo, los ingresos, la educación, el empleo o la alimentación)?
- ¿Aumentará o reducirá el riesgo de bioterrorismo?
- ¿Aumentará o reducirá los riesgos sanitarios atribuibles a sustancias nocivas para el medio natural?
- ¿Repercutirá en la salud por influir en los niveles de ruido o en la calidad del aire, el agua o el suelo en zonas pobladas?
- ¿Repercutirá en la salud por incidir en el uso de los recursos energéticos o la eliminación de residuos?
- ¿Repercutirá en los determinantes de la salud relacionados con el modo de vida, como el consumo de tabaco o alcohol, o la actividad física?
- ¿Tendrá efectos específicos en determinados grupos de riesgo (definidos por la edad, el sexo, una discapacidad, la pertenencia a un grupo social, la movilidad, la región, etc.)?

Acceso a la protección social, la salud y la educación, y efectos sobre los sistemas correspondientes

La opción propuesta:

- ¿Repercutirá en la calidad de los servicios y en el acceso a ellos?
- ¿Tendrá efectos sobre la formación y la movilidad de los trabajadores (salud, formación, etc.)?
- ¿Repercutirá en el acceso de las personas a la enseñanza pública o privada o a la formación profesional y continua?
- ¿Repercutirá en la prestación transfronteriza de servicios, la derivación de pacientes a médicos/centros de otros Estados miembros y la cooperación en las regiones fronterizas?
- ¿Repercutirá en la financiación, la organización y la accesibilidad de los sistemas sociales, sanitarios y educativos (incluida la formación profesional)?
- ¿Repercutirá en la libertad o la autogestión de los centros universitarios o educativos superiores?



independientes y grupos de estudio, proyectos, organismos técnicos e iniciativas diversas. El Consejo de la Fundación para la Promoción de la Salud de Malasia, el Consejo Asesor sobre el Alcohol de Nueva Zelandia y la Comisión de Promoción de la Salud de Estonia muestran que los canales de financiación se han diversificado y pueden incluir becas y contratos de investigación, subsidios gubernamentales, donaciones, o impuestos especiales sobre las ventas de tabaco y alcohol. Esto da lugar a una red de competencias técnicas más compleja y difusa, pero también mucho más rica.

La colaboración transfronteriza permite obtener importantes eficiencias de escala en diversas cuestiones de política pública. Por ejemplo, la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI) ayuda a los países a elaborar estrategias orientadas a desarrollar la capacidad institucional⁷⁰. En este contexto, como parte del desarrollo institucional se deberán establecer unas estrategias meditadas para la especialización y la complementariedad, prestando atención al reto que plantean el liderazgo y la coordinación.

Al mismo tiempo, esto ofrece perspectivas para producir una fuerza de trabajo muy diversa y especializada, esencial para conseguir unas políticas públicas mejores. Las escuelas de salud pública, la medicina comunitaria y la enfermería comunitaria han sido tradicionalmente los

principales proveedores institucionales de esa fuerza de trabajo. Sin embargo, producen un número demasiado escaso de profesionales que con demasiada frecuencia están centrados en la lucha contra enfermedades y en la epidemiología clásica, y que generalmente no han recibido la preparación adecuada para un ejercicio profesional basado en la flexibilidad, el aprendizaje continuo y un liderazgo coordinado.

El desarrollo institucional multicéntrico brinda ocasiones para una reconsideración fundamental de los planes de estudio y de los contextos institucionales de la formación previa al empleo, con un adiestramiento en el puesto de trabajo en estrecho contacto con las instituciones en las que se ubica y desarrolla la competencia técnica⁷¹. En este sentido, hay indicios prometedores de renovación en la Región de Asia Sudoriental de la OMS (SEARO) que deben aprovecharse para impulsar ideas y medidas similares en otros lugares²⁷. El creciente intercambio transfronterizo de conocimientos teóricos y prácticos, unido al interés mundial por mejorar la capacidad de formulación de políticas públicas, está creando nuevas oportunidades orientadas a preparar no sólo a profesionales en número más acorde con las necesidades, sino, sobre todo, a profesionales con una visión más amplia y mejor preparados para abordar problemas complejos de salud pública en el futuro.

Figura 4.4 Funciones esenciales de salud pública que 30 instituciones nacionales de salud pública consideran parte de su cartera⁶⁹



Una acción sanitaria mundial equitativa y eficiente

En muchos países se están delegando las responsabilidades de los servicios de salud y sociales en instancias locales, al tiempo que las políticas financieras, comerciales, industriales y agrícolas van trasladándose al plano internacional: los resultados sanitarios han de obtenerse a nivel local, mientras que los determinantes de la salud están bajo influencias internacionales. Los países ajustan cada vez más sus políticas públicas a las de un mundo globalizado, lo cual presenta tanto oportunidades como riesgos.

En este proceso de adaptación a la globalización, las fragmentadas competencias normativas de los sistemas de gobernanza nacionales están convergiendo. Varios ministerios, como los de salud, agricultura, finanzas, comercio y asuntos exteriores, estudian ahora juntos la mejor manera de fundamentar las posiciones comerciales antes

de las negociaciones, hacer aportaciones durante éstas, y sopesar los costes y beneficios de otras opciones de políticas relacionadas con la salud, la economía y el futuro de los ciudadanos. Esta creciente «interdependencia» de la salud mundial se acompaña de una proliferación de actividades que se manifiesta a escala internacional. Así pues, el reto consiste en garantizar que las nuevas redes de gobernanza sean suficientemente integradoras de todos los actores y sectores, atentas a las necesidades y demandas locales, responsables y orientadas hacia la justicia social⁷². La reciente aparición de una crisis alimentaria mundial confiere aún mayor legitimidad a la contribución del sector sanitario a una respuesta mundial en evolución. Se está abriendo gradualmente un espacio para tener en cuenta la salud en los acuerdos comerciales negociados a través de la OMC (Organización Mundial del Comercio). Aunque su aplicación ha resultado problemática, las flexibilidades convenidas en Doha para que el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)⁷³ contemplara la concesión obligatoria de licencias para los productos farmacéuticos son un ejemplo de las nuevas políticas mundiales orientadas a proteger la salud.

La demanda de normas y criterios mundiales crece a medida que las amenazas para la salud van desplazándose de zonas en las que las medidas de seguridad se están reforzando a lugares en los que apenas existen. Reunir las competencias y los procedimientos necesarios es complejo y costoso. Los países recurren cada vez más a mecanismos mundiales y a la colaboración⁷⁴, tendencia que se inició hace más de 40 años, en 1963, con la

creación de la Comisión del Codex Alimentarius por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la OMS, con objeto de coordinar las normas alimentarias internacionales y la protección de los consumidores. Otro ejemplo de larga data es el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, creado en 1980 como programa conjunto de la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). En la Unión Europea, las normas de protección de la salud son elaboradas por diversos organismos y se aplican en todo el territorio. Dados el coste y la complejidad de la farmacovigilancia, muchos países adaptan y utilizan las normas de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). La OMS establece normas mundiales para las concentraciones tolerables de muchos contaminantes. Al mismo tiempo, los países deben ya sea emprender estos procesos por sí mismos, o garantizar el acceso a normas de otros países o de organismos internacionales, adaptadas a su propio contexto.

Así pues, el imperativo de emprender una acción de salud pública mundial impone más exigencias a la capacidad y la fortaleza del liderazgo sanitario para responder a la necesidad de proteger la salud de sus comunidades. La acción local debe ir acompañada de la coordinación de los diversos interesados y sectores dentro de los países. Requiere, asimismo, que los retos sanitarios mundiales se gestionen por medio de la colaboración y la negociación internacional. Como se muestra en el siguiente capítulo, ésa es una responsabilidad fundamental del Estado.

Referencias

- Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Fegan GW et al. Effect of expanded insecticide-treated bednet coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet*, 2007, 370:1035-1039.
- Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:532-538.
- Kaufman JA. China's health care system and avian influenza preparedness. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197(Suppl. 1):S7-S13.
- Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1-8.
- Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908-1919.
- Sommer A, Mosley WH. East Bengal cyclone of November 1970: epidemiological approach to disaster assessment. *Lancet*, 1972, 1:1029-1036.
- Bern C et al. Risk factors for mortality in the Bangladesh cyclone of 1991. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993, 71:73-78.
- Chowdhury AM. Comunicación personal, 2008.
- Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044-2053.
- World abortion policies 2007*. New York NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007 (ST/ESA/SER.A/264, Wallchart).
- Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
- Maternal health and early childhood development in Cuba*. Ottawa, Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2007 (Second Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate).
- Evans RG, Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy*, 2008, 3:21-32.



16. Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:85-110.
17. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
18. Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva, World Health Organization, Health Systems Services, 2007.
19. Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ*, 2004, 329:1169-1172.
20. *Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*, 2nd ed. Geneva, Health Action International and World Health Organization, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>, consultado el 20 de agosto de 2008).
21. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226-2234.
22. *Supply annual report 2007*. Copenhagen, United Nations Children's Fund Supply Division, 2008.
23. Tambini G et al. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Revista panamericana de salud pública*, 2006, 20:54-59.
24. EPI Revolving Fund: quality vaccines at low cost. *EPI Newsletter*, 1997, 19:6-7.
25. Matiru R, Ryan T. The global drug facility: a unique, holistic and pioneering approach to drug procurement and management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:348-353.
26. *Annual Report*. Wellington, Pharmaceutical Management Agency, 2007.
27. *Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
28. Victora CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1555-1556.
29. Freitas do Amaral JJ et al. Multi-country evaluation of IMCI, Brazil study. Ceará, Federal University of Ceará, ND.
30. Sontag S. *AIDS and its metaphors*. New York NY, Farrar, Straus & Giroux, 1988.
31. Mann JM et al, eds. *Health and human rights: a reader*. New York NY, Routledge, 1999.
32. Friedman S, Mottiar S. A rewarding engagement? The treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. *Politics and Society*, 2005, 33:511-565.
33. Ottawa Charter for Health Promotion. In: *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, consultado el 2 de julio de 2008).
34. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271-280.
35. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 2007, 335:1241-1243.
36. Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400-403.
37. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (en prensa).
38. *Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un porvenir más seguro – Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
39. Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullkio PJ, McGranahan G, eds. *Scaling urban environmental challenges: from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
40. Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde J, Wyon J, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
41. WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization, 2008 (en prensa).
42. Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
43. Chami Y, Hammou J, Mahjour J. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Eye Health*, 2004, 17:59.
44. Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225-1231.
45. *Senegal: outbreak of lead intoxication in Thiaroye sur Mer 20 June 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html, consultado el 21 de julio de 2008).
46. Muhrad N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
47. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Geneva, World Health Organization, 2007.
48. Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21-40.
49. Gilson L et al. *Challenging health inequity through health systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
50. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
51. Anadova A. *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
52. Allin S et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Geneva, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
53. Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007 (publicado en línea: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5).
54. Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (publicado en línea: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61308-7).
55. AbouZahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward. *Lancet*, 2007 (publicado en línea: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61310-5).
56. Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:778-783.
57. Halstead SB, Tugwell P, Bennett K. The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): a progress report. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, 44:579-589.
58. Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285-289.
59. Sweet M, Moynihan R. *Improving population health: the uses of systematic reviews*. New York NY, Milbank Memorial Fund, 2007.
60. Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health. *BMJ*, 2001, 323:294-295.
61. *An idea whose time has come: New opportunities for HIA in New Zealand public policy and planning*. Wellington, Public Health Advisory Committee, 2007.
62. Harris P et al. *Health impact assessment: a practical guide*. Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999-2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241-256.
66. Wismar M et al, eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Geneva, World Health Organization, 2007.
67. Jewell CJ, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government. *The Milbank Quarterly*, 2008, 86:177-208.
68. *Communication from the Commission on Better Regulation for Growth and Jobs in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good. *Journal of Public Health Policy*, 2008, 29:3-21.
70. *Framework for the creation and development of national public health institutes*. Helsinki, International Association of National Public Health Institutes, 2007.
71. Khaleghian P, Das Gupta M. *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. Kickbusch I. A new agenda for health. *Perspectives in Health*, 2004, 9:8-13.
73. *Declaración de la Organización Mundial del Comercio relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. Conferencia ministerial, Cuarto período de sesiones, Doha, 9-14 de noviembre de 2001*. 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2).
74. Wilk EA van der et al. *Learning from our neighbours – cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth screening*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, consultado el 30 de julio de 2008).



Liderazgo y gobierno eficaz



En los capítulos anteriores se ha descrito cómo pueden transformarse los sistemas sanitarios para que presten una mejor atención de salud aplicando criterios valorados por las personas: equidad, centralidad de la persona y certeza de que las autoridades sanitarias gestionan las funciones de salud pública para garantizar el bienestar de todas las comunidades. Estas reformas de la APS exigen nuevas formas de liderazgo para la salud. El presente capítulo comienza explicando por qué el sector público ha de desempeñar un papel de peso en la dirección y orientación de las reformas de la atención sanitaria pública, y hace hincapié en que esta función debe ejercerse por medio de modelos colaborativos de diálogo sobre políticas con múltiples interesados, porque eso es lo que las personas esperan y porque es la opción más eficaz. Seguidamente se estudian estrategias dirigidas a mejorar la eficacia de las labores de reforma y la gestión de los procesos políticos que las condicionan.

Capítulo 5

Los gobiernos como mediadores de las reformas en pro de la APS	84
Diálogo eficaz sobre políticas	88
Gestión del proceso político: del inicio de las reformas a su aplicación	95

Los gobiernos como mediadores de las reformas en pro de la APS

Mediación en el contrato social para la salud

En último término, la responsabilidad de configurar los sistemas nacionales de salud incumbe a los gobiernos. Por configurar no debe entenderse que éstos deberían – o siquiera podrían – reformar todo el sector sanitario por sí solos. Muchos otros grupos tienen un papel que desempeñar: los políticos nacionales y los gobiernos locales, los profesionales sanitarios, la comunidad científica y las organizaciones de la sociedad civil, así como la comunidad sanitaria mundial. Sin embargo, la responsabilidad encomendada a los organismos públicos en materia de salud es singular y se fundamenta en una política de principios y en expectativas muy extendidas¹.

Desde el punto de vista político, la legitimidad de los gobiernos y su apoyo popular dependen de su capacidad de proteger a los ciudadanos y de desempeñar una función redistributiva. La gobernanza sanitaria es uno de los principales instrumentos de política pública para la protección y la redistribución institucionalizadas. En los Estados modernos se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que pueden acarrear las enfermedades. Estas responsabilidades fueron ampliándose y a ellas se sumó la corrección de los fallos del mercado que caracterizan al sector sanitario². Desde principios del siglo XX se han añadido progresivamente la protección de la salud y la atención sanitaria como bienes que están garantizados por los gobiernos y son fundamentales para el contrato social entre el Estado y los ciudadanos. La importancia de los sistemas de salud como elemento clave del contrato social en la modernización de las sociedades se hace muy patente durante las reconstrucciones posteriores a guerras o catástrofes: la restauración de los servicios de salud es uno de los primeros signos tangibles de que la sociedad está retornando a la normalidad³.

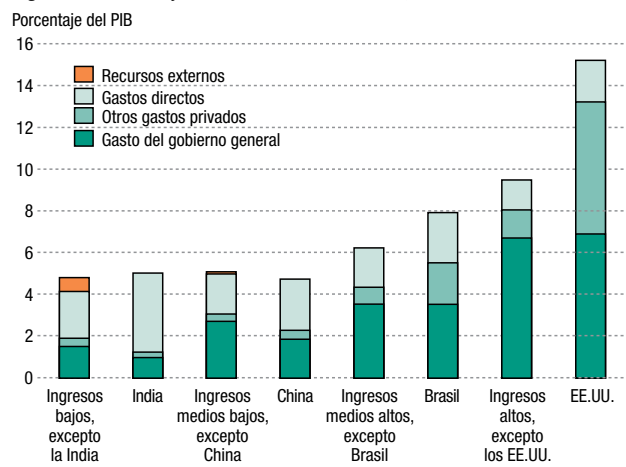
La legitimidad de la intervención estatal no se funda únicamente en consideraciones sociales y políticas. Hay también actores económicos clave (los fabricantes de equipos médicos, la industria farmacéutica y los profesionales) interesados en

que los gobiernos asuman la responsabilidad de la salud para garantizar un mercado viable en este ámbito: la costosa economía sanitaria moderna no puede sostenerse sin compartir riesgos y mancomunar recursos. De hecho, los países que más gastan en salud son también aquellos con mayor financiación pública del sector sanitario (figura 5.1).

Incluso en los Estados Unidos de América, su excepcionalidad no se debe a un gasto público más bajo – con un 6,9% del PIB, no es inferior a la media del 6,7% de los países de ingresos altos –, sino al gasto privado adicional, singularmente elevado. El desempeño del sector sanitario estadounidense, crónicamente deficiente en cuanto a resultados sanitarios, calidad, acceso, eficiencia y equidad⁵, explica los sondeos de opinión que muestran un creciente consenso en torno a la idea de que el Estado intervenga para garantizar un acceso más equitativo a la atención sanitaria básica^{6,7}.

Así pues, se justifica que el sector público ejerza una rectoría más efectiva del sector sanitario en aras de una mayor eficiencia y equidad. Esta función crucial de rectoría se interpreta a menudo erróneamente como un mandato para la planificación centralizada y el control administrativo completo del sector sanitario. Aunque algunas situaciones sanitarias complejas, como las emergencias de salud pública o la erradicación de enfermedades, pueden exigir una gestión enérgica en régimen de mando y control, la eficacia de la rectoría depende cada vez más de una labor de «mediación» ante los complejos

Figura 5.1 Porcentaje del PIB destinado a la salud, 2005⁴



desafíos sanitarios del presente y del futuro. Los intereses de los poderes públicos, del sector de la salud y de la población están estrechamente ligados. Con los años, esto ha convertido todos los pilares de la atención médica, como la formación, la acreditación, el pago, los hospitales, los derechos, etc., en objeto de negociaciones intensivas en torno a la amplitud que deba darse a la definición de Estado del bienestar y de los bienes colectivos asociados^{8,9}. Esto significa que las instituciones públicas y semipúblicas han de mediar en el contrato social establecido entre las instituciones de la medicina, la salud y la sociedad¹⁰. Hoy día, en los países de ingresos altos, el sistema de atención de salud y el Estado están indisolublemente unidos. En los de ingresos bajos y medios el Estado ha tenido con frecuencia un papel más visible, pero, paradójicamente, menos eficaz en la orientación del sector sanitario, sobre todo durante los años ochenta y noventa, cuando los conflictos y la recesión económica pusieron duramente a prueba a algunos de ellos. Aquellas circunstancias determinaron que sus sistemas de salud tomaran rumbos bastante alejados de los objetivos y valores que persigue el movimiento en pro de la APS.

La desvinculación del Estado y sus consecuencias

En muchos países socialistas y postsocialistas que se hallan en plena reestructuración económica, el Estado ha abandonado bruscamente su hasta ahora preponderante papel en la atención de salud. La deregulación del sector sanitario chino en los años ochenta y el fuerte aumento ulterior de la dependencia de los gastos directos son buen ejemplo de ello y una advertencia para el resto del mundo¹¹. Se produjo un deterioro espectacular de la prestación de atención sanitaria y de la protección social, sobre todo en las zonas rurales, lo que frenó considerablemente el aumento de la esperanza de vida^{11,12}. China tuvo que reconsiderar sus políticas y reafirmar la función de liderazgo del Gobierno, proceso que está lejos de haber terminado (recuadro 5.1)¹³.

Una situación similar de desintervención se dio en muchos de los países de Europa central y oriental y la Comunidad de Estados Independientes (ECO-CEI). A principios de los años noventa, el gasto público en salud se redujo a niveles que

hacían prácticamente imposible administrar un sistema básico. Ello contribuyó a un importante retroceso de la esperanza de vida¹⁷. Los gastos catastróficos en atención de salud se convirtieron en una de las principales causas de pobreza¹⁸. En los últimos tiempos los niveles de financiación se han estabilizado o incluso han crecido, pero ello no ha ido seguido de una mejora significativa de los resultados sanitarios, y las desigualdades socioeconómicas en salud y en acceso a la atención sanitaria están aumentando. Los datos y tendencias relacionados con estos aumentos, así como el incremento de los mecanismos informales de pago por la atención sanitaria, indican que la reintervención del Estado es todavía insuficiente.

En otros lugares, pero más espectacularmente en los países de ingresos bajos y los Estados frágiles, la ausencia o la retirada del Estado de las responsabilidades en materia de salud es reflejo de un contexto más general de estancamiento económico, crisis política y social, y mala gobernanza¹⁹. En tales condiciones el liderazgo público se ha vuelto a menudo disfuncional y desinstitucionalizado²⁰, debilidad que se ve agravada por la falta de cobertura financiera para marcar el rumbo del sector sanitario. Con frecuencia, las políticas mundiales de desarrollo han aumentado las dificultades a las que se enfrentan los gobiernos a la hora de asumir sus responsabilidades, y ello por al menos dos razones:

- La agenda mundial de desarrollo de los años ochenta y noventa estuvo dominada por la preocupación por los problemas que generaba una excesiva intervención del Estado²¹. Todavía hoy, las fórmulas de ajuste estructural y reducción de costos de esas décadas limitan la reconstrucción de la capacidad de liderazgo. En los países más pobres la financiación pública se volvió imprevisible, lo que dificultó o impidió los compromisos de inversión a medio plazo en el crecimiento del sector sanitario. La planificación sanitaria basada en las necesidades dejó de ser la regla para convertirse en la excepción, ya que se adoptaron decisiones fiscales clave cuyas posibles consecuencias para el sector de la salud se conocían mal, y los ministerios de salud no pudieron defender argumentadamente que se concediera prioridad a los incrementos presupuestarios²².

■ Durante decenios, la agenda de salud de la comunidad internacional – incluida la de la OMS – se ha configurado en función de enfermedades e intervenciones en lugar de hacerlo en función de los desafíos a los que se

enfrentan los sistemas de salud. No cabe duda de que ha contribuido a determinar con más exactitud la carga de morbilidad que soportan los países pobres, pero el programa también ha influido profundamente en la estructura

Recuadro 5.1 Evolución de la intervención estatal en China

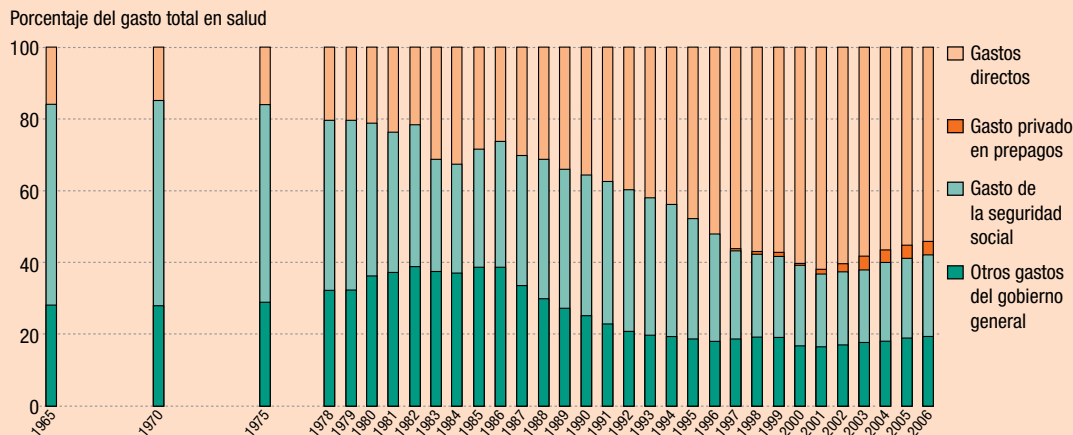
Durante los años ochenta y noventa, la retirada parcial del Estado del sector sanitario expuso a un número creciente de hogares chinos a gastos catastróficos para costear la atención de salud. Como consecuencia de ello, millones de familias, tanto de zonas rurales como urbanas, se vieron incapaces de sufragar los gastos y quedaron excluidas de dicha atención. En las ciudades, el Plan de Seguro Público (PSP) y el Plan de Seguro Laboral (PSL) habían cubierto anteriormente a más de la mitad de la población con un seguro médico total o parcial, pero las debilidades estructurales de ambos alcanzaron niveles críticos con el impacto del cambio económico acelerado de los años noventa. El porcentaje de la población urbana china no cubierta por ningún seguro médico o plan de salud aumentó del 27,3% en 1993 al 44,1% en 1998¹⁴. Al final del siglo, los pagos directos representaban más del 60% del gasto en salud. Esta crisis urgió a trabajar por invertir la tendencia: en 1998 se reforzaron los planes de mancomunación del riesgo y de prepago con la introducción del Seguro Médico Básico (SMB) para los trabajadores urbanos.

El SMB, que se financia mediante contribuciones obligatorias de los trabajadores y los empleadores, aspira a sustituir a los antiguos PSP y PSL. En él se ha optado por una cobertura amplia con prestaciones relativamente modestas en calidad y variedad y por una flexibilidad que permite elaborar diversos tipos de paquetes de acuerdo con las necesidades locales de los municipios participantes. Desde el punto de vista estructural, el fondo del SMB se divide en dos partes: las cuentas de ahorro individuales y el fondo social común. En términos generales, la contribución económica correspondiente al salario de un empleado va a parar a su cuenta de ahorro individual, mientras que la cuota del empleador se reparte entre dicha cuenta y el fondo social común, con aplicación de porcentajes diferentes según la edad de los empleados.

En el marco del nuevo SMB, los recursos financieros se mancomunan a nivel de los municipios o las ciudades, no de las empresas, lo cual refuerza considerablemente la capacidad de participación en el riesgo. Cada gobierno municipal ha elaborado sus propias normas sobre el uso de los recursos de las cuentas de ahorro individuales y del fondo social común (los dos componentes estructurales del sistema). Las cuentas de ahorro individuales cubren los servicios ambulatorios, mientras que el fondo social común está destinado a cubrir los gastos de hospitalización¹⁴.

Quedan por subsanar algunos problemas importantes del modelo del SMB, en particular los concernientes a la equidad. Por ejemplo, los estudios indican que, en las zonas urbanas, las poblaciones más acomodadas se han beneficiado más rápidamente de las prestaciones del SMB que los hogares con ingresos muy bajos, mientras que los trabajadores del sector informal permanecen al margen del plan. Aun así, el SMB ha logrado avances en la ampliación de la cobertura del seguro médico y el acceso a los servicios entre la población urbana de China, y está sirviendo para invertir las perniciosas tendencias de los años ochenta y noventa y, al mismo tiempo, asignar a las instituciones públicas un nuevo papel de mediador.

Figura 5.2 Gasto sanitario en China: retirada del Estado en los años ochenta y noventa, y reintervención reciente



Fuentes: de 1965 a 1975¹⁵; de 1978 a 1994¹⁶; de 1995 a 2006⁴.

de las instituciones estatales y paraestatales de los países de ingresos bajos y medios. La consiguiente fragmentación de la gobernanza del sector sanitario ha desviado la atención de cuestiones importantes tales como la organización de la atención primaria, el control de la mercantilización del sector, y los recursos humanos para las crisis sanitarias.

Las consecuencias desfavorables de esta tendencia son más acentuadas en los países dependientes de la ayuda porque dicha tendencia ha determinado cómo se canalizan los fondos²³. En esos países, la inversión desproporcionada en un número limitado de programas dirigidos a determinadas enfermedades y considerados prioridades mundiales ha detraído las limitadas energías de los ministerios de salud de su función primordial de mediadores en la planificación integral de la atención primaria y la salud pública. A consecuencia de ello, se han fragmentado y multiplicado las fuentes de financiación y se ha segmentado la dispensación de servicios, lo que está acarreando duplicaciones, ineficiencias y una competencia contraproducente entre programas por los recursos. La movilización masiva de la solidaridad mundial no ha sido capaz de compensar el creciente distanciamiento entre las necesidades de los países y la ayuda mundial, y entre las expectativas de la población respecto al acceso a una atención digna y las prioridades establecidas por los gestores del sector sanitario. A ello se añade que la proliferación de mecanismos de flujo de la ayuda y de nuevas instituciones ejecutoras ha complicado aún más la situación afrontada por las débiles burocracias gubernamentales en los países dependientes de los donantes, con la consiguiente alza de los costos de transacción para los países que menos pueden permitírselo²⁴. Responder a las agendas a corto plazo de los asociados internacionales supone tanto esfuerzo que quedan pocas energías para tratar con los múltiples actores nacionales – profesionales, organizaciones de la sociedad civil, políticos, etc. – aunque es aquí donde, a la larga, el liderazgo cobra mayor importancia. Como han sostenido acertadamente los defensores de esta causa en los últimos años, por sí sola, una mejor coordinación entre los donantes no va a resolver este problema: hay también una necesidad urgente de reinvertir en capacidad de gobernanza.

Participación y negociación

La necesaria reinversión en instituciones estatales y paraestatales no puede suponer el retorno a una gobernanza sanitaria de mando y control. Los sistemas de salud son demasiado complejos: los ámbitos del Estado moderno y de la sociedad civil están interconectados y sus fronteras se desplazan constantemente²⁵. Los profesionales desempeñan un papel decisivo en la gestión de la salud²⁶, mientras que, como se ha mencionado en el capítulo 2, los movimientos sociales y las instituciones autónomas paraestatales se han convertido en actores políticos complejos e influyentes²⁷. Grupos de pacientes, de profesionales, de defensores de intereses comerciales y otros se están organizando a fin de mejorar su posición negociadora y proteger sus intereses. También los ministerios de salud están lejos de ser homogéneos: personas y programas compiten por la influencia y los recursos, lo que complica aún más la promoción del cambio. Se impone sustituir los modelos de gestión excesivamente simplistas del pasado por una mediación eficaz en salud que adopte nuevos mecanismos para el diálogo multilateral sobre políticas a fin de formular las orientaciones estratégicas de las reformas de la APS²⁸.

La participación de los interesados clave es esencial en el diálogo sobre políticas. A medida que los países se modernizan, sus ciudadanos valoran más la responsabilización y la participación de la sociedad. En todo el mundo, cuando aumentan la prosperidad, las habilidades intelectuales y la conectividad social, también lo hacen las aspiraciones de las personas a ejercer mayor influencia²⁹ tanto en lo que ocurre en sus lugares de trabajo y sus comunidades – de ahí la importancia de la centralidad de la persona y la participación comunitaria –, como en decisiones gubernamentales importantes que afectan a sus vidas – de ahí la importancia de que la sociedad civil participe en el debate social sobre las políticas de salud³⁰.

Si el diálogo sobre políticas es tan importante, se debe también a que las reformas de la APS exigen un amplio diálogo de esa naturaleza para relativizar las expectativas de los diversos interesados, sopesar las necesidades, la demanda y los desafíos futuros, y resolver las inevitables confrontaciones que tales reformas conllevan³¹. Las autoridades sanitarias y los ministerios de

salud, que desempeñan un papel primordial, han de aunar el poder de decisión de las autoridades políticas, la racionalidad de la comunidad científica, el compromiso de los profesionales, y los valores y recursos de la sociedad civil³². Es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo (recuadro 5.2). Es iluso esperar que la formulación de políticas de APS sea fruto de un consenso pleno, ya que hay demasiados intereses contrapuestos. Sin embargo, la experiencia demuestra que la legitimidad de las decisiones en materia de políticas depende menos de dicho consenso pleno que de la equidad y la transparencia del procedimiento^{33,34,35}.

Sin un diálogo sobre políticas estructurado y participativo se corre el riesgo de que las decisiones en esta materia queden a merced de grupos de intereses, de cambios en el personal político o de la volubilidad de los donantes. Sin un consenso social es también mucho más difícil colaborar eficazmente con los actores cuyos objetivos no estén en la misma línea que las medidas adoptadas por

las reformas de la APS, incluidos otros sectores que compiten por los recursos de la sociedad; para el «complejo médico-industrial»³⁶ la reforma de la APS puede suponer un reajuste de su estrategia industrial, y para intereses creados como los de la industria del tabaco o del alcohol una reforma eficaz constituye una amenaza directa.

Diálogo eficaz sobre políticas

La capacidad institucional para hacer posible un diálogo sobre políticas productivo no debe darse por sentada. Suele ser insuficiente en los países en los que, por elección o por omisión, la formulación de políticas en materia de salud está dominada por el *laissez-faire*. Incluso en los países con sistemas sanitarios maduros y dotados de abundantes recursos hay margen para fórmulas más sistemáticas e institucionalizadas, y necesidad de ellas: en muchos casos la negociación entre autoridades sanitarias e instituciones profesionales está firmemente instaurada, pero con otros interesados dista mucho de estarlo y

Recuadro 5.2 El diálogo sobre políticas ayuda a marcar el rumbo de las orientaciones nacionales: la experiencia de tres países

En el Canadá, una Comisión encargada de analizar el futuro de la atención sanitaria recurrió a las aportaciones de grupos de discusión y audiencias públicas. Diversos interesados y grupos del público dejaron claro el valor que los canadienses conceden al acceso equitativo a una atención de alta calidad, basado en la necesidad e independiente de la capacidad de pagarlo. Al mismo tiempo, la Comisión hubo de velar por que el debate se fundara en datos sobre las realidades del sistema sanitario del país aportados por los principales expertos en políticas. Fueron decisivas las pruebas de que la financiación pública de la atención de salud no sólo alcanza las metas de equidad, sino también las de eficiencia, puesto que los costos administrativos de la financiación privada eran más elevados. En 2002, el debate sobre valores y los datos conexos se reunieron en un informe sobre políticas que trazó el rumbo de un sistema de APS financiado públicamente, sostenible y con capacidad de respuesta, considerado como «la más alta expresión del cuidado mutuo entre canadienses»³⁷. La masiva adopción de las recomendaciones de la Comisión por parte de los responsables de políticas refleja la solidez del análisis basado en pruebas científicas y del compromiso público.

En el Brasil, las siete primeras *Conferências Nacionais de Saúde*, que constituyeron la plataforma para el diálogo nacional sobre políticas en el sector sanitario entre 1941 y 1977, se caracterizaron por la participación exclusiva del sector público y una clara impronta verticalista, con una progresión clásica de planes nacionales a programas y a la ampliación de la red de servicios básicos de salud. El punto de inflexión se sitúa en la 8ª conferencia, celebrada en 1980: el número de participantes aumentó de unos pocos cientos a cuatro mil, procedentes de muy diversos grupos de interesados. Esta conferencia y las posteriores llevaron adelante programas regidos mucho más que en el pasado por los valores de la democracia sanitaria, el acceso, la calidad, la humanización de la atención y el control social. La 12ª conferencia nacional, en 2003, marcó el inicio de una tercera fase de consolidación: tres mil delegados, el 80% de ellos elegidos, y una conferencia centrada en la salud como derecho de todos y deber del Estado³⁸.

Tailandia atravesó fases similares. La ampliación de la cobertura de la atención sanitaria básica por parte de un Ministerio de Salud proactivo, alentada por el grupo de presión de la Asociación de Médicos Rurales, condujo a la puesta en marcha en 1992 del Decenio del Desarrollo de los Centros de Salud. Tras la crisis económica de 1994, funcionarios ministeriales comenzaron a movilizar a la sociedad civil y al mundo universitario en torno al programa de cobertura universal y convocaron a unos miles de delegados al Primer Foro sobre la Reforma de la Atención de Salud en 1997. Pronto llegó la conexión con el mundo político en forma de una audaz iniciativa en pos del acceso universal y la protección social conocida como «plan de los 30 baht»³⁹. Con la Ley Nacional de Salud de 2007 se ha institucionalizado la participación de los interesados a través de una Comisión Nacional de Salud compuesta por profesionales sanitarios, miembros de la sociedad civil y políticos.

suele limitarse a debates en torno a la asignación de recursos para la prestación de servicios. Se impone construir un diálogo sobre políticas. Cómo hacerlo depende en gran medida del contexto y los antecedentes. La experiencia de los países que han podido acelerar las reformas de la APS apunta a tres elementos comunes del diálogo eficaz sobre políticas:

- la importancia de que los sistemas de información sean útiles para la reforma de la APS;
- el aprovechamiento sistemático de las innovaciones, y
- el intercambio de las enseñanzas sobre lo que resulta eficaz.

Sistemas de información para fortalecer el diálogo sobre políticas

El diálogo sobre las políticas de reforma de la APS ha de guiarse no sólo por datos de mejor calidad, sino también por información obtenida alejándose de los puntos de vista tradicionales sobre los usuarios, el alcance y la arquitectura de los sistemas nacionales de información sanitaria (figura 5.3).

Muchos sistemas nacionales de información sanitaria que se utilizan para orientar las políticas pueden describirse como estructuras administrativas cerradas a través de las cuales se produce un flujo limitado de datos sobre el uso de los recursos, los servicios y la situación sanitaria. Es frecuente que los funcionarios hagan un uso limitado de ellos a la hora de formular reformas de políticas, tanto a nivel nacional como mundial, y se aprovecha poco la información crucial que podría extraerse de otros instrumentos y fuentes

(datos censales, encuestas de opinión o de gastos de los hogares, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, entidades de seguro médico, etc.), muchos de los cuales se encuentran fuera del sistema público o incluso fuera del sector sanitario.

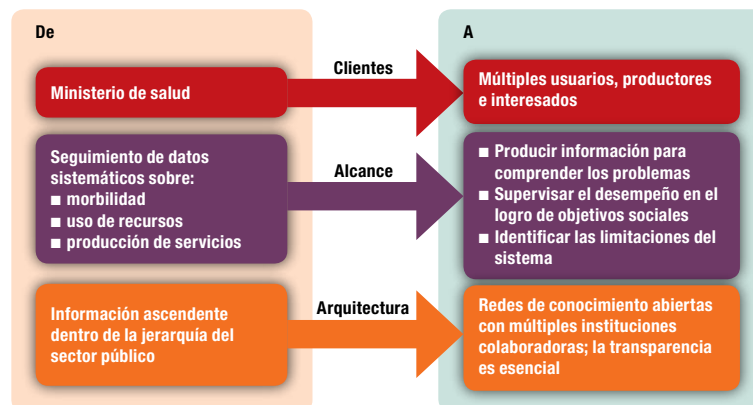
Los datos sistemáticos de los sistemas de información sanitaria tradicionales no responden a la creciente demanda de información relacionada con la salud por parte de interesados muy diversos. Los ciudadanos necesitan un acceso más fácil a sus propias historias clínicas, las cuales deberían informarles sobre los progresos en sus planes de tratamiento y permitirles participar en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud y la de sus familias y comunidades. Éstas y las organizaciones de la sociedad civil necesitan una información mejor para proteger la salud de sus miembros, reducir la exclusión y promover la equidad. Los profesionales sanitarios también la necesitan para elevar la calidad de su trabajo y perfeccionar la coordinación e integración de los servicios. Y los políticos, para saber en qué medida el sistema sanitario está cumpliendo los objetivos de la sociedad y cómo se está utilizando el dinero público.

La información que puede utilizarse para dirigir el cambio en materia de políticas es muy diferente de los datos que generan actualmente la mayoría de los sistemas de información sanitaria convencionales. Se necesita hacer un seguimiento de lo que están logrando las reformas en todo el conjunto de valores sociales y resultados conexos que son básicos para la APS: la equidad, la centralidad de la persona, la protección de la salud de las comunidades y la participación. Esto supone hacer preguntas como las siguientes:

la salud de las comunidades y la participación. Esto supone hacer preguntas como las siguientes:

- ¿la atención es integral, integrada, continua y eficaz?
- ¿está garantizado el acceso y las personas saben a qué tienen derecho?
- ¿están protegidas las personas frente a las consecuencias económicas de la enfermedad?

Figura 5.3 Transformación de los sistemas de información en instrumentos de reforma de la APS



- ¿garantizan las autoridades una protección eficaz frente a la exclusión de la atención de salud?
- ¿y frente a la explotación por parte de los proveedores comerciales?

Estas preguntas van mucho más allá de lo que puede responderse haciendo un seguimiento de los indicadores de resultados sanitarios, del uso de los recursos y de la producción de servicios, que es en lo que se centran los sistemas de información sanitaria convencionales. El cambio de paradigma necesario para transformar los sistemas de información en elementos útiles para la reforma de la APS consiste en centrarse en

lo que está obstaculizando la reorientación del sistema sanitario. Es importante (y vital para prever futuros desafíos) identificar mejor los problemas prioritarios y las tendencias en materia de salud, pero, desde el punto de vista de las políticas, la información crucial es la que permite identificar las limitaciones operacionales y sistémicas. A los países de bajos ingresos en particular, que durante mucho tiempo han estructurado la planificación en torno a consideraciones epidemiológicas, esto puede proporcionarles una base nueva y dinámica para orientar el desarrollo de los sistemas⁴⁰. Por ejemplo, el informe de Bangladesh Health Watch sobre la situación de la fuerza de trabajo sanitaria del país identificó

Recuadro 5.3 Equity Gauges (grupos de trabajo en equidad): colaboración entre los interesados para hacer frente a las desigualdades sanitarias⁴³

Los denominados Equity Gauges (grupos de trabajo en equidad) son alianzas de múltiples interesados que organizan un seguimiento activo y acciones correctivas en el ámbito de la inequidad en salud y atención sanitaria. Hasta la fecha se han creado en 12 países de tres continentes. Algunos operan a escala nacional, otros supervisan un conjunto de distritos o provincias de un país, unos pocos trabajan a nivel regional, y otros se centran específicamente en la equidad dentro de una ciudad o un municipio; nueve son de ámbito nacional y tres de ámbito municipal (en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), El Tambo (Ecuador) y Nairobi (Kenya)). Estos grupos de trabajo en equidad reúnen a interesados que representan muy diversos contextos locales y comprenden parlamentarios y concejales, medios de comunicación, ministerios y departamentos de salud, instituciones académicas, iglesias, dirigentes tradicionales, asociaciones de mujeres, organizaciones comunitarias y gubernamentales, entidades administrativas locales y grupos cívicos. Tan amplia gama de interesados no sólo alienta una amplia inversión social y política, sino que apoya el desarrollo de la capacidad en los países.

Los grupos de trabajo en equidad vigilan y abordan la inequidad en salud y atención sanitaria desde un punto de vista activo. Dejan atrás la mera descripción o el seguimiento pasivo de indicadores de equidad y aplican un conjunto de medidas específicas ideadas para lograr una reducción real y sostenida de las disparidades injustas en salud y atención sanitaria. Esta labor exige una serie ininterrumpida de intervenciones estratégicamente planeadas y coordinadas en las que participan diversos actores pertenecientes a diferentes sectores y disciplinas.

Su estrategia se basa explícitamente en tres «pilares». Todos ellos se consideran igualmente importantes y esenciales para el éxito, y se desarrollan en paralelo:

- investigación y seguimiento para medir y describir las inequidades;
- promoción y participación pública a fin de impulsar el uso de la información para lograr el cambio, con la colaboración de muy diversos interesados de la sociedad civil en un movimiento en pro de la equidad;
- participación de la comunidad para incorporar a las personas pobres y marginadas a la toma de decisiones en calidad de participantes activos, no de receptores pasivos de medidas adoptadas en su beneficio.

La estrategia de los grupos de trabajo en equidad consiste, por tanto, en una serie de medidas interconectadas que se solapan; no se reduce, como el nombre en inglés podría llevar a pensar, a un mero conjunto de mediciones. Por ejemplo, al seleccionar los indicadores de equidad para la medición y el seguimiento habría que tener en cuenta las opiniones de los grupos de la comunidad y lo que resultaría útil desde el punto de vista de la promoción. A su vez, el pilar de la promoción se basa en indicadores fiables elaborados por el pilar de la medición, y en él pueden participar miembros de la comunidad o personalidades públicas.

Los grupos de trabajo en equidad seleccionan los indicadores de acuerdo con las necesidades particulares del país y de los interesados. Se hace hincapié, no obstante, en la generación de datos sobre tendencias en todos los grupos, a fin de poder conocer la progresión a lo largo del tiempo. Se miden indicadores en muy diversas dimensiones de la salud, como la situación sanitaria, la financiación y la asignación de recursos en atención sanitaria, el acceso a ésta, y su calidad (por ejemplo, en el caso de la salud materno-infantil, las enfermedades transmisibles y los traumatismos). Todos los indicadores se desglosan con arreglo al acrónimo «PROGRESS», cuyas siglas designan en inglés un amplio conjunto de factores socioeconómicos que suelen asociarse a inequidades en materia de determinantes de la salud: lugar de residencia, religión, ocupación, género, raza/origen étnico, educación, nivel socioeconómico y redes sociales o capital social.

dichas limitaciones sistémicas y las recomendaciones correspondientes para que fueran examinadas por las autoridades sanitarias⁴¹.

La multiplicación de las necesidades de información y de los usuarios de ésta implica que también la forma en que se genera, se intercambia y se utiliza la información sanitaria debe evolucionar. Para ello es indispensable hacerla accesible y transparente; por ejemplo, facilitando el acceso a toda la información relacionada con la salud a través de Internet – como se hizo en Chile, país en el que se consideró la comunicación eficaz tanto un resultado como un motor de su régimen de «Garantías Explícitas de Salud». La reforma de la APS reclama modelos abiertos y en colaboración para tener la seguridad de que se exploten todas las fuentes óptimas de datos y de que la información fluya con rapidez hacia quienes puedan transformarla en las medidas adecuadas.

Las estructuras abiertas y en colaboración, como los «observatorios» o los Equity Gauges (grupos de trabajo en equidad), ofrecen modelos específicos que complementan los sistemas de información sistemática porque vinculan directamente la producción y difusión de información sobre asistencia sanitaria y social a la

formulación de políticas y el intercambio de prácticas idóneas⁴². Reflejan la importancia cada vez mayor concedida al trabajo interinstitucional, las desigualdades en salud y la formulación de políticas basadas en pruebas. Estas estructuras agrupan a interesados diversos, como instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, proveedores empresariales, sindicatos, representantes de los usuarios, instituciones públicas y otros, en torno a un programa común de seguimiento de tendencias, estudios, intercambio de información, elaboración de políticas y diálogo sobre políticas (véase el recuadro 5.3).

Paradójicamente, estas configuraciones abiertas y flexibles ofrecen continuidad en entornos en los que la continuidad administrativa y normativa puede verse afectada por la rápida rotación de los responsables de la toma de decisiones. En la Región de las Américas, 22 países cuentan con observatorios centrados específicamente en cuestiones relacionadas con los recursos humanos. En el Brasil, por ejemplo, el observatorio consiste en una red de más de una docena de instituciones participantes (conocidas como «estaciones de trabajo»): institutos universitarios, centros

Cuadro 5.1 Responsabilidades y actividades de los observatorios de salud pública en Inglaterra⁴²

Responsabilidades	Actividades ^a
Vigilar las tendencias de la salud y la enfermedad e identificar ámbitos en los que es preciso intervenir	Estudio sobre las desigualdades en las coronariopatías y recomendaciones para la acción ⁴⁷
Identificar lagunas en la información sanitaria	Estudio de las actuales fuentes y lagunas de información sobre salud perinatal y de menores de un año ⁴⁸
Asesorar sobre métodos para evaluar el impacto en la salud y las desigualdades sanitarias	Panorámica general de la evaluación del impacto en la salud ⁴⁹
Aplicar nuevas formas de reunir datos de diversas fuentes para mejorar la salud	Perfil sanitario utilizando datos sobre vivienda y empleo junto con datos sobre salud ⁵⁰
Llevar a cabo proyectos para identificar problemas de salud concretos	Estudio de la salud dental de los niños de cinco años en la Región ⁵¹
Evaluar los progresos realizados por los organismos locales en lo relativo a mejorar la salud y suprimir la desigualdad	Datos iniciales de referencia y datos de tendencias
Mirar al futuro para alertar tempranamente de futuros problemas de salud pública	Foro de asociados para afrontar cuestiones de salud pública que probablemente se plantearán en el futuro, como el envejecimiento de la población y los perfiles genéticos

^a Ejemplo: Observatorio de Salud Pública del Norte y Yorkshire.

de investigación y una oficina federal, todos ellos coordinados a través de una secretaría con sede en el Ministerio de Salud y la oficina de la OPS en Brasilia⁴⁴. Estas redes desempeñaron un papel clave en la puesta en marcha de las actuales iniciativas de APS del Brasil. Estructuras nacionales y subnacionales de este mismo tipo existen también en diversos países europeos, como Francia, Italia y Portugal⁴⁵. Estas redes, integradas por múltiples interesados estatales y no estatales, y relativamente autónomas, pueden abordar cuestiones muy diversas y tener en cuenta los programas locales. En el Reino Unido, cada observatorio regional toma la iniciativa en determinados ámbitos, como las desigualdades, la atención primaria, la violencia y la salud, o la salud de las personas de edad avanzada⁴⁶. Todos abarcan un amplio abanico de asuntos de importancia para la región (cuadro 5.1): de este modo institucionalizan los vínculos entre las iniciativas locales y la formulación de políticas a escala nacional.

Fortalecimiento del diálogo sobre políticas con innovaciones originadas sobre el terreno

Estos vínculos entre la realidad local y la formulación de políticas condicionan el diseño y la aplicación de reformas de la APS. El proceso que llevó a la puesta en marcha del plan tailandés de cobertura universal «de los 30 baht» ejemplifica un intento deliberado de que lo aprendido sobre el terreno influya en las deliberaciones sobre políticas. Sus responsables organizaron una interacción entre la elaboración de políticas a nivel central y la «elaboración de modelos de campo» en las provincias del país, procesos que se reforzaban mutuamente. A los trabajadores sanitarios de organizaciones periféricas y de la sociedad civil se les concedió espacio para elaborar y probar fórmulas innovadoras de prestación de asistencia a fin de averiguar en qué medida cumplían los criterios profesionales y las expectativas de la comunidad (figura 5.4). Las actividades de elaboración de modelos de campo, que estaban respaldadas por el Ministerio de Salud, se organizaron y gestionaron a nivel provincial, y se debatieron y negociaron exhaustivamente mediante contratos provinciales. Cada provincia formuló sus propias estrategias para hacer frente

a sus problemas específicos. La gran flexibilidad de que dispusieron para preparar los respectivos programas de trabajo tuvo la ventaja de fomentar la identificación de las provincias con el proyecto, impulsar la creatividad y permitir que las ideas originales se abrieran paso; además, desarrolló las capacidades locales. La contrapartida de este alto nivel de autonomía de las provincias fue la tendencia de las iniciativas a multiplicarse, que dificultó la evaluación sistemática de los resultados en los que debía basarse la elaboración de políticas. Aun así, en conjunto, los inconvenientes debidos a la impronta local de las iniciativas se compensaron con los efectos positivos de la dinámica de la reforma y la creación de capacidad. Para 2001, casi la mitad de las 76 provincias tailandesas estaban poniendo a prueba innovaciones organizativas, la mayoría de ellas referidas a cuestiones de acceso equitativo, sistemas locales de atención de salud, y salud comunitaria⁵².

La reforma tailandesa de la cobertura universal «de los 30 baht» constituyó una audaz iniciativa política dirigida a mejorar la equidad en salud. Su transformación en una realidad concreta fue posible gracias a la experiencia acumulada sobre el terreno y a las alianzas que el trabajo de campo había establecido entre los trabajadores sanitarios, las organizaciones de la sociedad civil y la población. Cuando se puso en marcha el plan en 2001, estas provincias estaban listas para probarlo y aplicarlo. Los modelos de organización que habían elaborado orientaron, asimismo, el proceso de materialización del compromiso político con la cobertura universal en medidas y normas concretas⁵³.

Este proceso en el que se vinculan, y se refuerzan mutuamente, la elaboración de políticas y el aprendizaje sobre el terreno es importante por varias razones:

Figura 5.4 Refuerzo mutuo entre las innovaciones sobre el terreno y la elaboración de políticas en el proceso de reforma sanitaria



- saca provecho del caudal inédito de conocimientos e innovación que encierra el sector de la salud;
- los experimentos audaces sobre el terreno ofrecen a los trabajadores de primera línea, a los dirigentes del sistema y a la población una perspectiva estimulante de lo que podría ser un futuro sistema de salud basado en los valores de la APS. Con ello se supera uno de los mayores obstáculos para los cambios audaces en los sistemas, a saber, la incapacidad de las personas de imaginar que las cosas podrían ser diferentes y representar una oportunidad en lugar de una amenaza;
- el hecho de vincular la elaboración de políticas a las intervenciones de primera línea propicia las alianzas y el apoyo desde dentro del sector, indispensables para sostener reformas de largo alcance;
- este tipo de procesos implican a la sociedad a nivel tanto local como nacional, lo que genera la demanda de cambio necesaria para fortalecer el compromiso político y mantener el impulso para la reforma.

Establecimiento de una masa crítica de recursos para el cambio

Para impulsar unas estructuras abiertas y de colaboración que aporten información estratégica a las reformas y saquen provecho de las innovaciones en todo el sistema sanitario se necesita una masa crítica de personas e instituciones comprometidas y experimentadas, las cuales no sólo deben llevar adelante tareas técnicas y organizativas, sino que han de ser capaces de encontrar el equilibrio entre flexibilidad y coherencia, adaptarse a nuevas formas de trabajar, y generar credibilidad y legitimidad⁵⁴.

Sin embargo, a menudo no se dispone de esa masa crítica de personas e instituciones⁵¹. Las más preocupantes son las instituciones de los países de ingresos bajos que han sufrido decenios de abandono y desinversión. Es frecuente que carezcan de credibilidad y de recursos, y que su personal más importante haya encontrado entornos laborales más gratificantes en organismos asociados. La mala gobernanza complica la situación y se ve agravada por la presión internacional en pro del minimalismo estatal y por la influencia desproporcionada de la comunidad de

donantes. En estos entornos, que se caracterizan por una importante dependencia de la ayuda técnica externa, de los conjuntos de instrumentos (*toolkits*) y de la formación, las respuestas convencionales a las deficiencias de la capacidad de liderazgo han resultado decepcionantes (véase el recuadro 5.4). Es preciso sustituirlas por fórmulas más sistemáticas y sostenibles a fin de institucionalizar unas competencias que aprendan de las experiencias y las compartan⁵⁵.

Es difícil documentar cómo se desarrollan el diálogo individual e institucional sobre políticas y las capacidades de liderazgo a lo largo del tiempo, pero un conjunto de extensas entrevistas a líderes del sector de la salud en seis países muestra que las trayectorias profesionales individuales vienen determinadas por una combinación de tres experiencias decisivas⁵⁶:

- En algún momento de su ejercicio profesional, todos ellos habían participado en un programa o proyecto sectorial importante, en particular en la esfera de los servicios básicos de salud. Muchos se refieren a ello como una experiencia formativa: fue allí donde aprendieron sobre la APS, pero también donde se forjó su compromiso y empezaron a establecer alianzas y asociaciones decisivas.
- Muchos se incorporaron a ejercicios de planificación nacional que fortalecieron su capacidad de generar y utilizar información y, también en este caso, de establecer alianzas y asociaciones. Pocos habían participado personalmente en grandes estudios o encuestas, pero los que lo habían hecho los consideraron una oportunidad de perfeccionar sus competencias en materia de generación y análisis de la información.
- Todos señalaron la importancia de ser acogido y ayudado por los veteranos: *«Hay que empezar como médico de salud pública y que se fijen en ti en una de las redes que influyen en la toma de decisiones en el Ministerio de Salud. Después, tus cualidades personales y el aprendizaje práctico [determinarán si vas a alcanzar una posición de liderazgo].»*⁵⁶

Estos testimonios personales de fortalecimiento de la capacidad individual se han visto corroborados por un análisis más detenido de los factores que han contribuido a las capacidades

Recuadro 5.4 Limitaciones del fomento convencional de la capacidad en países de ingresos bajos y medios⁵⁵

Los organismos de desarrollo han tendido siempre a responder a las consecuencias de la desinversión institucional en los países de ingresos bajos y medios con su arsenal tradicional de ayuda técnica y apoyo de expertos, conjuntos de instrumentos (*toolkits*) y formación (figura 5.5). Sin embargo, desde los años ochenta quedó claro que esa «asistencia técnica» ya no era pertinente⁵⁸, por lo que la respuesta se reinventó a sí misma en forma de «unidades de gestión de proyectos» que se concentraron en la planificación, la gestión financiera y el seguimiento.

Los sistemas sanitarios más sólidos pudieron beneficiarse de los recursos y la innovación que acompañaron a los proyectos, pero en otros el panorama era mucho menos homogéneo. En muchos casos, y para reiterado enojo de las autoridades nacionales, la responsabilización ante los organismos de financiación era más firme que el compromiso con el desarrollo nacional: mostrar los resultados de los proyectos cobró precedencia sobre la creación de capacidad y el desarrollo a largo plazo⁵⁹, lo que confirió una importancia desproporcionada a los gestores de proyectos en detrimento de la coherencia de las políticas y el liderazgo nacional. En los últimos años, el deseo de reforzar la implicación de los países – y los cambios en la forma en que los donantes adquieren servicios de asistencia técnica – ha allanado el camino para pasar de la gestión de proyectos a la provisión de competencias técnicas a corto plazo por medio de consultores externos. En los años ochenta y principios de los noventa, las competencias las proporcionaban fundamentalmente las instituciones académicas y los expertos que trabajaban en organismos bilaterales de cooperación o de las Naciones Unidas. El aumento de la financiación para el apoyo técnico ha contribuido a que el mercado de las competencias se traslade a consultores independientes y empresas de consultoría, por lo que cada vez es más frecuente que aquéllas se provean en forma de servicio único y mediante expertos técnicos cuyo conocimiento del contexto sistémico y político local es, por fuerza, limitado⁶⁰.

En 2006, la cooperación técnica representó el 41% del total de la ayuda exterior al desarrollo para la salud.

Ajustado en función de la inflación, su volumen se triplicó entre 1999 y 2006, en particular por la ampliación de la cooperación técnica en materia de VIH/SIDA. Expertos y consultores se están adaptando también a las complejidades de la «arquitectura» de la ayuda y están actuando cada vez más como intermediarios entre los países y la comunidad de donantes: la armonización se ha convertido en un negocio en auge, y la falta de capacidad de los países alimenta la progresiva pérdida de autonomía y capacidad de acción.

El segundo pilar de la respuesta al problema de capacidad ha sido

la multiplicación de los conjuntos de instrumentos (*toolkits*) para la planificación, la gestión y los programas. Prometen resolver los problemas técnicos a los que se enfrentan los países al tiempo que aspiran a la autosuficiencia. Sin embargo, pese a su potencial, su rigor y datos científicos en los que se fundan, con frecuencia en la práctica no han resultado tan útiles como se esperaba, y ello por cuatro razones principales:

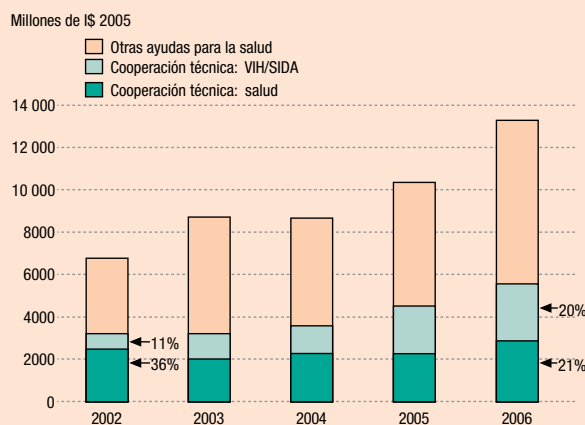
- A menudo subestiman la complejidad de los problemas que se supone que han de abordar⁶².
- Es frecuente que, para su aplicación, se funden en competencias técnicas internacionales, lo que echa por tierra uno de sus principales propósitos, que es dotar a los países de los modos y medios para hacer frente a los problemas por sí mismos.
- Algunos no han logrado los resultados técnicos prometidos⁶³ o han tenido efectos secundarios adversos e imprevistos⁶⁴.
- La introducción de los conjuntos de instrumentos está regida en gran medida por la oferta y vinculada a intereses institucionales, por lo que a los países se les hace más difícil elegir entre los numerosos instrumentos rivales que se les proponen.

El último pilar del desarrollo de la capacidad es la formación. En ocasiones forma parte de una estrategia coherente: el Ministerio de Salud de Marruecos, por ejemplo, ha aplicado un método formativo «por saturación» similar al del Ministerio de Finanzas de Indonesia⁶⁵ y consistente en enviar a un gran número de profesionales jóvenes para que reciban formación con miras a crear una base de contratación de personal calificado y, en último término, una masa crítica de dirigentes. Sin embargo, estas fórmulas meditadas son poco frecuentes. Mucho más comunes son los cursos cortos de formación «de hotel» que combinan los objetivos técnicos y el intercambio con el doble propósito implícito de suplementar los salarios y comprar la voluntad política. El escepticismo general respecto a la utilidad de este tipo de programas (cuya evaluación sistemática es poco frecuente)

contrasta marcadamente con los recursos que movilizan, a un costo de oportunidad considerable.

Entretanto, se están desarrollando nuevos mercados en educación, formación y aprendizaje virtual, y los actores de los países de ingresos bajos y medios pueden acceder a sitios de Internet que abordan la mayoría de las cuestiones relativas a los sistemas de salud, y crear comunidades electrónicas de profesionales. Con la actual tecnología de la información y la globalización, las fórmulas tradicionales para el desarrollo de la capacidad en los países pobres están quedando obsoletas rápidamente⁵⁴.

Figura 5.5 Un mercado en crecimiento: la cooperación técnica como parte de la Ayuda Oficial al Desarrollo para la Salud. Flujos anuales de la ayuda en 2005, corregidos con arreglo al deflactor⁶¹



institucionales para dirigir el sector de la salud en esos mismos países. El cuadro 5.2 muestra que la mayor contribución corresponde a las oportunidades de aprender de los programas de desarrollo de sistemas de salud a gran escala, lo que confirma la importancia de la participación práctica en la resolución de problemas del sector de la salud en un entorno de colaboración. Es especialmente digno de mención que la introducción de instrumentos rara vez se identificara como una aportación fundamental, y los encuestados no destacaron ni las aportaciones de expertos ni la formación.

De ello se infiere que, en el desarrollo de la capacidad necesaria para la reforma de la APS, la inversión fundamental es crear oportunidades de aprendizaje mediante la vinculación de personas e instituciones a procesos de reforma en curso. Otro elemento a tener en cuenta es la importancia de hacerlo en un entorno en el que se facilite el

intercambio dentro de los países y entre ellos. A diferencia de los métodos convencionales de creación de capacidad, el intercambio y la exposición a la experiencia de los demás promueven la autosuficiencia. Y la fórmula no sirve sólo para países con pocos recursos y un mal desempeño. Portugal, por ejemplo, ha organizado un amplio debate social sobre su Plan Nacional de Salud 2004-2010 en el que intervienen una pirámide de plataformas de participación que van desde el nivel local y regional hasta el nacional, además de 108 contribuciones sustanciales al plan, procedentes de fuentes que van desde organizaciones profesionales y de la sociedad civil hasta gobiernos locales y la universidad. En tres momentos cruciales del proceso se invitó también a grupos de expertos de otros países como orientadores de los debates sobre políticas: una colaboración que fue un ejercicio de aprendizaje para todos los participantes⁵⁷.

Cuadro 5.2 Factores importantes en la mejora de la capacidad institucional para la gobernanza del sector sanitario en seis países^{a,56}

Factores ^b	Número de países en los que el factor contribuía en grado importante	Puntuación media de la importancia de la contribución
Programas sectoriales/proyectos de gran escala	4	7,25
Creación de instituciones	3	6,7
Debates nacionales sobre políticas	3	5,6
Investigaciones, estudios y análisis de situación	4	5,1
Nuevos instrumentos de planificación y gestión	1	5

^aBurkina Faso, Haití, Malí, Marruecos, República Democrática del Congo y Túnez.

^bIdentificados mediante análisis de documentos y entrevistas a 136 informantes clave.

Gestión del proceso político: del inicio de las reformas a su aplicación

Las reformas de la APS modifican el equilibrio de poder dentro del sector sanitario y la relación entre salud y sociedad. Su éxito depende no sólo de una visión técnica creíble, sino también de la capacidad de obtener un respaldo político de alto nivel y un compromiso más amplio, necesarios ambos para movilizar las maquinarias institucionales, ya sean gubernamentales, financieras o de otro tipo.

Por tratarse de un sector técnico, la salud rara vez destaca en la jerarquía de la escena política. A menudo, los ministerios de salud tienen bastante con intentar resolver los propios problemas técnicos del sector. Lo habitual es que se encuentren en una posición incómoda, faltos de cobertura económica y mal equipados para defender su posición en el escenario político general, sobre todo en el caso de los países de ingresos bajos y medianos bajos.

La ausencia general de influencia política limita la capacidad de las autoridades sanitarias y de otros interesados del movimiento en pro de la APS para impulsar el programa de reforma, especialmente cuando éste se opone a los intereses de otros grupos. Ello explica por qué las reacciones

a los efectos de las condiciones de trabajo y del deterioro ambiental sobre la salud son tan a menudo nulas o excesivamente prudentes, y la lentitud con la que se aplican los reglamentos que podrían interferir con los intereses comerciales de la industria alimentaria o la tabaquera. Del mismo modo, las reformas ambiciosas a menudo se debilitan bajo la influencia de la comunidad de donantes, la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria, o los grupos de presión profesionales^{26,66}.

La falta de influencia política también tiene consecuencias en las esferas gubernamentales. Los ministerios de salud se encuentran en una posición particularmente débil en los países de ingresos bajos y medianos bajos, como lo demuestra el que sólo representen el 4,5% y el 1,7% del gasto público total, respectivamente (frente al 10% y el 17,7% en los países de ingresos medianos altos y altos, respectivamente)⁶⁷. El hecho de que no se conceda importancia a las prioridades sanitarias en las estrategias de desarrollo más generales, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP), es otra prueba de esa debilidad⁶⁸. Los ministerios de salud están a menudo ausentes de las discusiones sobre los límites superiores del gasto social (y sanitario), dominadas por debates en torno a la estabilidad macroeconómica, las metas de inflación o la deuda sostenible. Es revelador que, en los países muy endeudados, los esfuerzos del sector sanitario por obtener una parte de los fondos de alivio de la deuda hayan sido en general lentos, poco enérgicos y nada convincentes en comparación con los del sector educativo, perdiendo con ello posibilidades de ampliar rápidamente su base de recursos⁶⁹.

Pese a estos problemas, cada vez hay más indicios de que está instaurándose la voluntad política de llevar a cabo reformas ambiciosas basadas en la APS. Las misiones sanitarias de la India – «rurales» y posteriormente «urbanas» – se acompañan de una duplicación del gasto público en salud. China está preparando una reforma sumamente ambiciosa de la APS rural que también prevé una importante inversión de recursos públicos. La magnitud e integralidad de las reformas orientadas hacia la APS en el Brasil, Chile, Etiopía, Nueva Zelanda, la República Islámica del Irán, Tailandia y muchos otros

países muestra muy claramente que movilizar la voluntad política no es una aspiración poco realista. Incluso en circunstancias extremadamente desfavorables, se ha demostrado que es posible conseguir credibilidad y peso político por medio de un compromiso pragmático con las fuerzas políticas y económicas (recuadro 5.5).

La experiencia en estos países prueba que el respaldo político a las reformas de la APS depende fundamentalmente de un programa de reformas formulado en términos que pongan de relieve sus posibles dividendos políticos. Para ello debe:

- responder explícitamente a la demanda creciente, así como a los problemas sanitarios y las limitaciones del sistema de salud a los que el país se enfrenta, dejando patente que no es un mero programa técnico, sino que se funda en lo que preocupa a la sociedad;
- especificar los beneficios sanitarios, sociales y políticos previstos, así como los costos correspondientes, a fin de dejar claros tanto el rédito político previsto como su asequibilidad;
- estar claramente basado en el consenso de los principales interesados para hacer frente a los obstáculos a la reforma de la APS, lo que infunde confianza acerca de la viabilidad política de ésta.

Sin embargo, lograr la alineación y el compromiso políticos con la reforma es sólo el primer paso. A menudo, el punto débil radica en la insuficiente preparación de su aplicación. Es especialmente importante comprender la resistencia al cambio, sobre todo entre los trabajadores sanitarios^{70,71,72,73}. Aunque la intuición del liderazgo tiene sus virtudes, también es posible organizar ejercicios más sistemáticos para prever las posibles reacciones de los interesados y el público y darles respuesta: ejercicios de cartografía política, como en el Líbano³⁴; estudios de mercado y sondeos de opinión, como en los Estados Unidos⁷⁴; audiencias públicas, como en el Canadá; o reuniones de interesados de todo el sector, como los *Etats Généraux de la Santé* del África francófona. Hacer realidad las reformas de la APS exige una capacidad de gestión sostenida en todos los niveles del sistema, e integrada en instituciones aptas para este fin. En Chile, por ejemplo, se están redefiniendo las estructuras administrativas y las competencias en todo el

Recuadro 5.5 Reconstrucción del liderazgo sanitario después de guerras o colapsos económicos

Los recientes acontecimientos en la República Democrática del Congo demuestran que incluso en condiciones extremadamente difíciles puede surgir un liderazgo renovado. El comienzo de la reconstrucción del sistema sanitario del país, devastado por el colapso económico, la desintegración del Estado y, finalmente, una guerra brutal, es, ante todo, la historia de una hábil gestión política.

Durante los años setenta y principios de los ochenta, la República Democrática del Congo fue escenario de varias experiencias de éxito en el terreno del desarrollo de la APS a nivel de distrito. A partir de mediados de los ochenta, con la inestabilidad económica y política llegaron la desintegración de la autoridad del Gobierno central en materia de salud y la pauperización extrema del sistema sanitario y sus trabajadores. Éstos idearon múltiples estrategias de supervivencia, como cobrar a los pacientes y sacar provecho de los numerosos proyectos financiados con la ayuda exterior, sin tener en cuenta las consecuencias para el sistema sanitario. Los donantes y los asociados internacionales perdieron confianza en el modelo distrital de prestación integrada de servicios en el país y en su lugar optaron por respaldar programas aislados de lucha contra enfermedades y de ayuda humanitaria. Aunque entre 1999 y 2002 el Ministerio de Salud gestionaba menos del 0,5% del gasto público total, su administración central y su Departamento de Planificación y Estudios – 15 funcionarios en total – se enfrentaron a la abrumadora tarea de ofrecer orientación a unos 25 organismos bilaterales y multilaterales, más de 60 ONG internacionales y 200 nacionales, 53 programas de lucha contra enfermedades (con 13 comités gubernamentales de coordinación de donantes) y 13 ministerios provinciales de salud – sin olvidar las estructuras de atención sanitaria organizadas por universidades y empresas privadas.

A medida que la intensidad de las contiendas civiles fue disminuyendo, varios miembros importantes del personal del Ministerio de Salud se propusieron revitalizar y actualizar el modelo distrital de APS. Conscientes de la situación marginal del Ministerio en el sector de la salud, invitaron a la «diáspora interior» (antiguos funcionarios públicos que habían pasado a trabajar para los numerosos organismos internacionales de

desarrollo presentes en el país) a integrarse en una estructura abierta en torno al Ministerio. Este grupo de orientación elaboró una estrategia de fortalecimiento del sistema sanitario nacional. Comprendía *i)* un despliegue progresivo de servicios integrados, distrito por distrito, coordinado a través de planes regionales y respaldado por un cambio fundamental en la financiación, que pasó de los flujos para programas concretos a una financiación sistémica; *ii)* un conjunto de medidas protectoras de «limitación de daños» dirigidas a frenar la inflación institucional y a evitar una mayor distorsión del sistema; y *iii)* un plan explícito para hacer frente al problema de la fragmentación de los donantes, que había alcanzado proporciones críticas. A la hora de diseñar la estrategia, el grupo de orientación trabajó concienzudamente en la creación de redes dentro del propio sector sanitario y de alianzas con otros actores gubernamentales e interesados sociales.

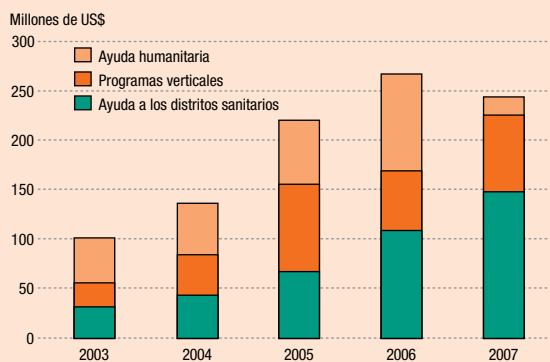
La aprobación formal del plan nacional por parte de los donantes y la sociedad civil constituyó una sólida prueba política del éxito de esta nueva forma de trabajar. La estrategia de fortalecimiento del sistema nacional de salud pasó a ser el componente sanitario de la estrategia nacional de reducción de la pobreza. Los donantes y los asociados internacionales adaptaron los proyectos existentes, aunque en grado variable, mientras que otros reconfiguraron nuevas iniciativas para adaptarse a la estrategia nacional.

Tal vez el testimonio más firme de la gestión eficaz de este proceso es el cambio en la composición de la financiación de los donantes para la salud (figura 5.6). La proporción de los fondos destinados al fortalecimiento de los sistemas generales en el marco de programas provinciales y de distrito ha aumentado sensiblemente respecto a la de los asignados a programas de

lucha contra enfermedades o de socorro humanitario. Los avances siguen siendo frágiles en un contexto en el que hay que reconstruir gran parte del sector sanitario, incluida su gobernanza.

Aun así, la estrategia nacional se funda muy sustancialmente en el trabajo sobre el terreno y el Ministerio de Salud, en un giro notable contra todo pronóstico, ha ganado en credibilidad ante los otros interesados y ha mejorado su posición en la renegociación de las finanzas del sector sanitario.

Figura 5.6 Resurgimiento del liderazgo nacional en salud: reorientación de la financiación de donantes hacia la ayuda integrada a los sistemas de salud, y su repercusión en la estrategia de APS de 2004 de la República Democrática del Congo



Ministerio de Salud en consonancia con las reformas de la APS. Estos cambios estructurales no son suficientes: han de impulsarse junto a modificaciones de la cultura organizacional, desde la promulgación de decretos para el cambio hasta una colaboración más integradora con interesados diversos en todos los niveles del sistema de salud. Esto, a su vez, exige institucionalizar mecanismos de diálogo sobre políticas que logren que el conocimiento basado en la práctica llegue a orientar la gobernanza general de los sistemas y fortalezca al mismo tiempo los vínculos sociales y las acciones de colaboración entre los grupos a nivel comunitario⁷⁵. Esta capacidad de gestión no debe darse por sentada: requiere una inversión activa.

Incluso con un diálogo político eficaz para lograr el consenso sobre reformas específicas de la APS y la gestión adecuada para su aplicación en todos los niveles del sistema, muchas de esas reformas no tienen el impacto deseado. Las mejor planificadas y ejecutadas topan a menudo con dificultades imprevistas o contextos que cambian rápidamente. La amplia experiencia en el comportamiento de sistemas complejos indica que es previsible que se produzcan deficiencias o desviaciones significativas respecto a los objetivos. En los procesos de reforma es importante incorporar mecanismos capaces de detectar consecuencias imprevistas de envergadura o desviaciones respecto a las referencias de desempeño, lo que permite efectuar correcciones durante la ejecución.

Las abundantes pruebas de la existencia de inequidades en salud y atención sanitaria en casi todos los países constituyen un severo recordatorio de las dificultades que entrañan las reformas de la APS. En este capítulo se ha hecho hincapié en que el liderazgo orientado a lograr una mayor equidad en salud debe ser una labor asumida por el conjunto de la sociedad y en la que han de participar todos los interesados pertinentes. La mediación en el diálogo multilateral sobre reformas ambiciosas, ya sean éstas en pro de la cobertura universal o de la atención primaria, concede gran importancia a una administración eficaz. Ello exige reorientar los sistemas de información de la mejor manera posible para guiar y evaluar las reformas, introducir innovaciones formuladas sobre el terreno en la concepción y el rediseño de aquéllas, y recurrir a personas experimentadas y comprometidas para que gestionen la orientación y aplicación de las reformas. El liderazgo y la administración eficaz no son los únicos ingredientes de la fórmula, pero constituyen, en sí mismos, objetivos primordiales de la reforma de la APS. Sin reformas en estos dos ámbitos es muy improbable que otras reformas de la APS tengan éxito. Así pues, aun siendo necesarios, esos factores no son suficientes para lograr el éxito. En el siguiente capítulo se explica cómo deben adaptarse los cuatro conjuntos de reformas de la APS a contextos nacionales muy diversos, movilizandoun conjunto común de factores que promueven la equidad en salud.

Referencias

- Porter D. *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*. London and New York, Routledge, 1999.
- Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Waldman R. *Health programming for rebuilding states: a briefing paper*. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.
- National health accounts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, consultado en mayo de 2008).
- Schoen C et al. US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 2006, 25(Web Exclusive):w457-w475.
- Jacobs LR, Shapiro RY. Public opinion's tilt against private enterprise. *Health Affairs*, 1994, 13:285-289.
- Blendon RJ, Menson JM. Americans' views on health policy: a fifty year historical perspective. *Health Affairs*, 2001, 20:33-46.
- Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London and New York, Routledge, 1993, 50:1204-1230.
- Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York NY, Colombia University Press, 1997.
- Frenk J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17-31.
- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents - the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165-1170.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1349-1356.
- Bloom G, Xingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:351-360.
- Tang S, Cheng X, Xu L. *Urban social health insurance in China*. Eschborn, Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit and International Labour Organization, 2007.
- China: long-term issues and options in the health transition. Washington DC, The World Bank, 1992.
- China statistics 2007. Beijing, Ministry of Health, 2007 (<http://moh.gov.cn/open/statistics/year2007/p83.htm>, consultado el 31 de mayo de 2008).
- WHO mortality database*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, consultado el 1 de julio de 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, consultado en mayo de 2008).
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 2007.
- Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:3-28).
- Hilderbrand ME, Grindle MS. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:31-61).
- Goldsbrough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development, 2007.
- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
- Bill and Melinda Gates Foundation and McKinsey and Company. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Paper presented at: Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14-15 November 2005 (<http://www.hfhealthmdgs.org/documents/GatesGHPNov2005.pdf>).
- Stein E et al, eds. *The politics of policies: economic and social progress in Latin America*. Inter-American Development Bank, David Rockefeller Center for Latin American Studies and Harvard University. Washington DC, Inter-American Development Bank, 2006.
- Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
- Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Milton Keynes, Open University Press for European Observatory on Health Systems and Policies, 2002:3-52.
- McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 2000, 25:1.
- World values surveys database. World Values Surveys, 2007 (V120, V121; <http://www.worldvaluessurvey.com>, consultado el 15 de octubre de 2007).
- Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
- Lopes C, Theisohn T. *Ownership, leadership, and transformation: can we do better for capacity development?* London, Earthscan, 2003.
- Wasi P. *The triangle that moves the mountain*. Bangkok, Health Systems Research Institute, 2000.
- McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691-694.
- Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean and Ministry of Health of Lebanon. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
- Stewart J, Kringas P. *Change management - strategy and values. Six case studies from the Australian Public Sector*. Canberra, University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>).
- Chalmers I. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, 99:337-341.
- Romanow RJ. *Building on values. The future of health care in Canada - final report*. Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
- Escorel S, Arruda de Bloch R. As conferências Nacionais de Saúde na Cobrestrução do SUS. In: Trindade Lima N et al, eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005:83-120.
- Jongudomsuk P. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through the 30 Baht scheme*. Paper presented at: SEAMIC Conference 2001 FY, Chiang Mai, Thailand, 14-17 January 2002.
- Galichet B et al. *Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 49 GAVI-HSS proposals*. Geneva, World Health Organization, Department for Health System Governance and Service Delivery, 2008.
- The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who constitutes the healthcare system?* Bangladesh Health Watch (<http://sph.bracu.ac.bd/bhw/>, consultado en junio de 2008).
- Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324-326.
- Equity gauge profiles. Global Equity Gauge Alliance, 2008 (<http://www.gega.org.za>, consultado el 24 de abril de 2008).
- De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173-208.
- Ashton J. Public health observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:724-725.
- Intelligent health partnerships*. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353>, consultado el 10 de junio de 2008).
- Robinson M, Baxter H, Wilkinson J. *Working together on coronary heart disease in Northern and Yorkshire*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Bell R et al. *Perinatal and infant health: a scoping study*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Grant S, Wilkinson J, Learmonth A. *An overview of health impact assessment*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001 (Occasional Paper No. 1).
- Bailey K et al. *Towards a healthier north-east*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
- Beal J, Pepper L. *The dental health of five-year-olds in the Northern and Yorkshire Region*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2002.
- Thailand's health care reform project, 1996-2001: final report*. Bangkok, Ministry of Health, Thailand Office of Health Care Reform, 2001.
- Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.

54. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
55. Macq J et al. *Quality attributes and organizational options for technical support to health services system strengthening*. Background paper commissioned for the GAVI-HSS Task Team, Nairobi, August 2007.
56. Boffin N, De Brouwere V. *Capacity building strategies for strengthening the stewardship function in health systems of developing countries*. Results of an international comparative study carried out in six countries. Antwerp, Institute of Tropical Medicine, Department of Public Health, 2003 (DGOS - AIDS Impulse Programme 97203 BVO "Human resources in developing health systems").
57. Carrolo M, Ferrinho P, Perreira Miguel J (rapporteurs). *Consultation on Strategic Health Planning in Portugal*. World Health Organization/Portugal Round Table, Lisbon, July 2003. Lisbon, Direcção Geral da Saúde, 2004.
58. Forss K et al. *Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel*. Report to DANIDA, FINNIDA, NORAD and SIDA, 1988.
59. Fukuda-Parr S. *Capacity for development: new solutions to old problems*. New York NY, United Nations Development Programme, 2002.
60. Messian L. *Renforcement des capacités et processus de changement. Réflexions à partir de la réforme de l'administration publique en République Démocratique du Congo*. BTC Seminar on Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Brussels, 2006.
61. OECD. StatExtracts [base de datos en línea]. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx>, consultado en junio de 2008).
62. Irwin A. Beyond the toolkits: bringing engagement into practice. In: *Engaging science: thoughts, deeds, analysis and action*. London, Wellcome Trust, 2007:50-55.
63. Rowe AK et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026-1035.
64. Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:337-364.
65. Lippincott DF. Saturation training: bolstering capacity in the Indonesian Ministry of Finance. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:98-123).
66. Krause E. *Death of the guilds: professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven and London, Yale University Press, 1996.
67. *Estadísticas sanitarias mundiales 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
68. *Poverty Reduction Strategy Papers, their significance for health: second synthesis report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1 2004).
69. World Bank Independent Evaluation Group. *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/hipc/report.html>, consultado en junio de 2008).
70. Pangu KA. Health workers' motivation in decentralized settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000:19-30.
71. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
72. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Geneva, World Health Organization, 2005 (documento de trabajo para el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*).
73. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 2003, 1:9.
74. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (http://www.americanenvironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, consultado el 1 de julio de 2008).
75. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cadernos de saúde pública*, 2002, 18(Suppl. 47):55, Epub 21 January 2003.

Referencias

1. *Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
2. Ezekiel JE. The perfect storm of over utilization. *JAMA*, 2008, 299:2789-2791.
3. Haiman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston MA, Brill, 2008 (European Values Studies, No. 11).
4. Lübker M. *Globalization and perceptions of social inequality*. Geneva, International Labour Office, Policy Integration Department, 2004 (World Commission on the Social Dimension of Globalization, Working Paper No. 32).
5. *National health accounts*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, consultado en mayo de 2008).
6. *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006-2007); <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, consultado el 19 de julio de 2008).
7. Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484-1498.
8. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany*. Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
9. Heath I. A general practitioner for every person in the world. *BMJ*, 2008, 336:861.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
11. Rothman DJ. *Beginnings count: the technological imperative in American health care*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.
12. *Human resources for health database*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html).
13. *PHC and mental health report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (en prensa).
14. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158-2163.
15. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008* (<http://www.who.int/whosis/en/>).
16. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical briefs for Policy-Makers No. 1; WHO/EIP/HSF/PB/05.01).
17. National Rural Health Mission. *Meeting people's health needs in rural areas. Framework for implementation 2005-2012*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (<http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20-%20Framework%20for%20Implementation.pdf>, consultado el 4 de agosto de 2008).
18. *Heavily indebted poor countries (HIPC) initiative and multilateral debt relief initiative (MDRI) – status of implementation, 28 August 2007*. Washington DC, International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/082807.pdf>, consultado el 12 de marzo de 2008).
19. *Integrated community-based interventions: 2007 progress report to STAC(30)*. Geneva, United Nations Development Programme/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2008 (TDR Business Line 11).
20. Grodos D. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*. Louvain-la-Neuve, Paris, Karthala-UCL, 2004.
21. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
22. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2006.
23. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173-208.
24. The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
25. EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinetfrica.org/>).
26. Hamilton M III et al. Financial anatomy of biomedical research. *JAMA*, 2005, 294:1333-1342.
27. *Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report*. Geneva, UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases, 2008 (http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi_report_08.pdf, consultado el 26 de agosto de 2008).
28. *UNESCO science report 2005*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2005.
29. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
30. Biscaia A, Conceição C, Ferrinho P. *Primary health care reforms in Portugal: equity oriented and physician driven*. Paper presented at: Organizing integrated PHC through family practice: an intercountry comparison of policy formation processes, Brussels, 8-9 October 2007.
31. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, 2007, 26:999-1008.
32. Jongudomsuk P. From universal coverage of healthcare in Thailand to SHI in China: what lessons can be drawn? In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5-7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:155-157 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, consultado el 19 de julio de 2008).
33. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based financing*. In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5-7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:121-131 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, consultado el 19 de julio de 2008).
34. Maiga Z, Traore Nafo F, El Abassi A. *Health sector reform in Mali, 1989-1996*. Antwerp, ITG Press, 2003.
35. Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique*, 2001, 13:35-48.
36. Chaudhury RH, Chowdhury Z. *Achieving the Millennium Development Goal on maternal mortality: Gonoshasthaya Kendra's experience in rural Bangladesh*. Dhaka, Gonoproskashani, 2007.

Equity Gauges 90
prevención de la malaria 66

L

Lesotho, desigualdades en salud/atención sanitaria 10
Libano
hospitalocentrismo vs reducción de riesgos 12
iniciativas del entorno vecinal 50
liderazgo y gobierno eficaz 83–98

M

Madagascar
desigualdades en salud/atención sanitaria 10
esperanza de vida al nacer 5
mortalidad de menores de 5 años, 1975 y 2006 2
malaria 115
Malasia
expansión de las categorías prioritarias de trabajadores 69
mortalidad de menores de 5 años, 1975 y 2006 2
Malawi
desigualdades en salud/atención sanitaria 10
enfermeras de hospital prefieren trabajos mejor pagados en ONG 14
Malí
capacidad institucional para la gobernanza del sector de la salud 95
círculo virtuoso de oferta y demanda de atención primaria 113
despliegue progresivo de la cobertura rural 32
reactivación de la APS en los años noventa 116
Marruecos
capacidad institucional para la gobernanza del sector de la salud 95
mortalidad de menores de 5 años, 1975 y 2006 2
programa contra el tracoma 72
medicamentos
autorización de productos 107
gasto mundial 13
Lista OMS de Medicamentos Esenciales 68
mecanismos transnacionales de acceso 68
medicamentos falsificados 112
políticas farmacéuticas nacionales 68
medicina basada en la evidencia 46–47
mercantilización de la atención de salud
alternativas a los servicios comerciales no regulados 34
desregulación, deriva hacia la 15–16
en sistemas de salud no regulados 12, 15, 112
repercusiones en la calidad y el acceso a la atención 15
México
plan de cobertura universal 28
programa de envejecimiento activo 50
migración internacional 8
Mongolia, mortalidad de menores de 5 años, 1975 y 2006 2
mortalidad

estadísticas sobre las causas de defunción 77
predominio progresivo de las enfermedades no transmisibles y los accidentes 9
reducción del 80% de la mortalidad de menores de 5 años, 1975–2006 2
Mozambique, desigualdades en salud/atención sanitaria 10
multimorbilidad 9

N

nacimientos y defunciones, no registrados/no contabilizados 77
Nairobi, tasa de mortalidad de menores de 5 años 8
Nepal
desigualdades en salud/atención sanitaria 10
dinámica comunitaria de grupos de mujeres 58
PIB y esperanza de vida 4
Nicaragua, exclusión, modalidades 30
Níger
abandono de la infraestructura sanitaria 30
desigualdades en salud/atención sanitaria 10
exclusión, modalidades 30
relación directa personal–usuarios en la APS 44
reorganización de los horarios de trabajo de centros de salud rurales 44
Noruega, estrategia nacional de reducción de las desigualdades sociales en salud 106
Nueva Zelanda, gasto farmacéutico anual 68

O

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) xiii, 3, 111
ola de calor, Europa occidental (2003) 58
oncocercosis, Programa de Lucha contra la Oncocercosis (OCP) 108, 115
Organización Mundial de la Salud
Lista de medicamentos esenciales 68
oficinas 119
Séptimo Foro del Futuro, altos directivos sanitarios 76
Organización Mundial del Comercio (OMC), consideración de la salud en los acuerdos comerciales 80
Organización Panamericana de la Salud (OPS) 35, 68, 92
Oriente Medio, profesionalización de la atención obstétrica 18
Osler, W, *citado* 44

P

países de ingresos bajos en dificultades (LICUS), criterios 5
países de ingresos bajos y medios 105
países en desarrollo, carga de enfermedades crónicas 67
Pakistán, Lady Health Workers 69
pandemia de SRAS, establecimiento de organismos nacionales de salud pública 66
paquete básico, definición 29
paz, y crecimiento 6
Perú, desigualdades en salud/atención sanitaria 10

- PIB
 crecimiento xx
 esperanza de vida al nacer, 169 países 4
 porcentaje del PIB dedicado a la salud (2005) 84
 tendencias por habitante y esperanza de vida al nacer, 133 países 5
 población, documentación demostrativa de su situación sanitaria 77
 poblaciones aisladas/dispersas 33–34
 financiación de la atención de salud 34
 políticas sistémicas, para los recursos humanos 68
 Portugal
 indicadores de salud fundamentales 3
 mortalidad de menores de 5 años, 1975–2006 2
 Plan Nacional de Salud 2004–2010 95
 prepago
 sistemas de 110
 y mancomunación 27–28
 prestación de atención de salud
 cinco fallos comunes xiv
 reorganización de los horarios de trabajo en centros de salud rurales 43–44
 prestaciones, definición de los paquetes de 29
 Preston, curva de, PIB por habitante y esperanza de vida al nacer en 169 países 4
 proceso político, de la introducción a la aplicación de las reformas 95–96
 profesionalización
 atención ambulatoria 57
 atención obstétrica 18,
 participación y negociación 87
 programa contra el tracoma 73
 Programa de Lucha contra la Oncocercosis (OCP) 111, 115
 programas de control de enfermedades 18
 rendimiento de las inversiones 14
 vs APS centrada en las personas 44
 vs desafíos de los sistemas de salud 86
 proveedores de atención primaria, responsabilidades 57
 punto de acceso a la APS 51–53, 54, 58
- R**
 Red Internacional de Epidemiología Clínica 75
 Red Regional sobre Equidad en Salud (EQUINET) 114
 redes de atención primaria 55–59
 punto de acceso 53–54
 reubicación 55
 reducción de riesgos
 seguridad del paciente y mejores resultados 46
 vs hospitalocentrismo 12
 reformas en pro de la atención primaria de salud (APS)
 adaptación al contexto del país 104
 compromiso de la fuerza laboral 115
 cuatro conjuntos entrelazados xvi, 114
 economías sanitarias de crecimiento rápido 105–7
 economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo 109–111
 economías sanitarias de gasto elevado 105–7
 movilización de los factores de impulso de las reformas 112–114
 participación de la población 116–117
 registro civil 77
 Reino Unido
 carrera profesional en atención primaria, competitividad financiera 69
 Comisión Legislativa para los Pobres 37
 observatorios de salud pública en Inglaterra 91
 Zonas de intervención sanitaria 39
 República Democrática del Congo
 capacidad institucional para la gobernanza del sector de la salud 95
 cirugía safari 15
 reconstrucción del liderazgo en salud, posguerra y deterioro económico 97
 recortes del presupuesto sanitario 7
 solidez de los sistemas de salud orientados por la APS 33
 República Islámica del Irán, despliegue progresivo de la cobertura rural 31
 respuesta a la demanda 57
 riesgo, factores de
 carga de enfermedades crónicas de los países en desarrollo 67
 en términos de morbilidad general 9
 riesgos sanitarios, secuelas políticas 19
- S**
 sal, reducción en la dieta 68
 salud como característica del desarrollo y la cohesión social 117
 salud de la mujer
 aborto, acceso legal vs aborto inseguro 67
 atención obstétrica, profesionalización 18
 empoderamiento de los usuarios para que contribuyan a su propia salud 50
 prevalencia de uso de anticonceptivos, África subsahariana 4
 respuesta de los servicios de salud a la violencia de pareja 49
 seguridad del paciente, mejorar los resultados 46
 Senegal, intoxicación por plomo 74
 Séptimo Foro del Futuro, altos directivos sanitarios 76
 servicios comerciales no regulados 34–35
 Singapur, cuentas de Medisave 54
 sistemas de cobertura universal 26–28
 intervenciones focalizadas como complemento 35–38
 prácticas óptimas 28
 retos para avanzar hacia los 29–30
 tres maneras de avanzar hacia los 28
 sistemas de información

Oficinas de la Organización Mundial de la Salud

Sede

Organización Mundial de la Salud

Avenue Appia 20
1211 Ginebra 27, Suiza
Teléfono: (41) 22 791 21 11
Fax: (41) 22 791 31 11
E-mail: inf@who.int
Sitio web: <http://www.who.int>

Oficina Regional de la OMS para África

Cite du Djoue
P.O. Box 06
Brazzaville, Congo
Teléfono: (47) 241 39100
Fax: (47) 241 39503
E-mail: webmaster@afro.who.int
Sitio web: <http://www.afro.who.int>

Oficina Regional de la OMS para Las Américas/Oficina Sanitaria Panamericana

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, EE.UU.
Teléfono: (1) 202 974 3000
Fax: (1) 202 974 3663
E-mail: webmaster@paho.org
Sitio web: <http://www.paho.org>

Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nueva Delhi 110002, India
Teléfonos: (91) 112 337 0804/09/10/11
Fax: (91) 112 337 0197/337 9395
E-mail: registry@searo.who.int
Sitio web: <http://www.searo.who.int>

Oficina Regional de la OMS para Europa

8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Dinamarca
Teléfono: (45) 39 17 17 17
Fax: (45) 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Sitio web: <http://www.euro.who.int>

Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental

Abdul Razzak Al Sanhoury Street
P.O. Box 7608
Nasr City
El Cairo 11371, Egipto
Teléfono: (202) 670 25 35
Fax: (202) 670 2492/94
E-mail: webmaster@emro.who.int
Sitio web: <http://www.emro.who.int>

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

P.O. Box 2932
Manila 1000, Filipinas
Teléfono: (632) 528 9991
Fax: (632) 521 1036 o 526 0279
E-mail: pio@wpro.who.int
Sitio web: <http://www.wpro.who.int>

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, Francia
Teléfono: (33) 472 73 84 85
Fax: (33) 472 73 85 75
E-mail: www@iarc.fr
Sitio web: <http://www.iarc.fr>



REFORMAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Decididos a reforzar sus sistemas de salud, los países se ven obligados cada vez más a reconocer que la perspectiva de la atención primaria de salud (APS) puede proporcionarles el nuevo y más definido rumbo que necesitan. En el análisis realizado en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* se muestra que las reformas de la atención primaria, basada en los principios de acceso universal, equidad y justicia social, constituyen una respuesta fundamental a los retos sanitarios que plantea un mundo en rápida evolución y a las crecientes expectativas de los países y de sus ciudadanos en materia de salud y atención sanitaria.

El informe identifica cuatro conjuntos de reformas interrelacionadas en pro de la APS que tienen por objeto lo siguiente: garantizar el acceso universal y la protección social, a fin de mejorar la equidad sanitaria; reorganizar la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas de la población; mejorar la salud de las comunidades mediante unas políticas públicas más idóneas; y renovar el liderazgo sanitario sobre la base de una mayor eficacia de las administraciones y la participación activa de los principales interesados directos.

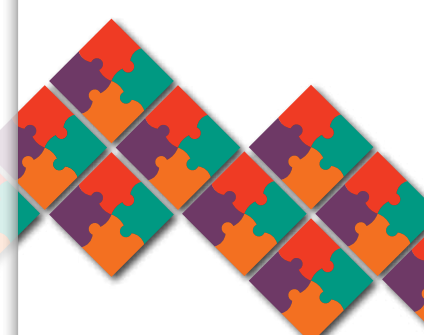
Se publica este informe transcurridos 30 años desde la Conferencia de Alma-Ata de 1978 sobre atención primaria de salud, en la que se acordó abordar una situación de desigualdad sanitaria «política, social y económicamente inaceptable» en todos los países. Es mucho lo conseguido en este sentido desde entonces: si las tasas de mortalidad en la niñez fueran hoy las mismas que en 1978, en 2006 se habrían registrado 16,2 millones de defunciones infantiles en lugar de los 9,5 millones que realmente se produjeron. Sin embargo, los progresos en materia de salud han sido extremada e inadmisiblemente desiguales, y muchas poblaciones desfavorecidas se están quedando rezagadas o incluso pierden terreno.

Al mismo tiempo, está cambiando radicalmente la naturaleza de los nuevos problemas sanitarios. La urbanización, la globalización y otros factores aceleran la propagación mundial de las enfermedades transmisibles y aumentan la carga de trastornos crónicos. El cambio climático y la inseguridad alimentaria tendrán grandes repercusiones en la salud en los años venideros, de modo que la articulación de una respuesta eficaz y equitativa entrañará enormes retos.

Ante todo eso, seguir haciendo lo habitual no es una opción viable para los sistemas de salud. Muchos de ellos parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de forma cada vez más fragmentada y sin un sentido claro de la preparación necesaria para afrontar el futuro.

Por fortuna, el actual contexto internacional es favorable a una renovación de la APS. La salud mundial acapara un interés sin precedentes. Se aboga cada vez más por la unidad de acción y abundan los llamamientos en pro de la atención integral y universal y de la salud en todas las políticas. Las expectativas nunca habían sido tan altas.

Aprovechando este impulso, la inversión en reformas de la atención primaria puede transformar los sistemas sanitarios y mejorar la salud de los individuos, las familias y las comunidades en todas partes. Para todos aquellos interesados en conocer la manera de lograr avances sanitarios en el siglo XXI, el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* constituye una lectura indispensable.



ISBN 978 92 4 356373 2



9 789243 563732