



Desafíos de un mundo en transformación



El presente capítulo describe el contexto en que se está produciendo la actual renovación de la atención primaria de salud. En él se examinan los desafíos afrontados en estos momentos por la salud y los sistemas sanitarios y se describe un conjunto de expectativas sociales, ampliamente compartidas, que dictan la agenda de cambio de los actuales sistemas de salud.

Se muestra que muchos países han registrado importantes avances en materia de salud en los últimos decenios y que los beneficios obtenidos han sido desiguales. La brecha sanitaria entre los países y entre los distintos grupos sociales dentro de un mismo país se ha agrandado. Las transformaciones sociales, demográficas y epidemiológicas, alimentadas por los procesos de globalización, urbanización y envejecimiento de la población, plantean desafíos de una magnitud que no se preveía hace tres décadas.

Capítulo I

Crecimiento desigual, resultados desiguales	2
Adaptación a los nuevos desafíos sanitarios	7
Tendencias que socavan la respuesta de los sistemas de salud	12
Valores cambiantes y expectativas crecientes	15
Reformas en pro de la APS: impulsadas por la demanda	20

Se explica a lo largo del capítulo que por lo general la respuesta del sector de la salud y la sociedad a esos desafíos ha sido lenta e inadecuada. Esto demuestra falta de capacidad tanto para movilizar las instituciones y los recursos necesarios para transformar la salud de acuerdo con los valores de la atención primaria de salud (APS) como para contrarrestar o modificar de forma sustancial las fuerzas que empujan al sector de la salud en otras direcciones, a saber, la importancia desproporcionada concedida a la atención en los hospitales de especialidades, la fragmentación de los sistemas de salud y la proliferación de servicios de salud mercantilizados y no regulados. Paradójicamente, esas fuertes tendencias alejan a los sistemas de salud de lo que la población espera de la atención sanitaria. Cuando la Declaración de Alma-Ata consagró los principios relativos a la equidad sanitaria, la centralidad de las personas y el papel fundamental de las comunidades en la acción sanitaria, esas ideas se consideraron radicales. Sin embargo, la investigación social apunta a que esos valores se están integrando en las sociedades en proceso de modernización, pues se corresponden con la manera en que la población enfoca la salud y con lo que espera del sistema sanitario. Por lo tanto, las crecientes expectativas sociales con respecto a la salud y la atención sanitaria deben ser consideradas un importante elemento impulsor de las reformas de la APS.

Crecimiento desigual, resultados desiguales

Mayor longevidad y salud, pero no en todas partes

A finales de los setenta, la Sultanía de Omán contaba sólo con un puñado de profesionales de la salud. La gente tenía que viajar hasta cuatro días para llegar a un hospital, donde cientos de pacientes hacían cola para ver a uno de los pocos médicos que había (expatriados). Esa situación cambió en menos de una generación¹. Omán invirtió de forma continuada en un servicio nacional de salud y mantuvo esa inversión a lo largo del tiempo. Actualmente existe una densa red de 180 establecimientos de salud locales, de distrito y regionales, en los que 5000 profesionales sanitarios ofrecen un acceso casi universal a la atención de salud a los 2,2 millones de ciudadanos del

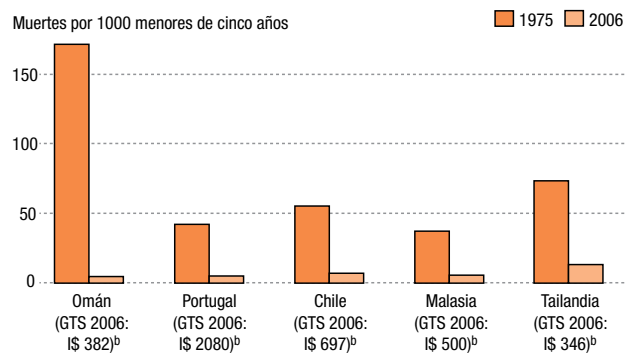
país; esa cobertura se está ampliando ahora a los residentes extranjeros². Más del 98% de los partos son atendidos en la actualidad por personal cualificado y más del 98% de los lactantes reciben todas las vacunas previstas. La esperanza de vida al nacer, inferior a los 60 años hacia finales de los setenta, es ahora de más de 74 años, y la tasa de mortalidad de los menores de cinco años ha caído nada menos que un 94%³.

En todas las regiones (excepto en África) hay países donde las tasas de mortalidad representan ahora menos de una quinta parte de las registradas hace 30 años. Cabe citar como principales ejemplos los de Chile⁴, Malasia⁵, Portugal⁶ y Tailandia⁷ (figura 1.1). Esos resultados se han asociado a una mejora del acceso a redes ampliadas de atención de salud, gracias a un compromiso político sostenido y un crecimiento económico que permitió consolidar ese compromiso manteniendo las inversiones en el sector de la salud (recuadro 1.1).

En general se han registrado progresos importantes en el mundo. Si las tasas de mortalidad en la niñez siguieran siendo hoy las mismas que en 1978, en 2006 habrían fallecido 16,2 millones de niños. Sin embargo el número de defunciones fue de sólo 9,5 millones¹². Esa diferencia de 6,7 millones significa que cada día se salva la vida de 18 329 niños.

Pero detrás de esas cifras existen grandes diferencias entre los países. Desde 1975, las tasas de mortalidad de los menores de cinco años han disminuido de forma mucho más lenta

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^{a,*}



^a Ningún país de la región de África logró reducir esas tasas en un 80%.

^b Gasto total en salud por habitante en 2006, en dólares internacionales.

* Los dólares internacionales (\$) se obtienen dividiendo las unidades de la moneda local por una estimación de su paridad de poder adquisitivo en comparación con el dólar estadounidense.



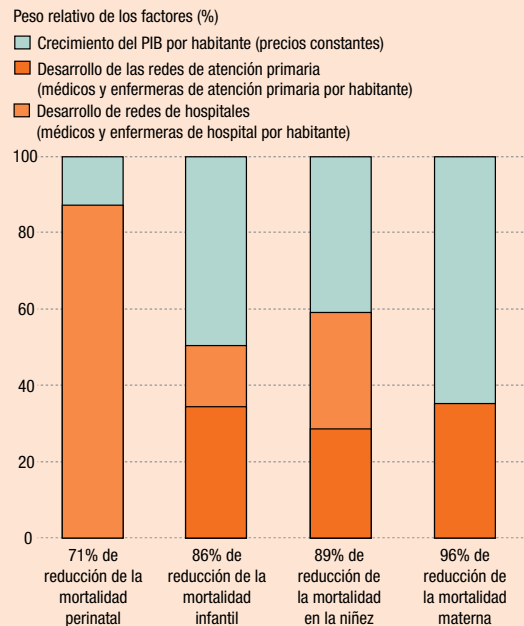
Recuadro 1.1 Desarrollo económico y opciones de inversión en atención de salud: mejora de los principales indicadores sanitarios en Portugal

Portugal reconoció el derecho a la salud en su Constitución de 1976, tras su revolución democrática. La presión política por reducir las grandes desigualdades en materia de salud existentes en el país condujeron a la creación de un sistema nacional de salud, financiado con impuestos y complementado con planes de seguro público y privado y pagos directos^{8,9}. El sistema, establecido en su totalidad entre 1979 y 1983, se organizó de forma explícita en torno a los principios de la APS: poco a poco se fue creando por todo el país una red de centros de salud dotada de médicos de familia y personal de enfermería. Para poder disfrutar del sistema nacional de salud, los pacientes tienen que ser inscritos por un médico de familia en un centro de salud como primer punto de contacto. Portugal considera que esa red constituye su mayor logro en cuanto a mejora del acceso a la atención sanitaria y beneficios para la salud⁶.

La esperanza de vida al nacer supera hoy en 9,2 años a la de hace 30 años, y el PIB por habitante se ha duplicado. Portugal figura entre los países del mundo que más han avanzado en los últimos 30 años para reducir de forma sistemática la mortalidad en diversos grupos de edad; por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil han disminuido un 50% cada ocho años. Debido a esos resultados, el estado de salud de la población de Portugal es muy similar al de la población de otros países de la región¹⁰.

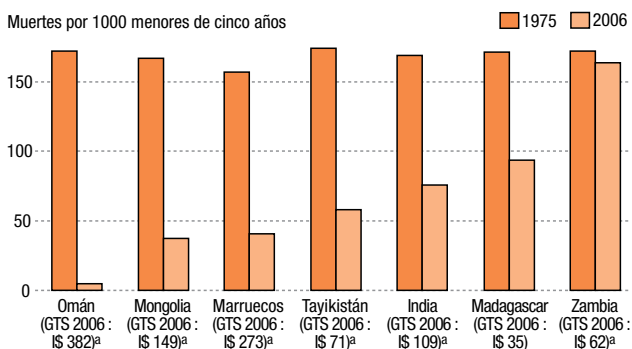
El análisis multifactorial de las series cronológicas de los diversos índices de mortalidad desde 1960 muestra que la decisión de basar la política sanitaria de Portugal en los principios de la APS, con el desarrollo de una red de servicios integrales de atención primaria¹¹, ha sido determinante para reducir la mortalidad materno-infantil, mientras que la reducción de la mortalidad perinatal está relacionada con el desarrollo de la red hospitalaria. En la figura 1.2 se presenta la contribución relativa del desarrollo de la atención primaria, las redes de hospitales y el crecimiento económico a la mejora de los índices de mortalidad desde 1960.

Figura 1.2 Factores que explican la reducción de la mortalidad en Portugal, 1960–2008



en el conjunto de los países de ingresos bajos que en los más ricos¹³. Salvo Eritrea y Mongolia, ninguno de los actuales países de ingresos bajos ha llegado a reducir hasta un 70% la mortalidad

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^a



^a Gasto total en salud por habitante en 2006, en dólares internacionales.

de los menores de cinco años. Los países que actualmente figuran entre los de ingresos medios han registrado mejores resultados, pero, como se observa en la figura 1.3, los progresos han sido bastante desiguales. Algunos países han logrado avances considerables y van camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Otros, en particular de la región de África, se han estancado o incluso han perdido terreno¹⁴. A nivel mundial, 20 de los 25 países en que la mortalidad de los menores de cinco años sigue representando dos tercios o más de los niveles de 1975 se encuentran en el África subsahariana. La lentitud de los progresos se ha relacionado con los escasos avances en el acceso a la atención de salud. Pese a que últimamente ha habido cambios favorables, la cobertura vacunal en el África subsahariana sigue siendo mucho más

baja que en el resto del mundo¹⁴. La tasa actual de uso de anticonceptivos se mantiene en sólo un 21%, mientras que en otras regiones en desarrollo ha aumentado sustancialmente en los últimos 30 años y alcanza hasta un 61%^{15,16}. El aumento del uso de los anticonceptivos se ha acompañado de una disminución de las tasas de abortos en todas partes. No obstante, en el África subsahariana las cifras absolutas de abortos, realizados en su mayoría en condiciones peligrosas, han crecido¹⁷. También sigue habiendo problemas en relación con la atención de la madre y el niño durante el parto: en 33 países, menos de la mitad de todos los partos anuales son atendidos por personal de salud debidamente cualificado, y en uno la cobertura es sólo del 6%¹⁴. El África subsahariana es también la única región del mundo en que no se está ampliando el acceso a atención de personal cualificado durante el parto¹⁸.

De manera similar a las tendencias generales de la supervivencia infantil, las tendencias mundiales correspondientes a la esperanza de vida muestran un aumento global de casi ocho años entre 1950 y 1978, y siete años más desde entonces, lo cual refleja el crecimiento de los ingresos medios por habitante. Como ocurre con la supervivencia infantil, las crecientes diferencias en los ingresos (que crecen más rápido en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos) se traducen en un incremento de las diferencias entre los que tienen peor y mejor salud¹⁹. Entre mediados de la década de los setenta y 2005, la diferencia en la esperanza de vida entre los países de ingresos altos y los países del África subsahariana, o los Estados vulnerables, se ha acentuado, pues la esperanza de vida se ha incrementado en 3,8 y 2,1 años, respectivamente.

Es necesario matizar la relación inequívoca que existe entre salud y riqueza, resumida en la clásica curva de Preston (figura 1.4)²⁰.

En primer lugar, la curva de Preston sigue variando¹². En 1975 unos ingresos por habitante de 1000 dólares internacionales (I\$) estaban asociados a una esperanza de vida de 48,8 años. En 2005, ésta era casi cuatro años superior para los mismos ingresos, lo cual indica que las mejoras en la nutrición, la educación²¹, las tecnologías sanitarias²², la capacidad institucional para obtener y utilizar información y la capacidad de la sociedad para convertir esos conocimientos en medidas sanitarias y sociales efectivas²³ hacen

posible una mayor salud con el mismo nivel de riqueza.

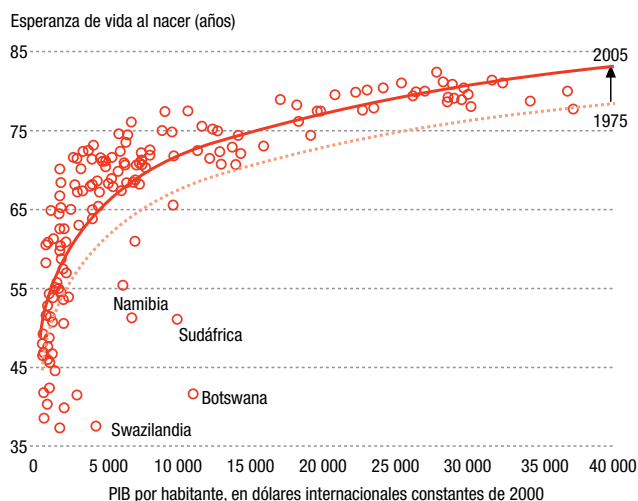
En segundo lugar, existen grandes diferencias en cuanto a resultados entre países con un mismo nivel de ingresos, sobre todo entre los países más pobres. Por ejemplo, la esperanza de vida en Côte d'Ivoire (PIB: I\$ 1465) es inferior en casi 17 años a la de Nepal (PIB: I\$ 1379), y entre Madagascar y Zambia hay una diferencia de 18 años. El hecho de que haya países con buenos resultados en cada franja de ingresos indica que el nivel efectivo de ingresos por habitante no es, como podría deducirse de la curva media, el único factor limitante.

Crecimiento y estancamiento

En los últimos 30 años se han observado tres situaciones distintas en cuanto a la relación entre el crecimiento económico y la esperanza de vida al nacer (figura 1.5).

En 1978, cerca de dos terceras partes de la población mundial vivía en países que posteriormente experimentaron un incremento de la esperanza de vida al nacer y un importante crecimiento económico. Las mejoras relativas más impresionantes son las registradas en una serie de países de ingresos bajos de Asia (incluida la India), América Latina y el norte de África, que contaban con un total de 1100 millones de habitantes hace 30 años y tienen ahora casi 2000 millones. En esos países la esperanza de vida al

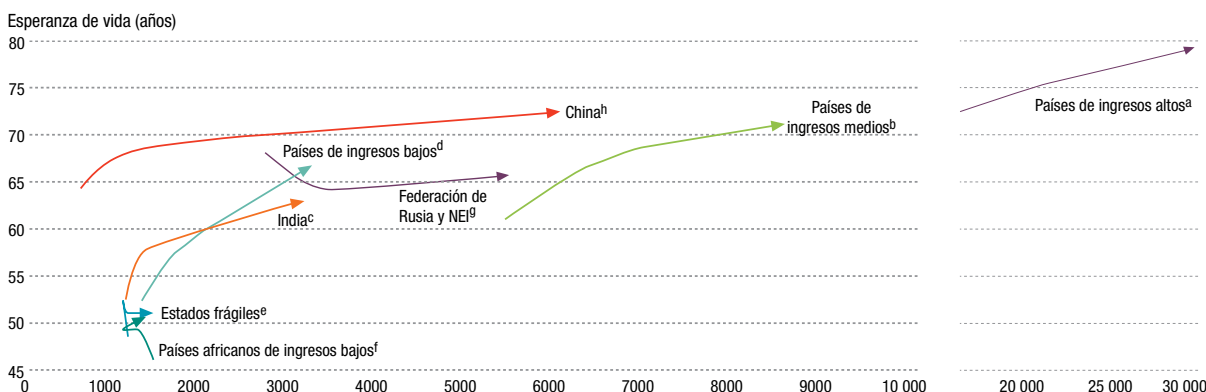
Figura 1.4 PIB por habitante y esperanza de vida al nacer en 169 países^a, 1975 y 2005



^a Sólo se indica el nombre de los países con valores atípicos.



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*



a 27 países, 766 millones de habitantes en 1975, 953 millones en 2005.
 b 43 países, 587 millones de habitantes en 1975, 986 millones en 2005.
 c India, 621 millones de habitantes en 1975, 1103 millones en 2005.
 d 17 países de ingresos bajos, excluidos los Estados frágiles no africanos, 471 millones de habitantes en 1975, 872 millones en 2005.
 e 20 Estados frágiles, 169 millones de habitantes en 1975, 374 millones en 2005.
 f 13 países africanos de ingresos bajos, excluidos los Estados frágiles, 71 millones de habitantes en 1975, 872 millones en 2005.
 g Federación de Rusia y 10 nuevos Estados independientes, 186 millones de habitantes en 1985, 204 millones en 2005.
 h China, 928 millones de habitantes en 1975, 1316 millones en 2005.
 * No se dispone de datos sobre los nuevos Estados independientes para 1975, y tampoco de datos históricos sobre los otros países.
 Fuentes: Esperanza de vida, 1975, 1985: UN World Population Prospects 2006; 1995, 2005: OMS, 9 de noviembre de 2008 (proyecto); China: censos nacionales de población 3°, 4° y 5°, 1981, 1990 y 2000. PIB: 2007³⁵.

nacer ha aumentado 12 años y el PIB por habitante se ha multiplicado por 2,6. En los países de ingresos altos y los países cuyo PIB se situaba entre I\$ 3000 y I\$ 10 000 en 1975, también se ha producido un gran crecimiento económico y ha aumentado la esperanza de vida.

En otras partes del mundo el crecimiento del PIB no se ha acompañado de mejoras similares en la esperanza de vida. El PIB medio por habitante creció considerablemente en la Federación de Rusia y los nuevos Estados independientes, pero debido a la situación de pobreza generalizada durante la transición de la antigua Unión Soviética, la esperanza de vida de las mujeres se ha estancado desde finales de la década de los ochenta y la de los hombres ha caído vertiginosamente, sobre todo la de los que carecen de educación y seguridad en el empleo^{24, 25}. Tras un periodo de estancamiento tecnológico y organizativo, el sistema de salud se desmoronó¹². En la década de los noventa el gasto público en salud disminuyó en varios países hasta unos niveles que hacían prácticamente imposible que funcionara un sistema básico. Los modos de vida no saludables, la desintegración de los programas de salud pública y la mercantilización no regulada de los servicios clínicos, unida a la desaparición de las redes de seguridad, han contrarrestado cualquier posible beneficio derivado del incremento del PIB

medio²⁶. En China la esperanza de vida ya había aumentado considerablemente antes de 1980, hasta niveles muy superiores a los registrados en otros países de ingresos bajos en los setenta, a pesar de la hambruna de 1961-1963 y de la Revolución Cultural de 1966-1976. La contribución a esos resultados de la atención primaria en los medios rurales y el seguro de salud en los centros urbanos está bien documentada^{27,28}. Con las reformas económicas de comienzos de los años ochenta, el PIB medio por habitante aumentó de forma espectacular, pero el acceso a la atención de salud y la protección social empeoró, sobre todo en las zonas rurales. Eso hizo que el ritmo de los progresos fuera más lento, lo que hace pensar que lo único que impidió una regresión de la esperanza media de vida fue la mejora de las condiciones de vida asociada al formidable crecimiento económico²⁹.

Por último, hay una serie de países de ingresos bajos, que representan aproximadamente el 10% de la población mundial, en los que tanto el PIB como la esperanza de vida se han estancado³⁰. Se trata de los países considerados «Estados frágiles» de acuerdo con los criterios relativos a los «países de bajos ingresos en dificultades» (LICUS) para 2003-2006³¹. El 66% de la población de esos países se encuentra en África. La mala gobernanza y los conflictos internos prolongados

son comunes en esos países, que se enfrentan a obstáculos similares: poca seguridad, fractura de las relaciones sociales, corrupción, deterioro del estado de derecho y falta de mecanismos para generar autoridad y poder legítimos³². Tienen unas necesidades de inversión enormes y escasos recursos públicos para atenderlas. En la mitad de ellos el crecimiento del PIB fue negativo durante el periodo 1995-2004 (en el resto, el crecimiento fue inferior al crecimiento medio registrado en los países de ingresos bajos), mientras que el nivel de su deuda externa se situó por encima de la media³³. En 1975, esos países figuraban entre los que tenían la esperanza de vida al nacer más baja, y desde entonces apenas han mejorado en ese terreno. Los demás países con ingresos bajos de África comparten muchas de las características y circunstancias de los Estados frágiles; de hecho muchos de ellos han sufrido en los últimos 30 años periodos prolongados de conflicto que habrían llevado a considerarlos Estados frágiles de haber existido antes la clasificación de LICUS. Su crecimiento económico ha sido escaso y la esperanza de vida en ellos ha mejorado muy poco, sobre todo debido a la presencia en este grupo de una serie de países del sur de África azotados por una pandemia de VIH/SIDA de ingentes proporciones. En general, en estos últimos se ha producido cierto crecimiento económico desde 1975, pero también una marcada regresión en la esperanza de vida.

Una característica que ha sido sorprendentemente común en los Estados frágiles y los países del África subsahariana durante gran parte de los tres últimos decenios, y que los diferencia de los demás Estados que partían con menos de I\$ 3000 por habitante en 1975, es la combinación de un crecimiento económico estancado, inestabilidad política y falta de progresos en la esperanza de vida. En esos países se acumulan factores que dificultan la mejora de la salud. La educación, sobre todo la de las mujeres, progresa más lentamente, al igual que el acceso a comunicaciones modernas y a actividades que requieren conocimientos especializados y que amplían los recursos intelectuales de las personas en los demás lugares. Su población está más expuesta y es más vulnerable a las amenazas ambientales y otras amenazas para la salud, como son en el actual mundo globalizado el tabaquismo, la obesidad y la violencia urbana y, por otra parte,

no tiene la seguridad material necesaria para invertir en su propia salud, y sus gobiernos carecen de los recursos y el compromiso que hacen falta para realizar inversiones públicas. Además, esas personas están mucho más expuestas a las guerras y los conflictos armados que la población de los países más ricos³⁰. Sin crecimiento, la paz es mucho más difícil de conseguir y, sin paz, el crecimiento se estanca: una guerra civil de una duración típica de siete años reduce por término medio el crecimiento de un país en torno a un 2,3% anual y lo hace un 15% más pobre³⁴.

Nunca se insistirá lo suficiente en el impacto de la combinación de estancamiento y conflicto. Los conflictos son una fuente directa de enfermedades, mortalidad y sufrimiento. Por ejemplo, en la República Democrática del Congo el conflicto que tuvo lugar entre 1998 y 2004 provocó una sobremortalidad de 450 000 personas al año³⁵. Toda estrategia destinada a reducir la brecha sanitaria entre países – y a corregir las desigualdades dentro de un mismo país – debe tener en cuenta la necesidad de crear un entorno de paz, estabilidad y prosperidad que haga posibles las inversiones en el sector de la salud.

Un historial de escaso crecimiento económico es también un historial de estancamiento de los recursos para la salud. Lo ocurrido en el África subsahariana durante los años siguientes a la Conferencia de Alma-Ata ilustra esa difícil situación. Teniendo en cuenta la inflación, el PIB por habitante en el África subsahariana disminuyó casi todos los años entre 1980 y 1994³⁶, lo cual dejaba poco margen para ampliar el acceso a la atención sanitaria o transformar los sistemas de salud. Por ejemplo, a comienzos de la década de los ochenta, el presupuesto para medicamentos de la República Democrática del Congo, entonces el Zaire, se redujo a cero y el gasto del Gobierno en los distritos sanitarios cayó a menos de US\$ 0,1 por habitante; en Zambia, el presupuesto del sector público en salud se redujo en dos terceras partes, y en países como el Camerún, Ghana, Sudán y la República Unida de Tanzania los fondos disponibles para gastos de funcionamiento y sueldos de la creciente fuerza de trabajo en el sector público disminuyeron hasta un 70%³⁶. En los años ochenta y noventa, las autoridades sanitarias de esta parte del mundo se vieron enfrentadas a una situación de reducción del presupuesto público y desinversión, y este periodo de



contracción fiscal supuso para la población una época de pagos directos agobiantes a cambio de servicios de salud inadecuados y escasamente financiados.

En gran parte del mundo, el sector de la salud adolece a menudo de una enorme falta de recursos financieros. En 2005, 45 países gastaron menos de I\$ 100 por habitante, incluida la asistencia externa³⁸. En cambio, 16 países con ingresos altos gastaron más de I\$ 3000 por habitante. Los países de bajos ingresos suelen destinar a la salud una proporción menor de su PIB que los de ingresos más elevados, y al mismo tiempo su PIB es más reducido y tienen una carga de morbilidad mayor.

A mayor gasto en salud, mejores resultados sanitarios, pero las opciones de política y el contexto influyen (recuadro 1.2); cuando los fondos escasean, los efectos de los errores, por acción u

omisión, se amplifican. Sin embargo, cuando el gasto aumenta rápidamente, se abren unas posibilidades de transformación y adaptación de los sistemas de salud que son mucho más limitadas en una situación de estancamiento económico.

Adaptación a los nuevos desafíos sanitarios

Un mundo globalizado, urbanizado y que envejece

El mundo ha cambiado en los últimos 30 años: pocos habrían imaginado que los niños de África correrían ahora mucho más peligro de morir en accidentes de circulación que los de los países de ingresos altos o los de ingresos bajos y medios de la región de Europa (figura 1.7). Muchos de los cambios que afectan a la salud se estaban

Recuadro 1.2 A mayor gasto en salud, mejores resultados sanitarios, pero con grandes diferencias entre los países

En muchos países el presupuesto total invertido en la salud no basta para financiar el acceso de toda la población a un paquete de servicios esenciales de atención sanitaria, aunque sea muy limitado³⁹. Éste es un factor fundamental para la salud y la supervivencia. En la figura 1.6 se observa que en Kenia la esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS) es de 44,4 años: la mediana de edad correspondiente a los países que actualmente gastan menos de I\$ 100 por habitante en salud. Esa cifra representa 27 años menos que la registrada en Alemania, cuya mediana de edad es la correspondiente a los países que invierten en salud más de I\$ 2500 por habitante. Cada I\$ 100 gastados en salud por habitante supone un aumento de 1,1 años en la esperanza de vida sana.

Sin embargo, esas cifras ocultan grandes diferencias en los resultados obtenidos con niveles de gasto comparables. Hay divergencias de hasta cinco años en la EVAS entre los países que invierten más de I\$ 2500 por habitante en salud. Las diferencias son aún mayores cuando los niveles de gasto son más bajos, incluso en franjas de gasto bastante estrechas. Por ejemplo, la esperanza de vida sana de los habitantes de Moldova es superior en 24 años a la de la población de Haití, a pesar de que ambos países figuran entre los 28 que gastan entre I\$ 250 y I\$ 500 por habitante en salud. Esas diferencias pueden ser aún más marcadas si se consideran también los países muy afectados por el VIH/SIDA. Lesotho gasta más en salud que Jamaica, pero la

EVAS de sus habitantes es inferior en 34 años. En cambio, las diferencias en la esperanza de vida sana entre los países con los mejores resultados en cada franja de gasto son comparativamente pequeñas. Por ejemplo, en Tayikistán, la EVAS es de 4,3 años menos que en Suecia, diferencia menor que la existente entre los Estados Unidos de América y Suecia. Esas diferencias indican que la manera en que se gastan los fondos y a qué y quién se destinan es sumamente importante. En particular, en los países donde el presupuesto para salud es muy reducido, cada dólar no utilizado de forma óptima parece dar lugar a diferencias desproporcionadas.

Figura 1.6 Países agrupados según su gasto total en salud en 2005 (en dólares internacionales)^{38,40}

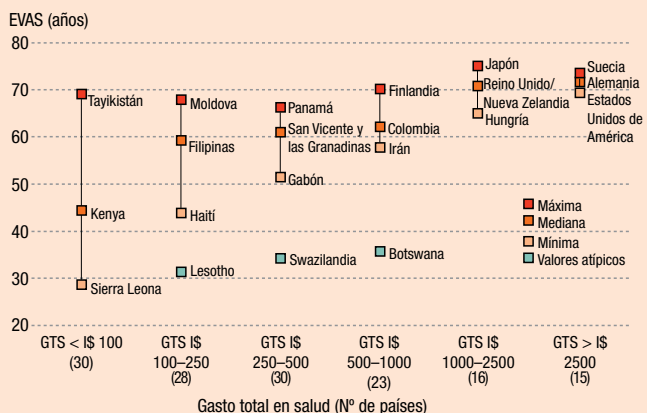
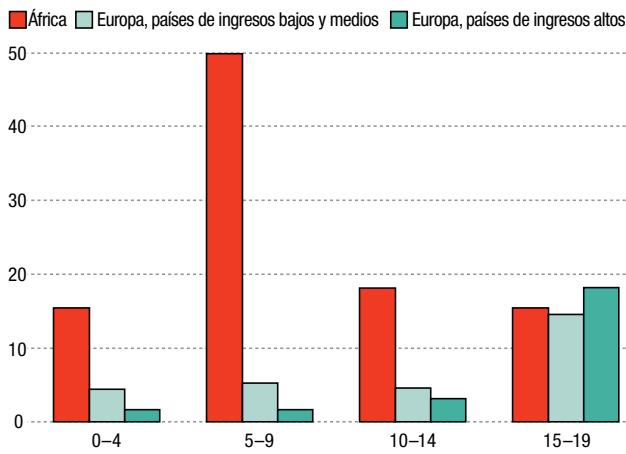


Figura 1.7 Los niños de África corren más peligro de morir en accidentes de tránsito que los niños europeos: muertes de niños en accidentes de tránsito por 100 000⁴¹



produciendo ya en 1978, pero ahora se han acelerado y continuarán acelerándose.

Hace treinta años, aproximadamente el 38% de la población mundial vivía en ciudades; en 2008, esa proporción es superior al 50%, lo que supone 3300 millones de personas. En 2030, casi 5000 millones de personas residirán en zonas urbanas. La mayor parte del crecimiento tendrá lugar en las ciudades más pequeñas de los países en desarrollo y en metrópolis del sur y el este de Asia, cuyo tamaño y complejidad no tendrán precedentes⁴².

Aunque por término medio, los valores de los indicadores sanitarios son mejores en las ciudades que en las zonas rurales, la enorme estratificación social y económica en las zonas urbanas da lugar a grandes inequidades en salud^{43,44,45,46}. En la zona de ingresos altos de Nairobi la mortalidad de los menores de cinco años es inferior a 15 por 1000, pero en el barrio de tugurios de Emabakasi, en la misma ciudad, esa tasa es de 254 por 1000⁴⁷. Este y otros ejemplos similares permiten aseverar de forma más general que, en los países en desarrollo, la mejor gobernanza local puede hacer que la esperanza de vida sea de 75 años o más, y una mala gobernanza puede rebajarla a sólo 35 años⁴⁸. Actualmente, una tercera parte de la población de las ciudades – más de mil millones de personas – vive en barrios de tugurios, esto es, en lugares con viviendas precarias, sin suficiente superficie habitable, sin acceso a agua salubre y servicios de saneamiento, y sin seguridad en la tenencia⁴⁹. Los barrios de tugurios

son propensos a los incendios, las inundaciones y los deslizamientos de tierras, y sus habitantes están expuestos de forma desproporcionada a la contaminación, los accidentes, los peligros en el lugar de trabajo y la violencia urbana. La pérdida de cohesión social y la generalización de modos de vida no saludables contribuyen a que se creen entornos que indudablemente no son buenos para la salud.

En esas ciudades vive gran parte de los casi 200 millones de migrantes internacionales del mundo⁵⁰. Representan como mínimo el 20% de la población en 41 países, el 31% de los cuales tiene menos de un millón de habitantes. Excluir a esos migrantes del acceso a la atención equivale a negar el derecho a la salud a todos los habitantes de un país como el Brasil. Algunos de los países que han hecho grandes progresos de cara a garantizar al acceso de sus ciudadanos a la atención no ofrecen los mismos derechos a los demás residentes. Teniendo en cuenta que el fenómeno de la migración continúa cobrando fuerza, los derechos de los residentes extranjeros y la capacidad de los sistemas de atención de salud para responder a la creciente diversidad lingüística y cultural de manera equitativa y eficaz han dejado de ser cuestiones secundarias.

Esta población sumamente móvil y urbanizada está envejeciendo y continuará envejeciendo a gran velocidad. En 2050, el mundo contará con 2000 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales cerca de un 85% vivirá en los actuales países en desarrollo, sobre todo en zonas urbanas. Contrariamente a lo ocurrido en los actuales países ricos, los países de ingresos bajos y medios están envejeciendo con rapidez antes de haberse convertido en ricos, lo cual plantea más problemas.

En su conjunto, el proceso de urbanización, el envejecimiento y los nuevos modos de vida a nivel mundial están haciendo que las enfermedades crónicas y no transmisibles – como la depresión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer – y los traumatismos sean una causa cada vez más importante de morbilidad y mortalidad (figura 1.8)⁵¹. Se está produciendo un cambio sorprendente en la distribución de las muertes y las enfermedades, que se están desplazando de los jóvenes a las personas de más edad, al tiempo que las enfermedades no transmisibles están reemplazando a las infecciosas, las perinatales y las



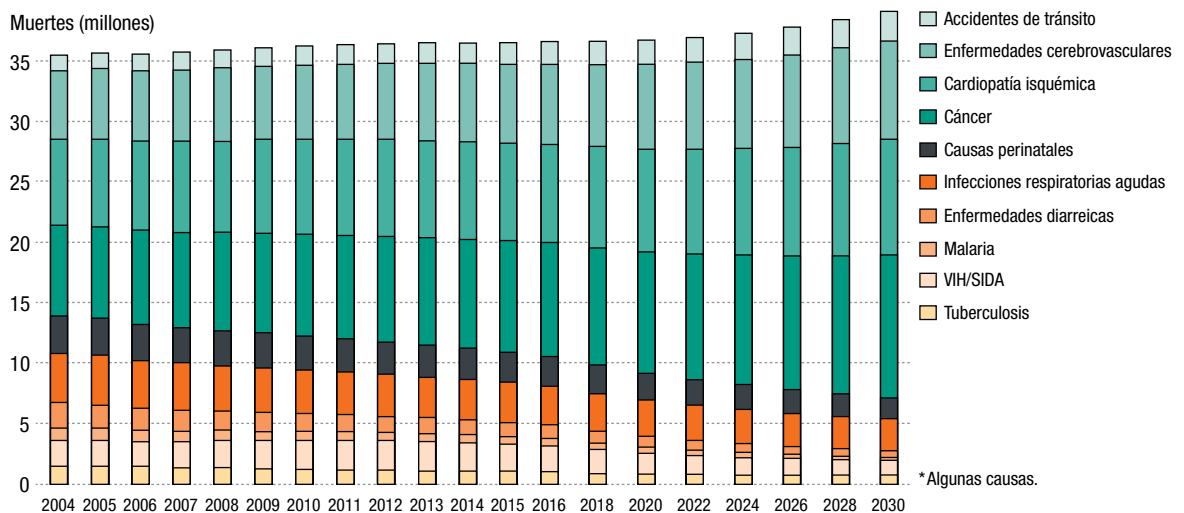
relacionadas con la maternidad. Los accidentes de tránsito aumentarán, y las muertes asociadas al tabaquismo superarán las relacionadas con el VIH/SIDA. Incluso en África, donde la población sigue siendo más joven, el consumo de tabaco, la hipertensión y el colesterol figuran entre los 10 factores principales de riesgo por lo que respecta a la carga de morbilidad total⁵². En los últimos decenios, la falta de progresos en general y casi todos los casos de regresión en la esperanza de vida han estado asociados a crisis de salud de la población adulta; es lo que ha ocurrido, por ejemplo, en la Federación de Rusia o el sur de África. En el futuro la salud se resumirá cada vez más en la mejora de la salud de los adultos.

El fenómeno del envejecimiento ha puesto de relieve una cuestión que reviste especial importancia para la organización de la prestación de servicios: la frecuencia cada vez mayor de la multimorbilidad. En el mundo industrializado, un 25% de las personas de 65 a 69 años y un 50% de las de 80 a 84 años padecen dos o más afecciones crónicas al mismo tiempo. En las poblaciones socialmente desfavorecidas, los niños y los adultos jóvenes también corren el riesgo de verse afectados^{53,54,55}. La frecuencia de la multimorbilidad en los países de ingresos bajos está menos documentada, salvo en relación con la epidemia de VIH/SIDA, la malnutrición y la malaria, pero probablemente se subestima en gran medida^{56,57}. Habida cuenta de que las enfermedades de la

pobreza están relacionadas entre sí, y comparten causas múltiples y simultáneas que provocan mayor discapacidad y mala salud, la multimorbilidad es seguramente un fenómeno frecuente en los países pobres. El estudio de la comorbilidad – incluidos los problemas de salud mental, las adicciones y la violencia – pone de relieve la importancia de tratar a la persona como un todo. Esto se aplica tanto a los países en desarrollo como al mundo industrializado⁵⁸.

No se reconoce lo suficiente que el aumento de las enfermedades crónicas y la salud de los adultos deben ocupar un lugar prioritario en una agenda todavía por terminar relacionada con las enfermedades transmisibles y con la salud materna, del recién nacido y del niño. Habrá que ampliar las medidas destinadas a estos últimos, sobre todo en los países más pobres, donde la cobertura sigue siendo insuficiente¹², pero todos los sistemas de salud, incluidos los de los países más pobres, deberán atender también las crecientes necesidades y demanda de atención relacionadas con las enfermedades crónicas y no transmisibles. Esto no será posible si no se hace mucho más hincapié en el establecimiento de un continuum de atención integral. Tampoco será posible si no se concede mucha más atención a la lucha contra las desigualdades sanitarias que existen en todos los países (recuadro 1.3).

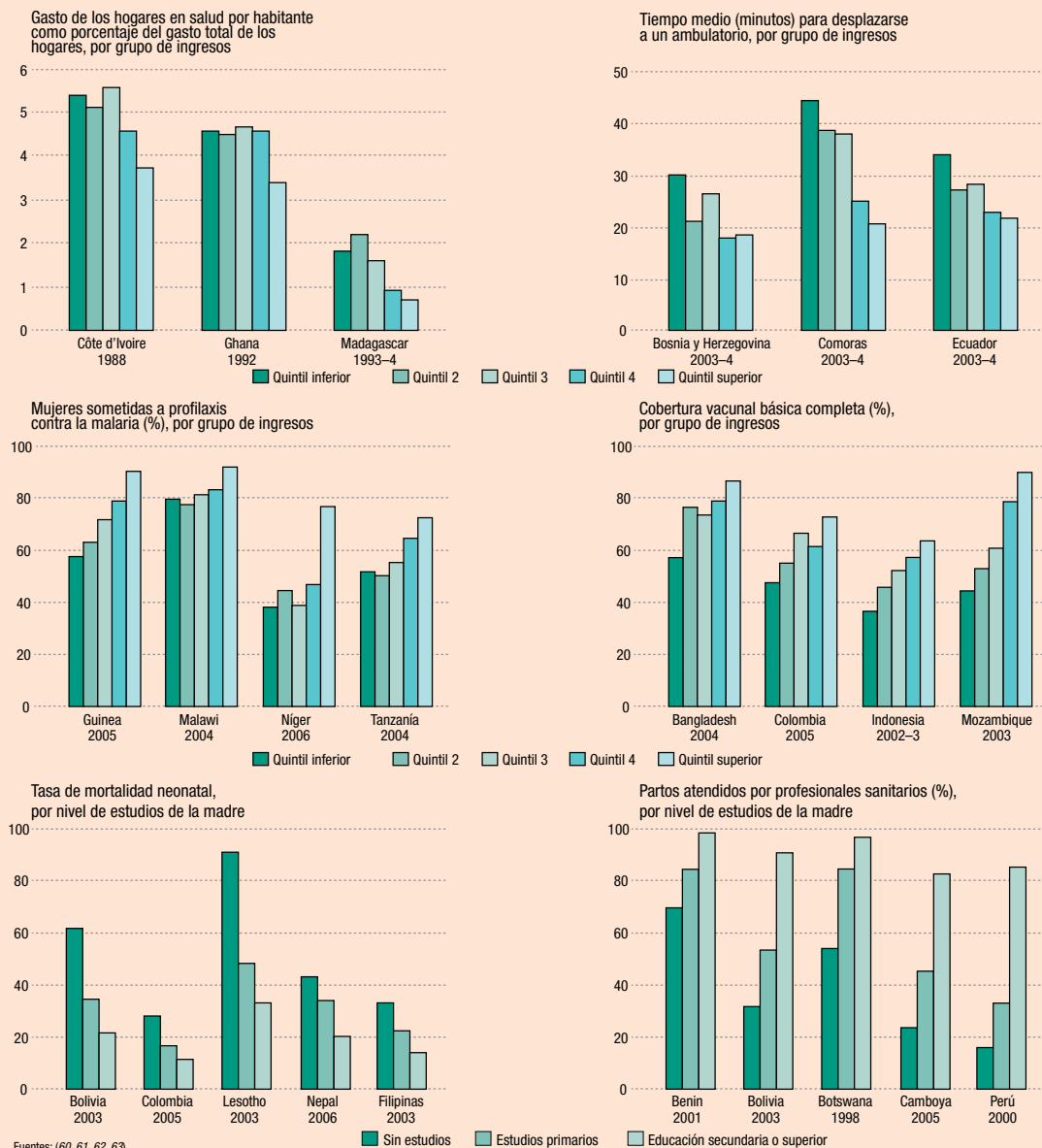
Figura 1.8 Progresivo predominio de las enfermedades no transmisibles y los accidentes como causa de mortalidad*



Recuadro 1.3 Conforme mejora la información se hacen más patentes las múltiples dimensiones de las crecientes desigualdades sanitarias

En los últimos años se ha descrito de forma mucho más detallada el alcance de las diferencias existentes en cada país en cuanto a vulnerabilidad, acceso a la atención y resultados sanitarios (figura 1.9)⁵⁹. El hecho de disponer de mejor información ha permitido observar que las desigualdades en materia de salud tienden a aumentar, lo que resalta los fallos y la desigualdad de las medidas adoptadas por los sistemas de salud para responder a las necesidades sanitarias de la población. Pese a la importancia concedida últimamente a la reducción de la pobreza, los sistemas de salud siguen teniendo dificultades para llegar a los pobres tanto en las zonas rurales cuanto en las urbanas, así como para afrontar las muy diversas causas y consecuencias de la desigualdad en materia de salud.

Figura 1.9 Desigualdades en materia de salud y en la prestación de atención en los países





Poca previsión y reacciones lentas

En los últimos decenios, las autoridades sanitarias han mostrado una escasa capacidad para prever los mencionados cambios, prepararse para ellos e incluso adaptarse a ellos una vez materializados en la realidad cotidiana. Esto resulta preocupante, porque los cambios se están produciendo a una velocidad cada vez mayor. A la globalización, la urbanización y el envejecimiento se sumarán los efectos en la salud de otros fenómenos mundiales, como el cambio climático, cuyo impacto se prevé que será mayor entre las comunidades más vulnerables de los países más pobres. Más difícil es predecir exactamente cómo afectarán esos fenómenos a la salud en los próximos años, pero cabe prever cambios rápidos en la carga de morbilidad, una desigualdad creciente en materia de salud y trastornos en la cohesión social y la capacidad de resistencia del sector sanitario. La actual crisis alimentaria ha demostrado lo poco preparadas que suelen estar las autoridades sanitarias para cambios de índole más general, aun cuando otros sectores hayan venido advirtiendo de los peligros durante bastante tiempo. Demasiado a menudo la velocidad y el alcance mundial de los cambios de las amenazas a la salud contrastan con la lenta respuesta de los sistemas nacionales de salud.

Incluso cuando se trata de tendencias conocidas y documentadas, como las asociadas a las transiciones demográficas y epidemiológicas, la respuesta suele ser también insuficiente⁶⁴. Los datos de las Encuestas Mundiales de Salud de la OMS, que abarcan a 18 países de ingresos bajos, muestran una baja cobertura del tratamiento del asma, la artritis, la angina de pecho, la diabetes y la depresión, y de la detección del cáncer cervicouterino y de mama: menos de un 15% en el quintil de ingresos más bajo y menos de un 25% en el más alto⁶⁵. A menudo se descuidan las intervenciones de salud pública destinadas a eliminar los principales factores de riesgo de las enfermedades, incluso cuando son especialmente costoeficaces: esas intervenciones pueden llegar a reducir las muertes prematuras en un 47% y aumentar la esperanza de vida sana a nivel mundial en 9,3 años^{64,66}. Por ejemplo, se ha calculado que las muertes prematuras por

cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades atribuibles al tabaquismo pasarán de los 5,4 millones registrados en 2004 a 8,3 millones en 2030, cifra que representa casi un 10% de las defunciones a nivel mundial⁶⁷, y más del 80% de ellas tendrán lugar en países en desarrollo¹². A pesar de eso, dos de cada tres países siguen sin contar con políticas de lucha contra el tabaco o sus políticas al respecto son muy limitadas¹².

Salvo en contadas ocasiones – como en el caso de la epidemia de SRAS – el sector de la salud en general ha respondido lentamente a desafíos sanitarios nuevos o cuya importancia se había subestimado. Por ejemplo, se tiene conocimiento de las amenazas sanitarias emergentes que plantean el cambio climático y los peligros medioambientales al menos desde la celebración de la Cumbre para la Tierra de 1990⁶⁸, pero hasta hace pocos años no se ha empezado a adoptar planes y estrategias al respecto^{69,70}.

Asimismo, las autoridades sanitarias muchas veces no han evaluado a su debido tiempo la relevancia de cambios del entorno político que podían afectar a la capacidad de respuesta del sector. A menudo, los formuladores de políticas a nivel mundial y nacional no han tenido en cuenta los aspectos sanitarios y han puesto en marcha intervenciones precipitadas y perturbadoras, como medidas de ajuste estructural y descentralización, estrategias estándar de reducción de la pobreza, políticas comerciales inadecuadas, nuevos regímenes tributarios, políticas fiscales y enfoques de inhibición del Estado. Hasta ahora, las autoridades sanitarias apenas han podido influir en esas medidas y no han logrado hacer valer el peso económico del sector de la salud. Para abordar muchos de los aspectos más delicados de los sistemas que afectan a la salud hacen falta conocimientos teóricos y prácticos de los que carecen las instituciones médicas y de salud pública. El hecho de no reconocer la necesidad de expertos en temas distintos de las disciplinas sanitarias tradicionales ha condenado al sector de la salud a ver sus sistemas sometidos a un grado insólito de incompetencia e ineficacia que la sociedad no se puede permitir.

Tendencias que socavan la respuesta de los sistemas de salud

Sin unas políticas y un liderazgo fuertes, los sistemas de salud no gravitan espontáneamente en torno a los valores de la APS ni responden de forma eficaz a los desafíos sanitarios cambiantes. Como saben la mayoría de los líderes de salud, los sistemas sanitarios están sujetos a poderosas fuerzas e influencias, que a menudo prevalecen sobre la definición racional de las prioridades o políticas y hacen que los sistemas de salud se desvíen de sus objetivos iniciales⁷¹. Algunas de las tendencias que caracterizan actualmente a los sistemas de salud convencionales son (figura 1.10):

- una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como «hospitalocentrismo»;
- la fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos; y
- la mercantilización generalizada de la atención en los sistemas sanitarios no regulados.

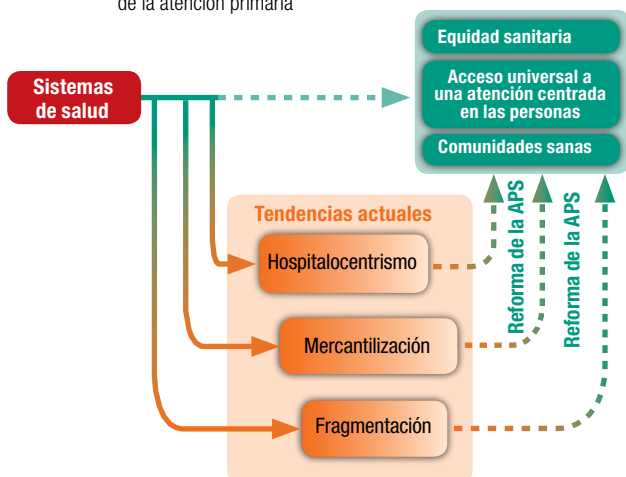
Al haberse centrado en la contención de gastos y la desregulación, muchas de las reformas del sector de la salud introducidas en los años ochenta y noventa han reforzado esas tendencias. Los países de ingresos altos han conseguido a menudo establecer normas para evitar algunas de sus consecuencias negativas. Sin embargo, en los países en que la falta de fondos se acompaña de una escasa capacidad de regulación, esas tendencias han tenido efectos más perjudiciales.

Hospitalocentrismo: sistemas de salud desarrollados en torno a hospitales y especialistas

Durante gran parte del siglo XX, los hospitales, con su tecnología y sus subespecialistas, han ido adquiriendo una función central en la mayoría de los sistemas de salud del mundo entero^{72,73}. Hoy en día la focalización desproporcionada en los hospitales y la subespecialización es una causa importante de ineficacia y desigualdad, y esa situación ha demostrado ser muy difícil de cambiar. Puede que las autoridades sanitarias expresen ahora su preocupación al respecto con mayor insistencia que antes, pero la subespecialización sigue prevaleciendo⁷⁴. Por ejemplo, en los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el incremento del 35% registrado en el número de médicos en los últimos 15 años se debe al creciente número de especialistas (que aumentó casi un 50% entre 1990 y 2005, frente a un incremento de tan sólo un 20% de los médicos generales)⁷⁵. En Tailandia, los especialistas representaban menos del 20% de los médicos hace 30 años, mientras que en 2003 esa proporción era del 70%⁷⁶.

Entre los factores que impulsan ese crecimiento se encuentran los intereses y tradiciones profesionales, así como el importante peso económico de la industria de la salud (tecnología y productos farmacéuticos) (recuadro 1.4). Evidentemente, el buen funcionamiento de la atención terciaria especializada responde a una demanda real (si bien inducida, al menos en parte): dicha atención es necesaria, como mínimo, para la credibilidad política del sistema sanitario. No obstante, la experiencia de los países industrializados ha demostrado que la focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada no resulta rentable⁷². El hospitalocentrismo entraña un costo elevado en cuanto a medicalización innecesaria e iatrogenia⁷⁷ y compromete las dimensiones humana y social de la salud^{73,78}. También entraña un costo de oportunidad; por ejemplo, el Líbano cuenta con más unidades de cirugía cardíaca por habitante que Alemania, pero carece de programas de reducción de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares⁷⁹. Así pues, los medios más eficaces y eficientes – y más equitativos⁸⁰ – de organizar la atención sanitaria y mejorar la salud están siendo desplazados por formas ineficaces de tratar los problemas de salud⁸¹.

Figura 1.10 Los sistemas de salud se apartan de los valores fundamentales de la atención primaria





Desde los años ochenta, la mayoría de los países de la OCDE vienen tratando de depender en menor medida de los hospitales, los especialistas y la tecnología y de mantener controlados los gastos. Para ello han introducido medidas que inciden en la oferta: reducción de las camas de hospital, sustitución de la hospitalización por la atención domiciliaria, limitación del uso del equipo médico y toda una serie de incentivos y desincentivos financieros para fomentar la micro-eficiencia. Los resultados de esas iniciativas no

han sido uniformes, pero los avances tecnológicos están acelerando el cambio de la atención hospitalaria especializada a la atención primaria. En muchos países de ingresos altos (aunque no en todos), las medidas adoptadas en pro de la APS en los años ochenta y noventa han permitido alcanzar un mayor equilibrio entre la atención curativa especializada, la atención de primer contacto y la promoción de la salud⁸¹. En los últimos 30 años esto ha contribuido a mejorar de forma significativa los resultados sanitarios^{81,82}. Más recientemente, algunos países de ingresos medios, como Chile con su Atención Primaria de Salud⁸³, el Brasil con su iniciativa de salud familiar y Tailandia con su plan de cobertura universal⁸⁴, han mejorado análogamente el equilibrio entre la atención hospitalaria especializada y la atención primaria⁸⁵. Los primeros frutos son alentadores: mejora de los indicadores de resultados⁸⁶ y marcado aumento de la satisfacción de los pacientes⁸⁷. En todos estos casos, el cambio se produjo en el marco de una iniciativa orientada a la cobertura universal, en la que se preveían más derechos de acceso y protección social para los ciudadanos. Estos procesos son muy parecidos a los que tuvieron lugar en Malasia y Portugal, caracterizados por el derecho de acceso a la atención, la protección social y un mayor equilibrio entre el recurso a la atención hospitalaria y la atención primaria prestada por médicos generales, que incluye medidas de prevención y promoción de la salud⁶.

Cincuenta años más tarde, los países industrializados están tratando de reducir el recurso a los hospitales, tras reparar en el costo de oportunidad que conlleva el hospitalocentrismo en lo que respecta a eficacia y equidad. Sin embargo, muchos países de ingresos bajos y medios están creando las mismas distorsiones. La presión ejercida por la demanda de los consumidores, los profesionales médicos y el complejo médico-industrial⁸⁸ es tan grande que los recursos sanitarios privados y públicos se encauzan de forma desproporcionada hacia la atención hospitalaria especializada en detrimento de las inversiones en atención primaria. Las autoridades sanitarias nacionales a menudo han carecido de la influencia financiera y política necesaria para frenar esta tendencia y lograr un mayor equilibrio. Asimismo, los donantes han utilizado su influencia para establecer programas de lucha

Recuadro 1.4 La gran fuerza económica de las industrias farmacéutica y de material médico

El gasto mundial en equipos y material médico pasó de US\$ 145 000 millones en 1998 a US\$ 220 000 millones en 2006: el 39% del total corresponde a los Estados Unidos; el 27%, a la Unión Europea, y el 16%, al Japón⁹⁰. Tan sólo en los Estados Unidos, esta industria emplea a más de 411 400 trabajadores, lo que supone más de una tercera parte de todas las personas dedicadas a las biociencias en el país⁹¹. En 2006, los Estados Unidos, la Unión Europea y el Japón gastaron US\$ 287, US\$ 250 y US\$ 273 por habitante, respectivamente, en equipo médico. En el resto del mundo, el promedio de ese gasto es del orden de US\$ 6 por habitante, y en el África subsahariana – un mercado con grandes posibilidades de expansión –, de US\$ 2,5 por habitante. La tasa anual de crecimiento del mercado de equipos es superior a un 10%⁹².

La industria farmacéutica tiene un peso aún mayor en la economía mundial. Está previsto que las ventas de productos farmacéuticos aumenten y lleguen a situarse entre US\$ 735 000 y 745 000 millones en 2008, con una tasa de crecimiento de entre un 6% y un 7%⁹³. Los Estados Unidos son también el mayor mercado del mundo, pues a ellos corresponde cerca del 48% del total mundial: en 2005 el gasto en medicamentos por habitante ascendió a US\$ 1141, lo que supone el doble que el del Canadá, Alemania o el Reino Unido y 10 veces más que el de México⁹⁴.

La atención especializada y hospitalaria es vital para esas industrias, que dependen de los sistemas de prepago y de mancomunación del riesgo como medios de financiación sostenible para su expansión. Aunque este mercado está creciendo en todas partes, existen grandes diferencias de un país a otro. Por ejemplo, el Japón y los Estados Unidos tienen de 5 a 8 veces más unidades de resonancia magnética por millón de habitantes que el Canadá y los Países Bajos. En cuanto a los escáneres para tomografía computadorizada, las diferencias son aún mayores: el Japón tenía 92,6 por millón de habitantes en 2002 y los Países Bajos, 5,8 en 2005⁹⁵. Estas diferencias muestran que se puede influir en el mercado, principalmente utilizando los incentivos adecuados de pago y reembolso y estudiando detenidamente las medidas de regulación⁹⁶.

contra enfermedades antes que para introducir reformas que convirtieran la atención primaria en la base del sistema de salud⁸⁹.

Fragmentación: sistemas de salud desarrollados en torno a programas prioritarios

Mientras que en las ciudades la salud suele girar en torno a los hospitales, en el medio rural los pobres se enfrentan cada vez con mayor frecuencia a la progresiva fragmentación de sus servicios de salud, ya que los enfoques «selectivos» o «verticalistas» se centran en programas y proyectos de lucha contra enfermedades concretas. Esos enfoques, considerados en un principio una estrategia provisional para lograr resultados sanitarios equitativos, surgieron a raíz de la preocupación por la lenta expansión del acceso a la atención de salud en un contexto de sobremortalidad y sobremorbilidad graves y persistentes, remediables con intervenciones costoeficaces⁹⁷. El enfoque centrado en programas y proyectos concretos resulta especialmente atractivo para una comunidad internacional preocupada por conseguir un rendimiento visible de sus inversiones, y está bien adaptado a una gestión de mando y control, que es una manera de trabajar también atractiva para los ministerios de salud tradicionales. Debido a la poca costumbre de colaborar con otros interesados y contar con la participación del público, así como a la escasa capacidad de regulación, los enfoques programáticos han brindado una vía natural para la actuación de los gobiernos en los países con grandes limitaciones de recursos y dependientes de los donantes. Esos enfoques han tenido el mérito de centrarse en la atención de salud en situaciones de enorme escasez de recursos y de perseguir el apreciable objetivo de llegar a la población más pobre y más falta de servicios.

Muchos esperaban que las iniciativas de lucha contra una sola enfermedad maximizaran el rendimiento de las inversiones y de alguna manera reforzaran los sistemas de salud al beneficiar a un gran número de personas, o que sirvieran de punto de partida para comenzar a desarrollar sistemas sanitarios en lugares donde no existían. A menudo ha ocurrido lo contrario. La limitada sostenibilidad de un enfoque centrado exclusivamente en el control de enfermedades y las distorsiones que provoca en los sistemas

sanitarios débiles y faltos de fondos han sido objeto de muchas críticas en los últimos años⁹⁸. Los progresos a corto plazo han durado poco y han fragmentado los servicios de salud hasta tal punto que las autoridades sanitarias están ahora muy preocupadas. Esas iniciativas, que tienen cadenas de mando y mecanismos de financiación paralelos, planes duplicados de supervisión y formación y costos de transacción que se multiplican, han dado lugar a situaciones en que los programas compiten por los escasos recursos existentes, por el personal competente y por la atención de los donantes, mientras que los problemas estructurales de los sistemas de salud – relacionados con la financiación, los pagos y los recursos humanos – apenas se abordan. La diferencia entre los sueldos pagados en los empleos normales del sector público y en los programas y proyectos con más fondos ha agravado la crisis de los recursos humanos en los sistemas de salud frágiles. En Etiopía, el personal contratado para ayudar a ejecutar programas percibía un sueldo tres veces mayor que el de los funcionarios públicos⁹⁹, mientras que en Malawi, en un periodo de 18 meses, un hospital perdió a 88 enfermeras que prefirieron trabajar en programas de una organización no gubernamental que pagaba más¹⁰⁰.

Suele ocurrir que se terminan prestando sólo servicios relacionados con las enfermedades para las que existe un programa (dotado de fondos) y se deja de lado a las personas que tienen la mala fortuna de no encajar en las prioridades de ese programa. Es difícil mantener la confianza de la población cuando se la trata como el mero objeto de un programa, pues los servicios carecen entonces de sostenibilidad social. Este problema no atañe sólo a la población. Los profesionales sanitarios se enfrentan a la situación nada envidiable de tener que rechazar a personas que no tienen «el problema adecuado», algo que no se ajusta a la imagen de profesionalidad y preocupación por los demás que muchos valoran. Las autoridades sanitarias pueden verse seducidas en un primer momento por la simplicidad de la financiación y la gestión de los programas, pero una vez que éstos se multiplican y la fragmentación se hace incontrolable e insostenible, las ventajas de los enfoques más integrados quedan mucho más patentes. Reintegrar programas una vez que están bien establecidos no es tarea fácil.



Sistemas de salud abandonados a la deriva: mercantilización y falta de regulación de la atención

En muchos países de ingresos bajos y medios, si no en la mayoría, la falta de recursos y la fragmentación de los servicios de salud ha acelerado el desarrollo de la atención de salud con carácter comercial, definida aquí como la venta no regulada de atención de salud de acuerdo con el sistema de pago por servicio prestado, independientemente de que los proveedores sean públicos, privados u organizaciones no gubernamentales.

La atención de salud mercantilizada ha alcanzado proporciones sin precedentes en los países que, por elección o por falta de capacidad, no regulan el sector de la salud. En un principio limitada a las zonas urbanas, la atención no regulada a pequeña escala con pago por servicio, ofrecida por una multitud de proveedores independientes, domina ahora el panorama de la atención sanitaria, desde el África subsahariana hasta los países con economías en transición de Asia o Europa.

Ese fenómeno de mercantilización se da a menudo tanto en el sector público como en el privado¹⁰¹. En muchos establecimientos de carácter público e incluso de organizaciones no gubernamentales tradicionalmente sin ánimo de lucro, la prestación de servicios de salud se ha comercializado en la práctica, a medida que los sistemas de pago no oficiales y de recuperación de costos han ido trasladando el costo de los servicios a los usuarios, en un intento por compensar la falta crónica de financiación de la salud pública y el rigor financiero impuesto por los ajustes estructurales^{102,103}. En esos mismos países, los funcionarios que tienen un segundo empleo representan una parte importante del sector comercial no regulado¹⁰⁴, mientras que otros recurren a los pagos subrepticios^{105,106,107}. El debate de las últimas décadas sobre el carácter público o privado de la atención no ha abordado lo más importante: para la gente, la verdadera cuestión no es si su proveedor de atención de salud es un funcionario público o un empresario privado, ni si los centros de salud son públicos o privados. El tema fundamental es si los servicios de salud se reducen o no a un producto que se puede comprar y vender sobre la base de un sistema de pago por servicio sin regulación alguna ni protección de los consumidores¹⁰⁸.

La mercantilización de la atención sanitaria tiene repercusiones desde el punto de vista tanto de la calidad como del acceso a la atención. Las razones son sencillas: el proveedor es el que posee los conocimientos, mientras que el paciente tiene pocos o ninguno. El proveedor tiene interés en vender lo que resulte más rentable, que no es necesariamente lo mejor para el paciente. Cuando no existen sistemas eficaces de frenos y contrapesos, el resultado puede constatarse en los informes de las asociaciones de consumidores o en los artículos de prensa que expresan indignación por la violación del contrato de confianza implícito entre el proveedor de atención y el cliente¹⁰⁹. Las personas que no se pueden permitir la atención quedan excluidas, y las que sí pueden quizá no reciben la atención que necesitan, a menudo reciben la que no les hace falta, y siempre pagan demasiado.

Los sistemas de salud de carácter comercial no regulados son muy ineficaces y costosos¹¹⁰: acentúan la desigualdad¹¹¹ y ofrecen atención de mala calidad y, en ocasiones, atención peligrosa que puede ser perjudicial para la salud (por ejemplo, en la República Democrática del Congo existe la llamada «*chirurgie safari*» (cirugía safari), que se refiere a una práctica común de los profesionales sanitarios que, como empleo complementario, realizan apendicectomías y otras intervenciones quirúrgicas en el domicilio del paciente, cobrando a veces por ello unos honorarios desmesurados).

Así pues, la comercialización de la atención de salud contribuye en gran medida a menoscabar la confianza en los servicios de salud y en la capacidad de las autoridades sanitarias para proteger al público¹¹¹. De ahí que sea un motivo de preocupación para los políticos y, mucho más que hace 30 años, una de las principales razones para prestar más apoyo a las reformas destinadas a garantizar que los sistemas de salud se adapten no sólo a los actuales desafíos sanitarios, sino también a las expectativas de la población.

Valores cambiantes y expectativas crecientes

El principal motivo que lleva a los sistemas de salud a organizarse en torno a los hospitales o a mercantilizarse es que están impulsados por la oferta y al mismo tiempo responden a la demanda: una demanda real o inducida por esa

misma oferta. Los sistemas de salud son también reflejo de una cultura de consumo que se está generalizando. Sin embargo, por otra parte hay indicios de que la población es consciente de que esos sistemas de salud no aportan una respuesta adecuada a las necesidades y la demanda, y de que se mueven por intereses y objetivos no relacionados con las expectativas de las personas. A medida que las sociedades se modernizan y se vuelven más prósperas e informadas, va cambiando la vida que la gente desea llevar como personas y como miembros de la sociedad, es decir, cambian sus valores¹¹². Hoy día se tiende a considerar los servicios de salud más como un producto, pero también son cada vez mayores las expectativas con respecto a la salud y la atención sanitaria. La gente se interesa más de que lo se piensa por la salud como factor que influye en su vida cotidiana y la de sus familias (recuadro 1.5)¹¹³, y espera que sus familias y comunidades estén protegidas de los riesgos y los peligros para la salud. Desea una atención sanitaria que la trate como personas con derechos y no como meros objetivos de programas o beneficiarios de obras de caridad. Está dispuesta a respetar a los profesionales sanitarios, pero desea ser respetada a su vez, y que exista un clima de confianza mutua¹¹⁴.

Las personas también tienen expectativas sobre la manera en que la sociedad se debe ocupar de la salud y la atención sanitaria. Aspiran a una mayor equidad y solidaridad sanitarias y cada vez toleran menos la exclusión social, aunque a título individual se resistan a veces a actuar conforme a esos valores¹¹⁵. Esperan que las autoridades sanitarias, ya sean de la Administración o de otros organismos, hagan un mayor esfuerzo para proteger su derecho a la salud. Las encuestas sobre valores sociales realizadas desde la década de los ochenta muestran cada vez más puntos en común a este respecto entre los valores de los países en desarrollo y los de las sociedades más prósperas, donde la protección de la salud y el acceso a la atención a menudo se dan por descontados^{112,115,116}. La mayor prosperidad, el acceso a conocimientos y la conectividad social están asociados a un aumento de las expectativas. La población quiere poder intervenir más en lo que ocurre en su lugar de trabajo, en la comunidad en que vive y en las decisiones gubernamentales importantes que afectan a su vida¹¹⁷. El deseo de que la atención y la protección de la salud sean

mejores, de que haya menos inequidades en salud y de poder participar en las decisiones que afectan a la salud es más común e intenso que hace 30 años. En consecuencia, actualmente se espera mucho más de las autoridades sanitarias.

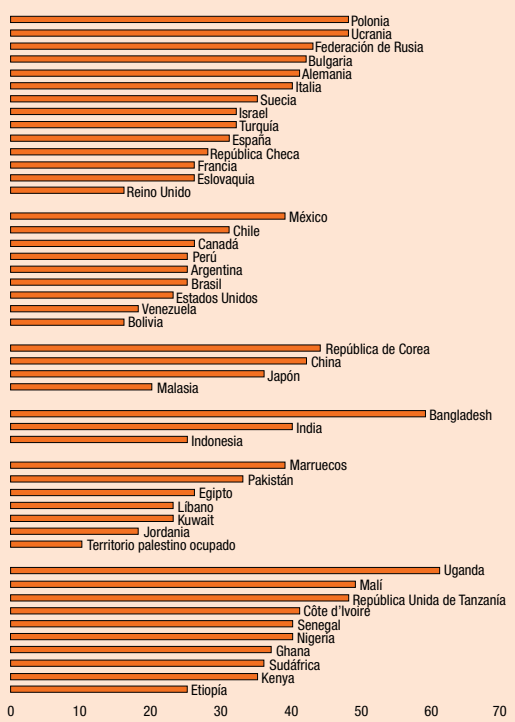
Equidad sanitaria

Rara vez, si no nunca, se logra una situación de equidad en cuanto a la salud, la riqueza o el poder. Algunas sociedades son más igualitarias que otras,

Recuadro 1.5 La salud, una de las principales prioridades personales

Cuando se pregunta a las personas por los problemas más importantes con que se enfrentan ellas y sus familias, casi siempre se citan en primer lugar los apuros económicos, seguidos de cerca por la salud¹¹⁸. En uno de cada dos países, las enfermedades propias, los costos de la atención sanitaria, la mala calidad de la atención y otros temas de salud son las principales preocupaciones personales de más de una tercera parte de la población encuestada (figura 1.11). Así pues, no resulta sorprendente que el desmoronamiento del sistema de atención sanitaria – incluso los meros indicios de un posible desmoronamiento – pueda provocar una situación de descontento popular que amenace las ambiciones de los políticos considerados responsables¹¹⁹.

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 delincuencia¹¹⁸





pero en su conjunto el mundo es «desigual». Sin embargo, las encuestas sobre valores demuestran que las personas se interesan por esas desigualdades y consideran que en su mayoría se trata de «inequidades» injustas que se pueden y deben evitar. Los datos disponibles desde comienzos de los ochenta muestran que la gente es cada vez más crítica con la manera en que están distribuidos los ingresos y cree que una «sociedad justa» debería hacer lo posible por corregir esos desequilibrios^{120,121,122,123}. Eso significa que a los formuladores de políticas les resulta más difícil que antes pasar por alto las dimensiones sociales de sus políticas^{120,124}.

Las personas no suelen ser conscientes del pleno alcance de las desigualdades en materia de salud. Por ejemplo, la mayoría de los ciudadanos suecos probablemente no sabe que la diferencia en la esperanza de vida entre los varones de 20 años de los grupos socioeconómicos más altos y los de los grupos más bajos era de 3,97 años en 1997, y que esa diferencia había aumentado un 88% respecto a la cifra registrada en 1980¹²⁵. No obstante, aunque la población tenga sólo un conocimiento parcial sobre ese tema, las investigaciones muestran que la gente considera profundamente injusto el gradiente social en salud¹²⁶. La intolerancia a las desigualdades sanitarias y a la exclusión de algunos grupos de población de las prestaciones de salud y la protección social es similar o superior a la intolerancia mostrada con respecto a las desigualdades en los ingresos. En casi todas las sociedades existe un amplio consenso sobre el hecho de que todas las personas deberían poder cuidar su salud y recibir tratamiento si caen enfermas o sufren traumatismos, sin correr el riesgo de arruinarse o caer en la pobreza¹²⁷.

A medida que las sociedades se hacen más ricas, va creciendo el apoyo popular al acceso equitativo a la atención de salud y la protección social para satisfacer las necesidades sanitarias y sociales básicas. Las encuestas sociales muestran que en la región de Europa el 93% de la población es partidaria de una cobertura sanitaria integral¹¹⁷. En los Estados Unidos, conocidos desde hace tiempo por su renuencia a adoptar un sistema nacional de seguro de enfermedad, más del 80% está a favor de ella¹¹⁵, mientras que la atención básica para todos sigue siendo un

objetivo social ampliamente difundido y respaldado¹²⁸. La actitud en los países de ingresos más bajos se conoce menos bien, pero teniendo en cuenta su opinión acerca de las desigualdades en materia de ingresos, es razonable pensar que a mayor prosperidad, mayor preocupación por la equidad sanitaria, aunque las discrepancias sobre la manera de lograr ese objetivo puedan ser tan difíciles de superar como en los países más ricos.

Una atención que dé prioridad a las personas

Evidentemente las personas desean contar con una atención sanitaria eficaz cuando caen enfermas o sufren un traumatismo. Y desean que esa atención la presten proveedores íntegros que actúen de la forma más conveniente para ellas, con equidad y honradez, y que posean las aptitudes y los conocimientos necesarios. La exigencia de preparación no es algo superfluo, pues impulsa la economía sanitaria con una demanda de atención profesional en constante aumento (médicos, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios que desempeñan una función cada vez más importante tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo)¹²⁹. Por ejemplo, en todo el mundo, las mujeres están abandonando a las parteras tradicionales y eligiendo a parteras mejor preparadas, médicos y obstetras (figura 1.12)¹³⁰.

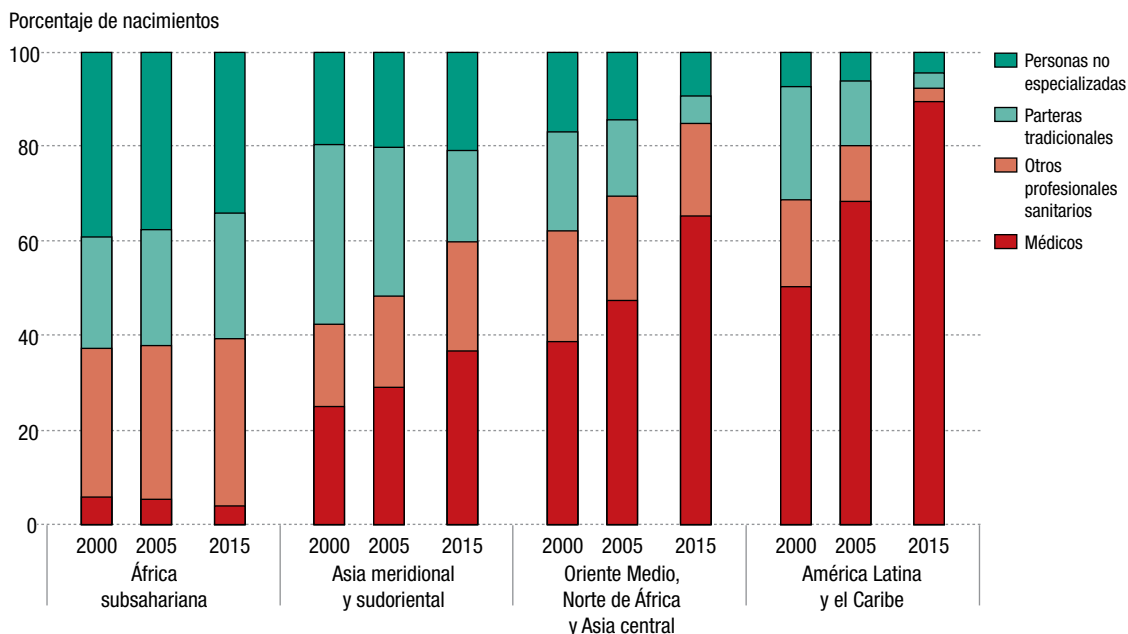
El movimiento en pro de la APS subestimó la velocidad con que la transición de la demanda de proveedores tradicionales de atención a la de personal sanitario especializado eclipsaría los intentos iniciales de ampliar rápidamente el acceso a la atención de salud recurriendo a «agentes de salud comunitarios» no profesionales, con su valor añadido de competencia cultural. Cuando las estrategias de ampliación de la cobertura de APS han propugnado el uso de trabajadores no especializados como alternativa, en lugar de complemento, a los profesionales sanitarios, la atención proporcionada a menudo se ha considerado deficiente¹³¹. Esto ha empujado a la población hacia la atención mercantilizada, por considerarla, con o sin razón, más competente, mientras se relegaba el desafío de integrar de forma más eficaz a los profesionales en los servicios de APS.

Los defensores de la APS tenían razón acerca de la importancia de la competencia cultural y relacional, que había de ser la principal ventaja comparativa de los agentes de salud comunitarios. Los ciudadanos del mundo en desarrollo, al igual que los de los países ricos, no buscan sólo competencia técnica: también quieren que los proveedores de atención sanitaria sean comprensivos, respetuosos y dignos de confianza¹³². Desean que la atención de salud se organice en torno a sus necesidades, respete sus creencias y tenga presente su situación particular. No quieren que se aprovechen de ellos proveedores sin escrúpulos, ni tampoco que se les considere meros objetivos de los programas de control de enfermedades (probablemente eso nunca les gustó, pero sin duda ahora lo dejan cada vez más claro). Tanto en los países pobres como en los ricos, la gente espera de la atención de salud algo más que intervenciones. Hay un reconocimiento creciente de que para resolver los problemas de salud es necesario tener en cuenta el contexto sociocultural de las familias y las comunidades en que se producen¹³³.

Actualmente, gran parte de la atención de salud pública y privada se organiza de acuerdo

con lo que los proveedores consideran eficaz y conveniente, a menudo sin tener muy en cuenta, o sin comprender, lo que es importante para los usuarios¹³⁴. Las cosas no tienen por qué ser así. Como la experiencia ha demostrado – sobre todo en los países industrializados –, se puede lograr que los servicios de salud estén más centrados en las personas. Esto les imprime más eficacia y crea un entorno de trabajo más gratificante¹³⁵. Lamentablemente, los países en desarrollo casi siempre han hecho menos hincapié en esa centralidad de las personas, como si ello fuera menos importante en los entornos de recursos limitados. Sin embargo, cuando se ignoran las necesidades y las expectativas de las personas, los servicios de salud se desconectan de las comunidades a las que atienden. Centrar la atención en las personas no es un lujo, sino una necesidad, también en el caso de los servicios destinados a los pobres. Esto es lo único que puede minimizar la exclusión social y evitar que la gente quede a merced de una atención sanitaria de carácter comercial no regulada, en que la ilusión de un entorno que responde mejor a las necesidades conlleva un precio muy alto en cuanto a gastos financieros y iatrogenia.

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^a



^a Fuente: Datos agrupados de 88 Encuestas de Demografía y Salud, 1995–2006, proyección lineal para 2015.



Garantizar la seguridad de las comunidades

La gente no sólo piensa en la salud en relación con la enfermedad y los traumatismos, sino también en relación con lo que considera peligroso para su salud y la de su comunidad¹³⁸. Aunque las explicaciones culturales y políticas sobre los riesgos sanitarios pueden variar considerablemente, existe una tendencia generalizada y creciente a atribuir a las autoridades la responsabilidad de ofrecer protección contra esos peligros o de responder rápidamente a ellos¹³⁶. Ésta es una parte esencial del contrato social que confiere legitimidad al Estado. Los políticos, tanto de los países ricos como de los países pobres, olvidan cada vez más su obligación de proteger a las personas de los riesgos sanitarios, pese a las consecuencias que eso puede tener para ellos: sirvan de ejemplo las secuelas políticas de la mala gestión del huracán Katrina en los Estados Unidos en 2005 o la crisis de recogida de basuras que sufrió Nápoles (Italia) en 2008.

El acceso a información sobre los riesgos sanitarios es cada vez mayor en nuestro mundo en proceso de globalización. Los conocimientos se difunden más allá de la comunidad de los profesionales de la salud y los científicos. Las preocupaciones sobre los riesgos sanitarios ya no se limitan a la agenda tradicional de salud pública de mejorar la calidad del agua de bebida y los servicios de saneamiento para prevenir y combatir enfermedades infecciosas. Después de la adopción de la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud en 1986¹³⁷, la agenda de promoción de la salud abarca muchas más cuestiones, entre otras la inocuidad de alimentos y los riesgos ambientales, así como los modos de vida colectivos y el entorno social que afecta a la salud y la calidad de vida¹³⁸. En los últimos años a esa agenda se ha añadido la creciente preocupación por un riesgo sanitario que no era muy evidente, pero al que los medios de comunicación prestan cada vez más atención: los riesgos para la seguridad del paciente¹³⁹.

Autoridades sanitarias fiables y sensibles a las necesidades

Durante el siglo XX la salud se ha ido convirtiendo progresivamente en un bien público garantizado por los gobiernos. Puede haber divergencia de opiniones en cuanto al alcance de la definición

de Estado asistencial y de los bienes colectivos a él asociados^{140,141}, pero en los países en proceso de modernización cada vez es mayor la responsabilidad social y política que recae en las autoridades sanitarias, y no sólo en los ministerios de salud, sino también en las estructuras locales de gobierno, las organizaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil con funciones cuasi gubernamentales.

Las circunstancias o la conveniencia política a corto plazo tientan a veces a los gobiernos a eludir su responsabilidad social de financiar y regular el sector de la salud, o su obligación de prestar servicios y garantizar funciones de salud pública esenciales. Como es de prever, esto crea más problemas que resuelve. Ya fuera por elección o por presiones externas, la inhibición del Estado que tuvo lugar en las décadas de los ochenta y los noventa en China y la antigua Unión Soviética, así como en un gran número de países de ingresos bajos, ha tenido consecuencias evidentes y preocupantes para la salud y para el funcionamiento de los servicios de salud. Y lo que es más, ha provocado tensiones sociales que afectan a la legitimidad de los dirigentes políticos¹¹⁹.

En muchas partes del mundo existe gran escepticismo respecto a la manera y la medida en que las autoridades sanitarias asumen su responsabilidad en materia de salud. Las encuestas realizadas muestran una tendencia a la pérdida de confianza en las instituciones públicas como garantes de la equidad, honestidad e integridad del sector de la salud^{123,142,143}. Sin embargo, en su conjunto, la población espera que las autoridades sanitarias trabajen en pro del bien común y lleven a cabo esa misión adecuadamente y con visión de futuro¹⁴⁴. Existe una cantidad cada vez mayor de sistemas de puntuación, clasificaciones y otros métodos de evaluación de la acción pública que se utilizan a nivel nacional o mundial¹⁴¹; también hay organizaciones de consumidores que se ocupan de problemas del sector de la salud¹¹¹, y están surgiendo organizaciones nacionales y mundiales de vigilancia de la sociedad civil^{146,147,148,149}. Estas tendencias recientes demuestran las dudas existentes sobre la capacidad de las autoridades sanitarias para garantizar la rectoría del sistema de salud, así como las crecientes expectativas de que lo hagan todavía mejor.

Participación

Sin embargo, al mismo tiempo, las encuestas indican que, a medida que se modernizan las sociedades, la población tiene cada vez más interés en intervenir en las «decisiones importantes que afectan a sus vidas»^{123,112}, por ejemplo en relación con la asignación de recursos y la organización y regulación de la atención. Por otra parte, la experiencia en países tan distintos como Chile, Suecia y Tailandia muestra que la población está más interesada en que se garantice la aplicación de procedimientos equitativos y transparentes que en los aspectos técnicos de la determinación de prioridades^{150,151}. En otras palabras, una respuesta óptima a las aspiraciones de poder intervenir en mayor medida en las cuestiones de política sanitaria sería que hubiera pruebas de la existencia de un sistema estructurado y funcional de frenos y contrapesos. Ese sistema contaría con la participación de los interesados pertinentes y velaría por que no hubiera grupos con intereses concretos que se apropiaran de la agenda de políticas¹⁵².

Reformas en pro de la APS: impulsadas por la demanda

Así pues, los valores fundamentales definidos hace tres décadas por el movimiento en pro de la APS están ahora mucho más presentes en numerosos contextos que en la época de la Declaración

de Alma-Ata. Y no existen sólo como convicciones morales defendidas por un grupo de intelectuales de vanguardia, sino que cada vez tienen más fuerza como expectativas sociales concretas, sentidas y reafirmadas por amplios grupos de ciudadanos ordinarios de sociedades en proceso de modernización. Hace 30 años, muchos consideraban radicales los valores de equidad, centralidad de las personas, participación comunitaria y libre determinación propugnados por el movimiento en pro de la APS. Actualmente esos valores se han convertido en expectativas sociales para la salud ampliamente compartidas, que cada vez son más comunes en muchas sociedades del mundo, aunque el lenguaje utilizado para expresarlas pueda ser distinto del empleado en Alma-Ata.

Este paso de unos principios éticos formales a unas expectativas sociales generalizadas altera fundamentalmente la dinámica política en torno al cambio de los sistemas de salud y abre nuevas oportunidades de generar impulso social y político para encauzar los sistemas de salud en la dirección que las personas deseen, según se resume en la figura 1.13. Asimismo, hace que el debate deje de ser una discusión puramente técnica sobre la eficacia relativa de diversas maneras de «tratar» los problemas de salud e incluya consideraciones políticas sobre los objetivos sociales que definen el rumbo que deben tomar los sistemas de salud. En los capítulos que siguen se esboza un conjunto de reformas destinadas a alinear unos sistemas de salud basados en especialistas, fragmentados y mercantilizados con esas expectativas sociales crecientes. Las reformas de la APS tienen por objeto canalizar los recursos de la sociedad hacia una situación de mayor equidad y no exclusión, servicios de salud que giren en torno a las necesidades y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades. La participación de los ciudadanos y otros interesados es requisito indispensable de todas esas reformas: reconocer que los intereses creados tienden a llevar a los sistemas de salud en distintas direcciones pone de relieve la importancia del liderazgo y la previsión y del aprendizaje continuo para obtener mejores resultados.

Figura 1.13 Valores sociales que guían la APS y conjunto de reformas correspondiente





Referencias

- Smith R. Oman: leaping across the centuries. *British Medical Journal*, 1988, 297:540-544.
- Sultanate of Oman: second primary health care review mission. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Primary health care performance. Muscat, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2006.
- Infante A. *The post military government reforms to the Chilean health system. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Paper presented in the Health Services Knowledge Network Meeting, London, October 2006.* Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
- Pathmanathan I, Dhairiam S. Malaysia: moving from infectious to chronic diseases. In: Tarimo E, ed. *Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences.* Geneva, World Health Organization, 1990.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos.* Lisbon, Padrões Culturais Editora, 2006.
- Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice.* Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
- Barros P, Simões J. *Portugal: health system review.* Geneva, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory of Health Systems and Policies, 2007 (Health Systems in Transition No. 9; <http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>, consultado el 1 de julio de 2008).
- Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition: Portugal.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (Health Care Systems in Transition No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>, consultado el 1 de julio de 2008).
- Ferrinho P, Bugalho M, Miguel JP, eds. *For better health in Europe, Vol. 1.* Lisbon, Fundação Merck Sharp & Dohme, 2004.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade vulnerável às intervenções dos serviços de saúde – o caso português [Portuguese primary health care and health services intervention in mortality amenable to health service intervention.]* Geneva, World Health Organization 2008 (documento de trabajo inédito para el Informe sobre la salud en el mundo 2008 – La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008).
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- Murray CJL et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet* 2007, 370:1040-1054.
- The Millennium Development Goals report 2007.* New York, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, consultado el 1 de julio de 2008).
- Levels and trends of contraceptive use as assessed in 2002.* New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2004 (Sales No. E.04.XIII.9).
- World contraceptive use 2007, wall chart.* New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (Sales No. E.08.XIII.6).
- Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338-1345.
- Koblinsky M et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006, 368:1377-1386.
- Goesling B, Ferebaugh G. The trend in international health inequality. *Population and Development Review*, 2004, 30:131-146.
- Preston S. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*, 1975, 29:231-248.
- The state of the world's children 2008.* Paris, United Nations Children's Fund, 2008.
- Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. *The determinants of mortality.* Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2006 (NBER Working Paper No. 11963).
- Deaton A. *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies, WIDER Annual Lecture, Helsinki, September 29th, 2006.* Princeton NJ, Princeton University Press, 2006.
- Field M, Shkolnikov V. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans et al. *Challenging inequities in health: from ethics to action.* New York, Oxford University Press 2001.
- WHO mortality database: tables [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<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.* European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, consultado el 1 de julio de 2008).
- Banister J, Zhang X. China, economic development and mortality decline. *World Development*, 2005, 33:21-41.
- Banister J, Hill K. Mortality in China, 1964-2000. *Population studies*, 2004, 58:55-75.
- Gu D et al. *Decomposing changes in life expectancy at birth by age, sex and residence from 1929 to 2000 in China. Paper present at the American Population Association 2007 annual meeting, New York, 29 -31 March 2007* (inédito).
- Milanovic B. *Why did the poorest countries fail to catch up?* Washington DC, Carnegie Endowment for International Peace, 2005 (Carnegie Paper No. 62).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Appendix B: LICUS, fiscal 2003-06.* Washington DC, The World Bank, 2006 (http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/appendix_b.pdf, consultado el 1 de julio de 2008).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Chapter 3: Operational utility of the LICUS identification, classification, and aid-allocation system.* Washington DC, The World Bank, 2006 (http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/licus_chap3.pdf, consultado el 1 de julio de 2008).
- Ikpe E. Challenging the discourse on fragile states. *Conflict, Security and Development*, 2007, 77:84-124.
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it.* New York, Oxford University Press, 2007.
- Coghlan B et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*, 2006, 367:44-51.
- World development indicators 2007.* Washington DC, The World Bank, 2007 (<http://go.worldbank.org/3JU2HA60D0>, consultado el 1 de julio de 2008).
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne [State of health and health of the state in sub-Saharan Africa], *Afrique Contemporaine*, 2000, 135:175-190.
- National health accounts country information for 2002-2005. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en>, consultado el 2 de julio de 2008).
- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 26:972-983.
- The World Health Report 2004 – Changing history: overview. Annex table 4: healthy life expectancy in WHO Member States, estimates for 2002.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_4_en.pdf, consultado el 2 de julio de 2008).
- WHO global burden of disease estimates: 2004 update.* Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, consultado el 2 de julio de 2008).
- State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth.* New York, United Nations Population Fund, 2007.
- Vlahov D et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(Suppl. 1):16-26.
- Montgomery M, Hewett, PC. *Urban poverty and health in developing countries: household and neighborhood effects demography.* New York, The Population Council, 2004 (Policy Research Division Working paper No. 184; <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/184.pdf>, consultado el 1 de julio de 2008).
- Satterthwaite D. *Coping with rapid urban growth.* London, Royal Institution of Chartered Surveyors, 2002 (RICS Leading Edge Series; POPLINE Document No. 180006).
- Garenne M, Gakusi E. Health transitions in sub-Saharan Africa: overview of mortality trends in children under 5 years old (1950-2000). *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:470-478.
- Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements.* Nairobi, African Population and Health Research Center Inc., 2002.
- Report of the knowledge network on urban settlement.* Geneva, World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 2008.
- State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth.* New York, United Nations Population Fund, 2007.
- International Migration Report 2006. 2006. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2006.
- Abegunde D et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:1929-1938.
- Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
- Amaducci L, Scarlato G, Candalese L. *Italian longitudinal study on ageing. ILSA resource data book.* Rome, Consiglio Nazionale per le Ricerche, 1996.
- Marengoni A. *Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the ageing population: a clinical and epidemiological approach.* Stockholm, Karolinska Institutet, 2008.
- McWhinney I. The essence of general practice. In: Lakhani M, ed. *A celebration of general practice.* London, Royal College of General Practitioners, 2003.

56. Kazembe LN, Namangale JJ. A Bayesian multinomial model to analyses spatial patterns of childhood co-morbidity in Malawi. *European Journal of Epidemiology*, 2007, 22:545-556.
57. Gwer S, Newton CR, Berkley JA. Over-diagnosis and co-morbidity of severe malaria in African children: a guide for clinicians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007 77(Suppl. 6):6-13.
58. Starfield B et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:814.
59. Gwatkin D et al. *Socio-economic differences in health nutrition and population*. Washington DC, The World Bank, 2000 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
60. Castro-Leal F et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:66-74.
61. World Health Surveys. Geneva, World Health Organization, 2008.
62. STATcompiler [base de datos en línea]. Calverton MD, Demographic Health Surveys, 2008 (<http://www.statcompiler.com/>, consultado el 22 de julio de 2008).
63. Davidson R et al. *Country report on HNP and poverty – socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Produced by the World Bank in collaboration with the government of the Netherlands and the Swedish International Development Cooperation Agency. Washington DC, The World Bank, 2007.
64. Strong K et al. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 366:1578-1582.
65. *World health survey: internal calculations*. Geneva, World Health Organization, 2008 (inédito).
66. 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.
67. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. Bettcher DW, Sapirie S, Goom EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*, 1998, 51:44-54.
69. *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.
70. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili M. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.
71. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
72. Starfield B. *Primary care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
73. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
74. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI. US graduate medical education, 2004-2005: trends in primary care specialties. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1075-1082.
75. OECD Health Data 2007. Source OECD [base de datos en línea]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 18 July 2007 (http://www.oecd.org/document/10/0,3343,en_2649_37407_38976778_1_1_1_37407,00.html, consultado el 1 de julio de 2008).
76. Jindawatthana A, Jongdomsul P. Human resources for health and universal health care coverage. Thailand's experience. *Journal for Human Resources for Health* (de próxima publicación).
77. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Summary of the evidence on patient safety. Implications for research*. Geneva, World Health Organization, 2008.
78. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. *Health Care for Women International*, 2004, 25:454-480.
79. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
80. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, consultado el 15 de julio de 2008).
81. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201-218.
82. Schoen C et al. 2006 US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 20 September 2006 (Web Exclusive, w457-w475).
83. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la programación en red*. Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial, 2006.
84. Suraratdecha C, Saitanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73:272-284.
85. Tangcharoensathien V et al. Knowledge-based changes to the Thai health system. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:750-756.
86. Macinko J et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine*, 2007, 65:2070-2080.
87. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoeroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and «prime mover family practices»: an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:475-483.
88. Relman AS. The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:963-970.
89. *Aid effectiveness and health. Making health systems work*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Working Paper 9; WHO/HSS/healthsystems/2007.2).
90. *Lifestyle and health*. EurActiv, 2006 (<http://www.euractiv.com/en/health/medicalex/article-117519>, consultado el 1 de julio de 2008).
91. Medical Device Statistics, *PharmaMedDevice's Bulletin*, 2006 (http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moideuid=3162#Medical_Device, consultado el 1 de julio de 2008).
92. *Medical technology industry at a glance*. Washington DC, Advanced Medical Technology Association, 2004 (<http://www.advamed.org/NR/rdonlyres/OA261055-827C-4CC6-80B6-CC2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>, consultado el 15 de julio de 2008).
93. Press room: IMS health predicts 5 to 6 percent growth for global pharmaceutical market in 2008, according to annual forecast. *IMS Intelligence Applied*, 1 November 2007 (http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_3665_82713022,00.html, consultado el 1 de julio de 2008).
94. Danzon PM, Furukawa MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*, 2005, 27:221-233.
95. *Health at a glance 2007: OECD indicators*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
96. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
97. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967-974.
98. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine*, 2007, 64:259-271.
99. Stillman K, Bennet S. *System wide effects of the Global Fund interim findings from three country studies*. Washington DC, United States Agency for Aid and Development, 2005.
100. Malawi Ministry of Health and The World Bank. *Human resources and financing in the health sector in Malawi*. Washington DC, World Bank, 2004.
101. Giusti D, Criel B, de Béthune X. Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:193-198.
102. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216-1219.
103. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. Geneva, World Health Organization, 1990 (Strengthening Health Systems Paper No. 1).
104. Macq J et al. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:17-24.
105. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 1997, 42:89-100.
106. João Schwabach et al. Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITGPress, 2000.
107. Ferrinho P et al. Piffing for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
108. McIntyre D et al. Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435-446.
109. Sakboon M et al. Case studies in litigation between patients and doctors. Bangkok, The Foundation of Consumer Protection, 1999.
110. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
111. Macintosh M. *Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care*. Geneva, World Health Organization, Health Systems Knowledge Network, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
112. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.



113. Kickbush I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338-342.
114. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485-487.
115. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (http://www.americanenironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, consultado el 1 de julio de 2008).
116. Welzel I. A human development view on value change trends (1981-2006). *World Value Surveys*, 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>, consultado el 1 de julio de 2008).
117. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2008 (<http://www.worldvaluessurvey.com>, consultado el 2 de julio de 2008).
118. *A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. Kaiser Family Foundation, December 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, consultado el 1 de julio de 2008).
119. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165-1170.
120. Lübker M. Globalization and perceptions of social inequality. *International Labour Review*, 2004, 143:191.
121. Taylor, B, Thomson, K. *Understanding change in social attitudes*. Aldershot, England, Dartmouth Publishing, 1996.
122. Gajdos T, Lhommeau B. L'attitude à l'égard des inégalités en France à la lumière du système de prélèvement socio-fiscal. Mai 1999 (<http://thibault.gajdos.free.fr/pdf/cserc.pdf>, consultado el 2 de julio de 2008).
123. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; <http://www.worldvaluessurvey.org/>, consultado el 2 de julio de 2008).
124. De Maeseneer J et al. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
125. Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997. *Health Economics*, 2005, 14:831-850.
126. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153-1163.
127. *Health care: the stories we tell. Framing review*. Oakland CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenironics.com>, consultado el 2 de julio de 2008).
128. Garland M, Oliver J. *Oregon health values survey 2004*. Tualatin, Oregon Health Decisions, 2004.
129. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158-2163.
130. Koblinsky M et al. *Going to scale with professional skilled care*. *Lancet*, 2006, 368:1377-1386.
131. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Evidence and Information for Policy, 2007.
132. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1-8.
133. Cheragi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. *Health Expect*, 2006, 9:275-284.
134. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11:81-89.
135. Allen J et al. *The European definition of general practice/family practice*. Ljubljana, European Society of General Practice/Family Medicine, 2002 (http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf/, consultado el 21 de julio de 2008).
136. Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:2837-2841.
137. Canadian Public Health Association and Welfare Canada and the World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 November 1986*. Geneva, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, consultado el 2 de julio de 2008).
138. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:3.
139. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière*. Paris, APAD-Karthala (Hommes et sociétés), 2003.
140. Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, Colombia University Press, 1997.
141. Weissert C, Weissert W. *Governing health: the politics of health policy*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2006.
142. Millenson ML. How the US news media made patient safety a priority. *BMJ*, 2002.324:1044.
143. Davies H. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193-194.
144. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453-1468.
145. Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. *Journal of Health Services & Research Policy*, 1998, 3:50-57.
146. Allsop J, Baggott R, Jones K. Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson S, Petersen AR, eds. *Consuming health: the commodification of health care*. London, Routledge, 2002.
147. Rao H. Caveat emptor: the construction of non-profit consumer watchdog organizations. *American Journal of Sociology*, 1998, 103:912-961.
148. Larkin M. Public health watchdog embraces the web. *Lancet*, 2000, 356:1283-1283.
149. Lee K. Globalisation and the need for a strong public health response. *The European Journal of Public Health*, 1999 9:249-250.
150. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691-694.
151. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 2000, 321:1300-1301.
152. Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy*, 2002, 61:279-290.