





Impulsar y mantener la cobertura universal



Aunque la gente espera que sus sistemas de salud sean equitativos, las causas primordiales de las inequidades en salud radican en condiciones sociales ajenas al control directo del sistema sanitario, por lo que deben abordarse con medidas en las que intervengan distintos sectores e instancias gubernamentales. Al mismo tiempo, el sector de la salud puede adoptar medidas importantes para que la equidad sanitaria progrese desde dentro. La base de ese proceso es el conjunto de reformas que tienen por objeto avanzar hacia la cobertura universal, es decir, el acceso de todos a los servicios de salud unido a la protección social en salud.

Capítulo 2

El lugar central de la equidad sanitaria en la APS	26
Avanzar hacia la cobertura universal	27
Desafíos en el camino hacia la cobertura universal	30
Intervenciones focalizadas como complemento de los mecanismos de cobertura universal	35
Movilización en favor de la equidad sanitaria	37

El lugar central de la equidad sanitaria en la APS

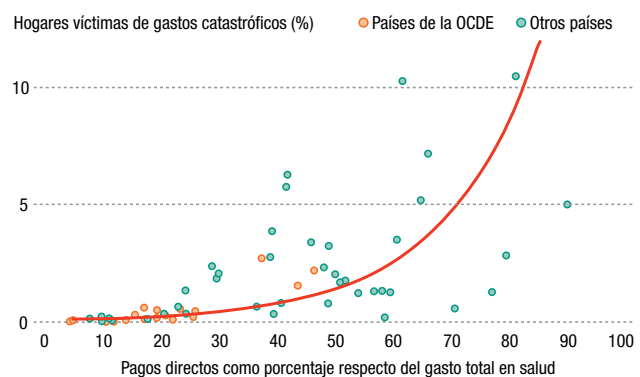
«Si caes enfermo, tienes que elegir: o renuncias al tratamiento o pierdes tu granja¹.» Hace casi un siglo, la implacable realidad de la vida rural en el Canadá llevó a Matthew Anderson (1882–1974) a poner en marcha un sistema de seguro médico basado en el pago de impuestos que acabaría conduciendo, en 1965, a la adopción en todo el país de la atención universal de salud. Hoy día, por desgracia, se repiten continuamente en todo el mundo situaciones espantosas como ésta, en las que se sale perdiendo sea cual sea la decisión que se tome. Transcurridos más de 30 años desde la Declaración de Alma-Ata, que representó una señal de alarma apremiante en pro de la equidad sanitaria, la mayor parte de los sistemas de atención sanitaria del mundo siguen dependiendo del método menos equitativo de financiación de los servicios de salud: los pagos directos que las personas enfermas o sus familias efectúan en el punto de prestación de la atención. Para 5600 millones de personas de los países de ingresos bajos y medios, más de la mitad de todos los gastos médicos salen de su propio bolsillo. Este sistema priva a muchas familias de la atención que necesitan porque no pueden permitírsela. Además, todos los años más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza en todo el mundo de resultados de unos gastos médicos catastróficos². Numerosos datos demuestran que la protección financiera es más eficaz y los gastos catastróficos menos frecuentes en aquellos países en los que prima el método de prepago de la atención sanitaria y se recurre menos a los pagos directos. Por el contrario, los gastos con consecuencias catastróficas son más frecuentes cuando la atención sanitaria tiene que pagarse del propio bolsillo en el punto de prestación del servicio (figura 2.1).

Si bien la equidad constituye una de las características más destacadas de la APS, también es una de las esferas en las que los resultados han sido más desiguales y donde las reformas más eficaces producen tal vez los mayores beneficios. Los pagos directos del usuario por la atención de salud no son sino una de las fuentes de la inequidad sanitaria. La profunda desigualdad de oportunidades para acceder a la atención de salud, sumada a las desigualdades endémicas en

la prestación de la asistencia, da pie a inequidades generalizadas en los resultados sanitarios³. La creciente toma de conciencia de estas pautas regresivas está provocando una intolerancia cada vez mayor hacia todo el espectro de diferencias innecesarias, evitables e injustas que presenta el sector de la salud⁴.

En la actualidad la magnitud de las inequidades en salud está documentada con mayor lujo de detalles. Son fruto de la estratificación social y de desigualdades políticas que caen fuera del radio de acción del sistema de salud. Los ingresos y la posición social tienen su peso, al igual que el barrio donde se vive, las condiciones de empleo y factores tales como el comportamiento personal, la raza y el estrés⁵. Las inequidades en salud también hunden sus raíces en la forma en que los sistemas de salud excluyen a las personas, como las inequidades en la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención, y el lastre que suponen los pagos, e incluso en la forma en que se lleva a cabo la práctica clínica⁶. Abandonados a su suerte, los sistemas sanitarios no avanzan hacia una mayor equidad. Gran parte de los servicios de salud – en especial los hospitales, pero también la atención de primer nivel – adolecen de una inequidad sistemática consistente en suministrar más servicios y de mayor calidad a las personas acomodadas que a la población pobre, que está más necesitada de ellos^{7,8,9,10}. Las diferencias de vulnerabilidad y exposición se suman a las desigualdades en salud para dar lugar a resultados sanitarios desiguales, y éstos contribuyen a agudizar la estratificación social que en un primer momento había provocado desigualdades. Las personas rara vez son indiferentes a este ciclo

Figura 2.1 Gastos catastróficos por pagos directos en el punto de prestación de servicios¹





de desigualdades, de modo que sus inquietudes son tan importantes para los políticos como para los administradores de los sistemas sanitarios.

Para hacer frente a los determinantes sociales de la salud y conseguir que los sistemas sanitarios propicien una mayor equidad en materia de salud, es preciso llevar a cabo una amplia gama de intervenciones¹¹ que superan con creces el ámbito tradicional de las políticas relativas a los servicios de salud, pues deben recurrir a la movilización de partes y grupos interesados ajenos al sector sanitario¹². Algunas de esas intervenciones son las siguientes¹³:

- la reducción de la estratificación social; por ejemplo, mitigando la desigualdad de ingresos a través de impuestos y servicios públicos subvencionados, proporcionando puestos de trabajo adecuadamente remunerados, usando estrategias de crecimiento que requieran mano de obra abundante, promoviendo la igualdad de oportunidades para las mujeres y poniendo la enseñanza gratuita al alcance de todos;
- la reducción de las vulnerabilidades; por ejemplo, proporcionando seguridad social a los desempleados o discapacitados, desarrollando redes sociales a nivel comunitario, introduciendo políticas de fomento de la inclusión social y de protección de las madres trabajadoras o estudiantes, ofreciendo prestaciones o transferencias en efectivo y suministrando almuerzos escolares gratuitos y saludables;
- la protección, especialmente de los desfavorecidos, contra la exposición a riesgos sanitarios; por ejemplo, mediante la introducción de normas de seguridad en el entorno físico y social, el suministro de agua potable y saneamiento, el fomento de modos de vida saludables y la aplicación de políticas de vivienda saludables;
- la mitigación de las consecuencias de los resultados sanitarios desiguales que empeoran la estratificación social; por ejemplo, mediante la protección de los trabajadores enfermos contra los despidos injustos.

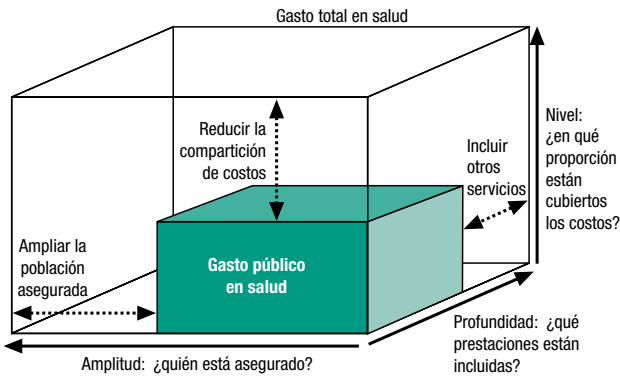
Cabe la posibilidad de que la necesidad de poner en práctica estrategias múltiples como éstas lleve a desalentar a algunos líderes de salud, que podrían considerar que la desigualdad sanitaria es un problema social en el que apenas pueden influir. Y sin embargo son ellos quienes tienen

la responsabilidad de abordar esas desigualdades. Sus decisiones normativas en el terreno de la salud determinan la tendencia de los sistemas de salud a agravar o mitigar las desigualdades sanitarias y su capacidad para movilizar al gobierno y a la sociedad civil en torno a la agenda pro equidad. Esas decisiones también son un factor esencial de la respuesta de la sociedad a las aspiraciones de mayor equidad y solidaridad que tienen los ciudadanos. La cuestión, así pues, no es si los líderes de salud pueden aplicar de manera más eficaz estrategias que fomenten una mayor equidad en la prestación de los servicios de salud, sino la manera en que deben hacerlo.

Avanzar hacia la cobertura universal

El paso fundamental que puede dar un país para promover la equidad sanitaria es avanzar hacia la cobertura universal: el acceso universal a toda la gama de servicios de salud personal y no personal que se necesitan, unido a la protección social en salud. Tanto si las disposiciones para lograr la cobertura universal se basan en los impuestos como si se organizan por medio del seguro social de enfermedad, o bien mediante una combinación de ambas soluciones, los principios son los mismos: la mancomunación de contribuciones prepagadas recaudadas sobre la base de la capacidad de pago y la utilización de esos fondos para garantizar que los servicios estén disponibles y accesibles y que se suministre asistencia de calidad a las personas que los necesitan, sin exponerlas al riesgo de gastos catastróficos^{14,15,16}. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para garantizar la salud para todos y la equidad sanitaria, visto que las desigualdades persisten en los países que cuentan con una cobertura universal o casi universal, pero sienta los fundamentos necesarios⁹.

Si bien es básica para garantizar la equidad sanitaria, la cobertura universal rara vez ha suscitado un fácil consenso social. De hecho, en los países donde se ha alcanzado o se acepta como un objetivo político, la idea ha provocado a menudo una fuerte resistencia inicial, por ejemplo por parte de las asociaciones de médicos preocupados por el impacto de los sistemas de seguro médico administrados por el gobierno en sus ingresos y condiciones laborales, o por parte de los expertos en finanzas decididos a contener el gasto público.

Figura 2.2 Tres formas de avanzar hacia la cobertura universal¹⁷

Al igual que ocurrió con otros derechos que ahora se dan por supuestos en casi todos los países de renta alta, la cobertura sanitaria universal fue una victoria de los movimientos sociales que combatieron por ella, no algo que los dirigentes políticos otorgaran de forma voluntaria. En la actualidad casi todo el mundo está de acuerdo en que el suministro de dicha cobertura forma parte simplemente del paquete de obligaciones básicas que cualquier gobierno legítimo debe cumplir con respecto a sus ciudadanos. La cobertura universal es en sí misma un logro político que contribuye a la modernización de la sociedad.

Los países industrializados, especialmente en Europa, comenzaron a implantar sistemas de protección de la salud a finales del siglo XIX, desplazándose hacia la universalidad en la segunda mitad del siglo XX. En la actualidad los países de ingresos bajos y medios tienen la oportunidad de aplicar criterios comparables. Costa Rica, México, la República de Corea, Tailandia y Turquía son algunos de los países que ya han introducido ambiciosos sistemas de cobertura universal, y están progresando en esa labor con mucha más rapidez que los países industrializados en el pasado. Otros países están sopesando opciones parecidas¹⁴. El reto técnico que plantea avanzar hacia la cobertura universal estriba en ampliar la cobertura a lo largo de tres ejes (figura 2.2).

La *amplitud de la cobertura* – es decir, la proporción de población que goza de protección social en salud – debe ampliarse progresivamente para abarcar a las personas no aseguradas, es decir, a los grupos de población que carecen de acceso a los servicios o de la protección social contra las consecuencias financieras de recurrir a la atención de salud. Esa ampliación es un proceso complejo de expansión y fusión progresivas de distintos modelos de cobertura (recuadro 2.1). Durante ese proceso hay que prestar atención a

Recuadro 2.1 Prácticas óptimas para avanzar hacia la cobertura universal

Hacer hincapié desde el principio en los sistemas de prepago. Pueden transcurrir muchos años antes de que el acceso a los servicios de salud y la protección financiera contra los costos asociados estén al alcance de todos: el Japón y el Reino Unido tardaron 36 años¹⁴. El camino puede parecer largo y desalentador, en particular para los países más pobres, donde las redes de atención sanitaria están escasamente desarrolladas, los sistemas de protección financiera se hallan en un estado embrionario y el sector de la salud depende en gran medida de fondos externos. Especialmente en estos países, sin embargo, es crucial avanzar hacia sistemas de prepago desde una etapa muy temprana y resistir la tentación de depender de las sumas pagadas por los usuarios. La implantación y el mantenimiento de mecanismos adecuados de prepago fortalecen la capacidad institucional para administrar la financiación del sistema y la ampliación de la prestación de servicios que en esos contextos normalmente no existen.

Coordinar las fuentes de financiación. Con el fin de organizar la cobertura universal, es necesario tener en cuenta todas las fuentes de financiación existentes en un país: pública, privada, externa e interna. En los países de ingresos bajos es especialmente importante que la financiación internacional se canalice a través de sistemas incipientes de prepago y mancomunación de fondos y de las instituciones correspondientes, en lugar de recurrir a la financiación de proyectos o programas. Encauzando los fondos de ese modo se persiguen dos cosas: hacer la financiación externa más estable y previsible, y ayudar a reforzar la capacidad institucional para desarrollar y ampliar la oferta, el acceso y la protección financiera de forma equilibrada.

Combinar sistemas para avanzar hacia la cobertura total. Muchos países dotados de capacidad administrativa y recursos limitados han experimentado con una gran cantidad de planes de seguro voluntarios (comunitarios, en cooperativas, basados en los empleadores y otros planes privados) como un modo de fomentar el prepago y la mancomunación en el marco de los preparativos para avanzar hacia sistemas nacionales más integrales¹⁸. Esos planes no pueden suplir la cobertura universal, pero pueden convertirse en elementos constitutivos del sistema universal¹⁸. Para conseguir la universalidad de la cobertura es preciso coordinar y combinar progresivamente esos planes en un conjunto coherente que garantice la cobertura a todos los grupos de población¹⁵ y establezca conexiones con programas de protección social más amplios¹⁹.



garantizar que haya redes de protección social para los más pobres y vulnerables hasta que ellos se beneficien también del sistema. Se puede tardar años en atender a toda la población pero, como demuestra la experiencia reciente de una serie de países de ingresos medios, es posible avanzar mucho más rápidamente que los países industrializados durante el siglo XX.

Paralelamente debe aumentarse también la *profundidad de la cobertura*, ampliando la gama de servicios esenciales requeridos para atender con eficacia las necesidades sanitarias de las personas y teniendo en cuenta la demanda y las expectativas, así como los recursos que la sociedad desea y puede asignar a la salud. Un aspecto fundamental en ese sentido es la determinación del «paquete básico» de prestaciones correspondiente, siempre y cuando el proceso se lleve a cabo adecuadamente (recuadro 2.2).

La tercera dimensión, el *nivel de cobertura*, es decir, la proporción de los gastos sanitarios afrontados mediante los mecanismos de mancomunación y prepago, también debe aumentar de modo que se reduzca la dependencia de los

pagos complementarios directos en el punto de prestación de servicios. En los años ochenta y noventa muchos países introdujeron el pago de honorarios con la idea de inyectar nuevos recursos en servicios que se hallaban en dificultades, a menudo en un contexto de reducción del papel del Estado y disminución de los recursos públicos destinados a la sanidad. En la mayoría de los casos esas medidas se emprendieron sin prever la magnitud de los daños que provocarían, y en muchos entornos tuvieron como consecuencia una disminución vertiginosa de la utilización de los servicios, sobre todo entre los grupos vulnerables²⁰, mientras que aumentó la incidencia de gastos catastróficos. Desde entonces algunos países han reconsiderado su postura y han comenzado a suprimir gradualmente el pago de honorarios y a sustituir los ingresos perdidos con fondos mancomunados (subsidios o contratos públicos, seguros o sistemas de prepago)²¹. Esto ha dado lugar a aumentos sustanciales de la utilización de los servicios, especialmente por parte de la población pobre²⁰. En Uganda, por ejemplo, tras la eliminación de los honorarios, el uso de los

Recuadro 2.2 Definición de un «paquete básico»: ¿qué hacer para no limitarse a una mera actividad teórica?

En los últimos años, muchos países de ingresos bajos y medios (55 de una muestra de 69 examinados en 2007) han pasado por procesos de definición del paquete de prestaciones que deberían estar a disposición de todos los ciudadanos. Ésta ha sido una de las estrategias principales para mejorar la eficacia de los sistemas de salud y la distribución equitativa de los recursos, y debería servir para que la fijación de prioridades, la distribución de la atención y el equilibrio entre la amplitud y la profundidad de la cobertura quedaran claramente establecidos.

En general, los intentos de racionalizar la prestación de servicios mediante la definición de paquetes no han tenido demasiado éxito²⁴. En la mayoría de los casos su alcance se ha limitado a la salud materno-infantil y a los problemas sanitarios que se consideran prioridades de la salud mundial. La falta de atención a las enfermedades crónicas y no transmisibles, por ejemplo, confirma la infravaloración de las transiciones demográficas y epidemiológicas y la nula importancia atribuida a las necesidades percibidas y a la demanda. En esos paquetes rara vez se brinda orientación acerca del reparto de tareas y responsabilidades, o sobre la definición de las características de la atención primaria, como la integralidad, la continuidad o la centralidad de la persona.

Es necesario adoptar un enfoque más complejo para que la definición de los paquetes de prestaciones cobre pertinencia. La manera elegida por Chile para especificar detalladamente los derechos a la salud de sus ciudadanos²⁵ sugiere una serie de principios de buenas prácticas.

- La labor no debe limitarse a un conjunto de prioridades definidas previamente, sino que debe tener en cuenta la demanda y también toda la gama de necesidades de salud.
- Hay que especificar qué prestaciones deben incluirse en los niveles primario y secundario.
- Debe establecerse el costo de la aplicación del paquete de prestaciones de manera que las instancias que deciden las políticas sean conscientes de lo que *no* se incluirá si la atención de salud no recibe fondos suficientes.
- Tiene que haber mecanismos institucionalizados para revisar el conjunto de prestaciones en función de la evidencia.
- Las personas deben estar informadas de los beneficios que pueden reclamar, y debe haber mecanismos de mediación cuando las reclamaciones sean rechazadas. En Chile se hizo todo lo posible para asegurar que el conjunto de prestaciones correspondiera a las expectativas de la gente, con estudios, encuestas y sistemas que permiten atender las quejas y dudas de los usuarios²⁶.

Figura 2.3 Efecto de la supresión de las sumas pagadas por los usuarios en las visitas ambulatorias en el distrito de Kisoro (Uganda): visitas ambulatorias en 1998–2002^{22,23}



servicios aumentó súbita y espectacularmente, y el incremento se mantuvo (figura 2.3)^{22,23}.

Los sistemas de prepago y mancomunación institucionalizan la solidaridad entre las personas ricas y las menos acomodadas, así como entre los sanos y los enfermos, elimina barreras que impiden la utilización de los servicios y reduce el riesgo de que la gente incurra en gastos catastróficos cuando enferma. Por último, proporciona los medios para volver a invertir en la disponibilidad, variedad y calidad de los servicios.

Desafíos en el camino hacia la cobertura universal

Toda reforma de la cobertura universal exige un compromiso entre el ritmo de avance de la cobertura y la amplitud, la profundidad y el nivel de la misma. Sin embargo, la manera en que los países elaboren sus estrategias y orienten sus reformas dependerá en gran medida del contexto nacional.

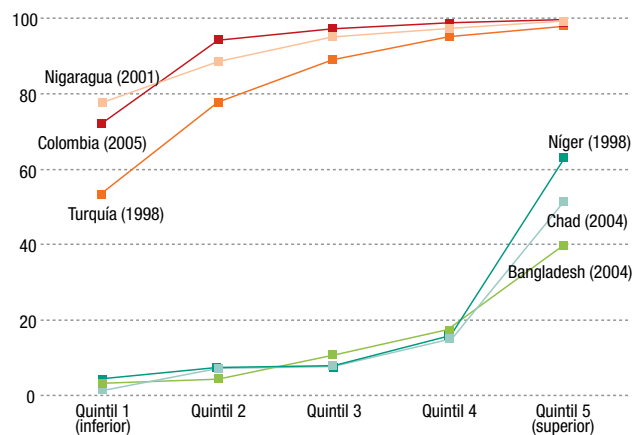
En algunos países gran parte de la población vive en zonas muy desfavorecidas en las que la infraestructura sanitaria funciona mal o simplemente no existe. En esos países con un problema generalizado de exclusión es en los que pensamos al hablar de «expansión»: zonas rurales pobres y remotas donde aún no se han desplegado redes de atención sanitaria o donde, después de años de abandono, la infraestructura sanitaria sigue existiendo sólo sobre el papel. Estas modalidades se dan en países de bajos ingresos como Bangladesh, el Chad y el Níger (figura 2.4) y son comunes en zonas en las que hay o ha habido conflictos, donde los trabajadores sanitarios se

han marchado y la infraestructura sanitaria ha quedado destruida y tiene que reconstruirse desde cero.

En otras partes del mundo el problema estriba en prestar apoyo sanitario a poblaciones muy dispersas, como sucede en los pequeños estados insulares, regiones desérticas o montañosas remotas y entre las poblaciones nómadas y, a veces, indígenas. Para garantizar el acceso a una atención de calidad en esos entornos hay que lidiar con las diseconomías de escala que implican unas poblaciones dispersas de pequeño tamaño; con limitaciones logísticas en lo relativo a la derivación de pacientes; con dificultades vinculadas a infraestructuras limitadas y a la escasa capacidad de establecer comunicaciones; y, en algunos casos, con complicaciones técnicas más específicas, como el mantenimiento de las historias clínicas en los grupos nómadas.

Un problema distinto radica en la ampliación de la cobertura en circunstancias en que las desigualdades no se derivan tanto de la falta de infraestructura sanitaria como de la peculiar organización y regulación de la atención de salud y, sobre todo, del hecho de que se financie mediante el pago de honorarios oficiales o subrepticamente. En estas situaciones la subutilización de los servicios disponibles se concentra en la población pobre y los usuarios están expuestos al riesgo de incurrir en gastos catastróficos. Estas modalidades de exclusión se dan en países como Colombia, Nicaragua y Turquía (figura 2.4) y son

Figura 2.4 Distintas modalidades de exclusión: privación masiva en algunos países, marginación de la población pobre en otros. Partos atendidos por personal con formación médica (porcentaje), por grupo de ingresos²⁷





especialmente notorias en las numerosas zonas urbanas de los países de ingresos bajos y medios, donde un sinnúmero de proveedores comerciales de atención de salud, variopintos y sin regular, cobran a los usuarios tarifas prohibitivas a cambio de unos servicios de mala calidad.

A continuación se exponen en mayor detalle varias formas de hacer frente a las situaciones descritas en este apartado.

Implantación progresiva de redes de atención primaria para subsanar la falta de servicios disponibles

En las zonas sin servicios de salud al alcance de grandes grupos de población, o donde dichos servicios son claramente insuficientes o fragmentarios, la infraestructura básica de atención sanitaria debe construirse o reconstruirse, a menudo partiendo de cero. Esas zonas se caracterizan siempre por los escasísimos recursos de que disponen y por que suelen verse afectadas por conflictos o emergencias complejas, mientras que la magnitud de la carencia de servicios adecuados, común a otros sectores, genera dificultades y problemas logísticos en el despliegue de profesionales de la salud. En esas circunstancias los encargados de la planificación sanitaria se enfrentan a un dilema estratégico fundamental: o dar prioridad a la ampliación masiva de un conjunto limitado de intervenciones para toda la población, o bien realizar un despliegue progresivo, por distritos, de sistemas de APS más integrales.

Habrán quienes defenderán, en nombre de la rapidez y la equidad, la opción de desplegar progresivamente y al mismo tiempo un número limitado de programas prioritarios para todos los habitantes de las zonas desfavorecidas. Eso permite delegar ciertas funciones en personal menos cualificado, trabajadores no especializados y voluntarios, y extender así la cobertura con rapidez. Esta forma de actuar sigue siendo un elemento esencial de las medidas que la comunidad mundial suele prescribir para las zonas rurales de los países más pobres²⁸, y en los últimos 30 años un buen número de países ha optado por esa solución. Etiopía, por ejemplo, está desplegando actualmente a 30 000 extensionistas sanitarios para ofrecer a una cantidad ingente de personas un paquete reducido de intervenciones preventivas prioritarias. Aunque el bajo nivel de

competencias técnicas suele considerarse un factor limitante²⁹, los extensionistas etíopes ya no están tan poco preparados como antes, pues actualmente se benefician de un año de capacitación tras el segundo año de universidad. Sin embargo, las limitadas aptitudes técnicas refuerzan la idea de aplicar un número limitado de intervenciones sencillas a la vez que eficaces.

La ampliación de un número limitado de intervenciones tiene la ventaja de abarcar con rapidez a toda la población y centrar los recursos en las medidas demostradamente costoeficaces. El inconveniente es que cuando las personas tienen un problema de salud desean recibir la atención médica correspondiente, se ajuste o no a las prioridades programáticas propuestas. Si se ignora demasiado este aspecto de la demanda, se propicia la aparición de vendedores irregulares de medicamentos, «inyectores» y otros proveedores, que pueden capitalizar las oportunidades comerciales derivadas de las necesidades de salud insatisfechas ofreciendo a los pacientes una alternativa atractiva, aunque a menudo esté basada en relaciones de explotación y sea nociva. En comparación con la inacción absoluta en materia de salud, la ampliación de un paquete de intervenciones, por muy limitado que sea, comporta beneficios indiscutibles, y la posibilidad de depender de personal poco cualificado hace de ésta una opción atractiva. Sin embargo, las mejoras suelen ser más difíciles de lo previsto³⁰, y en la espera se pierden tiempo y unos recursos y credibilidad preciosos que se habrían podido invertir en una infraestructura asistencial más ambiciosa pero también más sostenible y eficaz.

La alternativa es un despliegue progresivo de la atención primaria, distrito por distrito, a través de una red de centros de salud que dispongan del apoyo hospitalario necesario. Evidentemente esta respuesta incluye las intervenciones prioritarias, pero incorporándolas en un paquete de atención primaria integral. La plataforma de extensión es el centro de atención primaria: una infraestructura profesionalizada donde se organiza la interacción con la comunidad, con capacidad para resolver problemas y una expansión por módulos de las distintas actividades. La ampliación progresiva de la cobertura rural en la República Islámica del Irán constituye un excelente ejemplo de este modelo. En palabras

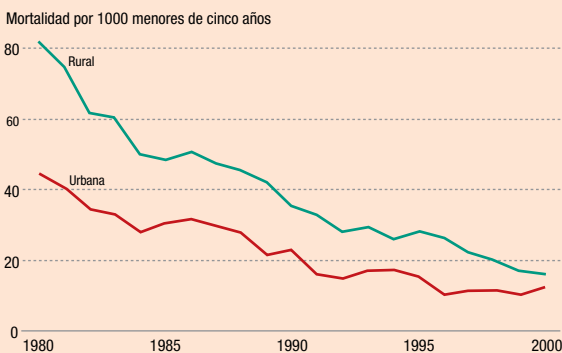
de uno de los artífices de la estrategia de APS de ese país: «Dado que era imposible poner en marcha el proyecto en todas las provincias al mismo tiempo, decidimos centrarnos cada año en una sola provincia» (recuadro 2.3).

Recuadro 2.3 Reducción de la brecha urbano-rural mediante la expansión progresiva de la cobertura de APS en las zonas rurales de la República Islámica del Irán³¹

En los años setenta las políticas del Gobierno iraní hicieron hincapié en la prevención como forma de inversión a largo plazo, la asignación de recursos a las zonas rurales y desfavorecidas, y la primacía de la atención ambulatoria respecto a la hospitalización. Se estableció una red de equipos distritales encargados de supervisar y administrar casi 2500 centros rurales sanitarios en aldeas. La plantilla de esos centros es un equipo formado por un médico, una partera, una enfermera y varios técnicos sanitarios. Cada centro supervisa de uno a cinco pequeños puntos de atención conocidos como «casas de salud». Gracias a esas 17 000 casas de salud, más del 90% de la población rural tiene acceso a atención sanitaria. En las zonas rurales remotas, el personal de las casas de salud está formado por *behvarz* (trabajadores de salud multifuncionales) que, tras ser seleccionados por la comunidad, reciben entre 12 y 18 meses de formación y luego son contratados por la Administración. Los equipos distritales imparten formación basada en la solución de problemas, así como supervisión y apoyo permanentes.

El Gobierno aplicó esta estrategia progresivamente, ampliando la cobertura de provincia en provincia. Con los años, la red de APS ha crecido y está ahora en condiciones de prestar servicios a más de 24 millones de personas en aldeas rurales y localidades pequeñas, aproximando los consultorios a los lugares donde las personas viven y trabajan, e impartiendo formación al personal sanitario auxiliar necesario para que proporcione servicios de planificación familiar, atención preventiva y atención curativa esencial para la mayoría de los problemas sanitarios. En la actualidad las tasas de utilización de los servicios rurales de salud son similares a las de las zonas urbanas. La puesta en marcha progresiva de este sistema ha contribuido a reducir las diferencias de mortalidad infantil entre las zonas urbanas y las rurales (figura 2.5).

Figura 2.5 Mortalidad de menores de cinco años en zonas rurales y urbanas, República Islámica del Irán, 1980–2000³²



Entre los factores que limitan ese despliegue progresivo de redes de atención primaria cabe destacar la falta de una categoría de personal de nivel intermedio con dotes de liderazgo que organice los distritos sanitarios y tenga la capacidad de mantener, año tras año, el esfuerzo constante requerido para lograr resultados sostenibles para toda la población. Cuando la puesta en marcha se ha llevado a cabo como una actividad meramente administrativa, los resultados han sido decepcionantes: muchos distritos sanitarios existen sólo teóricamente. Sin embargo, allí donde la impaciencia y la presión para lograr la visibilidad a corto plazo se han gestionado de manera adecuada, la combinación de la respuesta a las necesidades y la demanda y la participación de la población y las instancias principales ha permitido construir redes sólidas de atención primaria, incluso en situaciones de conflicto y posconflicto muy difíciles y faltas de recursos (recuadro 2.4).

En la práctica la distinción entre el despliegue rápido de intervenciones prioritarias y el despliegue progresivo de redes de atención primaria no suele ser tan sencilla como se acaba de describir. Sin embargo, pese a esa convergencia, la búsqueda de un compromiso entre rapidez y sostenibilidad es un verdadero dilema político³⁰. En Malí, por poner un ejemplo, se ha demostrado que, si se le permite elegir, la gente opta voluntariamente por la puesta en marcha progresiva mediante la transformación de los centros de salud comunitarios – cuya infraestructura es propiedad de la comunidad local, que también se hace cargo de contratar al personal – en la base de distritos sanitarios funcionales.

Lo realmente importante es que la preocupación por la equidad no se traduzca en la búsqueda del «mínimo común denominador»: la igualdad de acceso a un conjunto de servicios en gran medida insatisfactorios. La calidad y la sostenibilidad son importantes, de ahí la gran necesidad de armonización entre los numerosos proveedores públicos y privados sin fines de lucro y comerciales, dinámicos y de diversos tipos. El despliegue gradual de servicios de salud brinda la oportunidad de imprimir una coherencia beneficiosa a la dirección de la prestación de atención sanitaria a nivel de distrito. Ejemplos típicos y en gran escala de este enfoque en los países en desarrollo son la subcontratación de servicios distritales de salud



Recuadro 2.4 Solidez de los sistemas de salud basados en la APS: 20 años de resultados crecientes en Rutshuru (República Democrática del Congo)

Rutshuru es un distrito sanitario de la región oriental del país que dispone de una red de centros de salud, un hospital de referencia y un equipo distrital de gestión en el que la participación de la comunidad se ha fomentado año tras año mediante comités locales. En ese lapso Rutshuru se ha visto gravemente tensionado por situaciones que han puesto a prueba la solidez del sistema sanitario distrital.

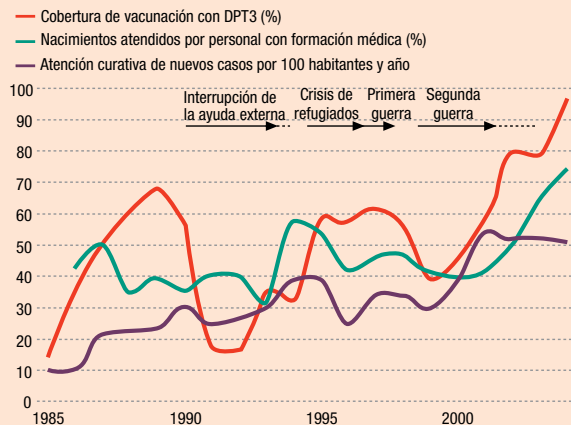
Durante los últimos 30 años, la economía del país ha sufrido un claro declive. El PIB se redujo de US\$ 300 por habitante en la década de 1980 a menos de US\$ 100 a finales de los noventa. El empobrecimiento masivo fue empeorando a medida que el Estado se retiraba del sector sanitario, y ese proceso se vio agravado por una interrupción, a principios de los años noventa, de la ayuda oficial para el desarrollo. En esa tesitura Rutshuru fue escenario de conflictos interétnicos, una afluencia masiva de refugiados y dos guerras sucesivas. Esta serie de desastres incidió gravemente en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios y en el acceso a los servicios de salud de las 200 000 personas que viven en el distrito.

Pese a todo, lejos de desmoronarse, los servicios de APS continuaron su expansión año tras año. El número de centros de salud y su actividad aumentaron (figura 2.6), y la calidad de la atención mejoró tanto en los casos agudos (la tasa de letalidad tras una operación de cesárea se redujo drásticamente del 7% a menos del 3%), como en los pacientes crónicos (al menos el 60% de las personas aquejadas de tuberculosis fueron tratadas con éxito). Con apenas 70 enfermeras y tres médicos en un momento dado,

y sumidos en la guerra y el caos, en 20 años los centros de salud y el hospital distrital atendieron más de 1 500 000 episodios de morbilidad, se vacunó a más de 100 000 lactantes, se suministró atención de partería a 70 000 mujeres y se realizaron 8000 operaciones quirúrgicas. Esto demuestra que, incluso en circunstancias catastróficas, un sistema distrital de salud sólido puede mejorar los resultados de la atención sanitaria.

Estos resultados se lograron con medios modestos. Los pagos directos ascendieron a US\$ 0,5 por habitante al año. Las organizaciones no gubernamentales subvencionaron el distrito con un promedio de US\$ 1,5 por habitante al año. La contribución del Gobierno fue prácticamente nula durante buena parte de esos 20 años. La continuidad de la labor en circunstancias extremadamente difíciles puede explicarse por el trabajo en equipo y la adopción colegiada de decisiones, los esfuerzos denodados por construir y mantener una masa crítica de recursos humanos muy motivados y el apoyo constante pero limitado de las organizaciones no gubernamentales, que aportaron un mínimo de recursos para las instalaciones de salud y dieron al equipo distrital de gestión la posibilidad de mantener los contactos con el mundo exterior.

Figura 2.6 Mejora de los resultados de la atención de salud en un contexto de desastres: Rutshuru (República Democrática del Congo), 1985–2004³²



De esta experiencia pueden extraerse tres lecciones. A largo plazo, los distritos sanitarios centrados en la APS representan un modelo de organización con la solidez suficiente para resistir a condiciones extremadamente adversas. Si se les facilita apoyo financiero y una supervisión mínimos, pueden obtenerse resultados muy significativos a la vez que se empodera y se retiene a los profesionales de la salud. Los servicios locales de salud tienen grandes posibilidades de sobrellevar las crisis³³.

en Camboya o la incorporación de «hospitales de distrito designados» de naturaleza misionera en África oriental. Sea como fuere, la necesidad de inversiones masivas y sostenidas para ampliar y mantener a largo plazo los distritos sanitarios es insoslayable, y no cabe ninguna duda de que esto representa un problema considerable en un contexto de crecimiento económico lento y estancamiento del gasto sanitario.

La ampliación de las redes de atención de salud a zonas insuficientemente atendidas depende de la iniciativa y los incentivos públicos. Una manera de acelerar la extensión de la cobertura consiste en ajustar las fórmulas de asignación presupuestaria (o las especificaciones contractuales) de modo que queden reflejados los esfuerzos extraordinarios requeridos para dar alcance a las poblaciones poco accesibles. Varios países han adoptado medidas en este sentido. En enero

de 2004, por ejemplo, la República Unida de Tanzania adoptó una fórmula revisada de asignación de fondos comunes a los distritos que incluía el tamaño de la población y la mortalidad entre los menores de cinco años como indicadores indirectos de la carga de morbilidad y el nivel de pobreza, ajustando los resultados en función de los costos diferenciales de la prestación de servicios de salud en las zonas rurales y las zonas con escasa densidad de población. De modo análogo, en las asignaciones a los distritos del presupuesto para APS en Uganda se tiene en cuenta el índice de desarrollo humano de los distritos y los niveles de financiación externa de la salud, además del tamaño de la población. Se abonan suplementos a los distritos con condiciones difíciles de seguridad o sin hospital de distrito²⁰. En Chile, los presupuestos se asignan conforme a un sistema de capitación pero, en el marco de las reformas de la APS, se han ajustado utilizando índices municipales del desarrollo humano y un factor que refleje el aislamiento de zonas subatendidas.

Superar el aislamiento de las poblaciones dispersas

Aunque el objetivo de ofrecer acceso a los servicios a poblaciones dispersas suele conllevar enormes dificultades logísticas, algunos países han afrontado el problema de manera creativa. El desarrollo de mecanismos de intercambio de experiencias y resultados innovadores ha sido sin duda un paso decisivo; un ejemplo es la iniciativa «Islas Saludables» lanzada en la reunión de ministros y líderes de salud celebrada en Yanuca (Fiji) en 1995³⁴. Esa iniciativa congrega a encargados de formular políticas sanitarias y profesionales de la salud para hacer frente a los retos de la salud y el bienestar de las poblaciones isleñas desde una perspectiva declaradamente multisectorial que hace hincapié en la expansión de la cobertura de los servicios de atención sanitaria curativa y en el fortalecimiento de las estrategias de promoción y las medidas intersectoriales que inciden en los determinantes de la salud y la equidad sanitaria.

Gracias a la iniciativa Islas Saludables y a otras experiencias relacionadas, han cobrado forma varios principios cruciales para impulsar la cobertura universal en esos entornos. El primero se refiere a la colaboración en la organización de una infraestructura que maximice las eficiencias

de escala. Es posible que una comunidad aislada no pueda sufragar insumos esenciales para expandir la cobertura, tales como infraestructura, tecnología y recursos humanos (sobre todo la capacitación del personal). Sin embargo, aunando fuerzas las comunidades pueden conseguir esos insumos a un costo razonable³⁵. Una segunda prioridad estratégica consiste en disponer de «unidades móviles» u otros dispositivos capaces de superar las distancias geográficas y los obstáculos de manera eficiente y asequible. Dependiendo de las circunstancias, este principio estratégico puede abarcar el transporte, las comunicaciones por radio y otras tecnologías de la información y las comunicaciones. Las telecomunicaciones pueden permitir al personal de primera línea de los centros de salud menos cualificados recibir en directo asesoramiento y orientación de expertos a distancia³⁶. Por último, la financiación de la asistencia sanitaria destinada a las poblaciones dispersas plantea problemas específicos, que a menudo requieren un gasto mayor por habitante en comparación con las poblaciones más concentradas. En los países donde conviven poblaciones de alta y de baja densidad, se supone que debe subvencionarse de algún modo la atención de salud de las poblaciones dispersas. Al fin y al cabo, la equidad es imposible sin solidaridad.

Ofrecer alternativas a los servicios mercantilizados no regulados

En los contextos urbanos y periurbanos los servicios de salud están físicamente al alcance de la población pobre y de otros grupos vulnerables. La presencia de múltiples proveedores de servicios de salud no significa, sin embargo, que esos grupos estén protegidos contra las enfermedades, ni que puedan obtener una atención de calidad cuando la necesiten: los más privilegiados suelen gozar de un mejor acceso a los servicios de más calidad, tanto públicos como privados, que salen ganando con facilidad en un clima de competencia *de facto* por los recursos escasos. En las zonas urbanas, y cada vez más en las rurales, de numerosos países de ingresos bajos y medios – de la India a Viet Nam, pasando por el África subsahariana –, buena parte de la atención de salud para la población pobre la suministran proveedores en pequeña escala, generalmente no regulados y a menudo sin licencia, tanto comerciales como sin



finés de lucro. A menudo éstos operan junto con servicios públicos disfuncionales y se adueñan de la inmensa mayoría del mercado de atención sanitaria, mientras se ignora por completo la agenda de extensión y prevención sanitarias. En esas circunstancias los intereses creados hacen que la promoción de la cobertura universal sea, paradójicamente, más difícil que allí donde el desafío consiste en construir las redes asistenciales partiendo de cero.

Esos contextos presentan a menudo una combinación de problemas ligados a la explotación financiera, una atención de mala calidad y poco segura, y la exclusión de los servicios necesarios^{37,38,39,40,41,42,43,44,45,46}. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha calculado que el 47% de la población de América Latina está excluida de los servicios que precisa⁴⁷. Ello puede deberse a razones generales como son la pobreza, el origen étnico o el género, o a una mala focalización de los recursos del sistema de salud. A veces no existen sistemas adecuados para proteger a las personas contra los gastos catastróficos o la explotación económica por obra de proveedores insensibles y sin escrúpulos. Otras posibles causas tienen que ver con la forma en que la gente, con razón o sin ella, concibe los servicios de salud: falta de confianza, temor a no recibir un buen trato o a ser discriminado, incertidumbre sobre el costo de la atención, o sospecha de que la atención será inabordable o tendrá efectos catastróficos en sus finanzas. Los servicios pueden ser además intempestivos, poco eficaces, escasamente sensibles a las necesidades o francamente discriminatorios, y dispensar a los pacientes más pobres un tratamiento de calidad inferior^{48,49,21}. Debido a todo ello los resultados sanitarios varían considerablemente según la clase social, incluso en los sistemas de asistencia sanitaria bien regulados y financiados.

Al abordar estas modalidades de exclusión dentro del sector de la atención sanitaria, el punto de partida consiste en crear o fortalecer redes de servicios de atención primaria accesibles y de calidad, financiadas mediante sistemas de prepago mancomunado o recursos públicos. La cuestión fundamental no es si esas redes deben ampliarse contratando a proveedores comerciales o sin fines de lucro, o bien revitalizando unos servicios públicos disfuncionales. Lo esencial es asegurar que ofrezcan una atención de calidad

aceptable. Una masa crítica de centros de atención primaria que ofrezcan un paquete básico de servicios gratuitos de calidad representa una alternativa importante a una atención comercial basada en la explotación y de calidad inferior a la norma. Por otra parte, la presión colectiva y la demanda de los consumidores pueden contribuir a crear un entorno que permita regular el sector comercial. Una participación más activa de las autoridades municipales en los sistemas de prepago y mancomunación de recursos para mejorar la oferta de una atención de calidad es probablemente una de las vías a seguir, especialmente cuando los ministerios de salud tienen un presupuesto limitado y han de extender también los servicios a zonas rurales subatendidas.

Intervenciones focalizadas como complemento de los mecanismos de cobertura universal

Desafortunadamente el aumento de la renta nacional media, una oferta creciente de proveedores de servicios de salud y la aceleración de los progresos hacia la cobertura universal no bastan para eliminar las inequidades en salud. Las diferencias en la prestación de servicios de salud debidas a los determinantes sociales de los distintos grupos de población persisten en los países de renta alta que cuentan con sistemas de servicios sociales y de atención sanitaria sólidos y universales, como Finlandia y Francia^{11,50}. Las desigualdades sanitarias se dan no sólo entre los pobres y los que no lo son, sino en todo el gradiente socioeconómico. Hay circunstancias en las que otras formas de exclusión constituyen un problema de primera magnitud; es el caso de la exclusión de los adolescentes, los grupos étnicos, los consumidores de drogas y las personas afectadas por enfermedades estigmatizadoras⁵¹. En Australia, el Canadá y Nueva Zelandia, por ejemplo, las diferencias en materia de equidad sanitaria entre las poblaciones aborígenes y las demás se han convertido en un problema político nacional^{52,53,54}. En otros entornos merecen atención las desigualdades en el acceso a la atención de salud que sufren las mujeres⁵⁵. En los Estados Unidos, por ejemplo, las disminuciones de la esperanza de vida femenina, de hasta cinco años, observadas en más de mil condados llevan a pensar en diferencias de exposición y en agrupamientos de

los riesgos para la salud, aun cuando la economía del país y el sector de la salud siguen creciendo⁵⁶. En esas sociedades las oportunidades de salud y los servicios, por diversas razones, no logran llegar, o llegan de manera insuficiente, a ciertos grupos que siguen presentando resultados sanitarios sistemáticamente inferiores a los de los grupos más favorecidos.

En consecuencia, es necesario integrar la cobertura universal en sistemas de protección social más amplios y complementarla con formas específicas de extensión diseñadas especialmente para las personas vulnerables y los grupos excluidos⁵⁷. A menudo las redes de atención de salud ya arraigadas no hacen lo posible para garantizar que todos los integrantes de su población destinataria tengan acceso a la gama de prestaciones sanitarias que necesitan, ya que para ello se requieren intervenciones adicionales, como visitas a domicilio, servicios de promoción, lenguaje especializado y facilitación cultural, consultas de tarde, etc. Lo que sí pueden hacer, sin embargo, es mitigar las consecuencias de la estratificación social y las desigualdades en la utilización de los servicios⁵⁸, así como dar la oportunidad de crear paquetes de apoyo integral para fomentar la inclusión social de las poblaciones tradicionalmente marginadas en colaboración con otros sectores gubernamentales y con las comunidades afectadas. Un ejemplo de ello es el programa Chile Solidario, un modelo de extensión para las familias aquejadas de pobreza a largo plazo (recuadro 2.5)⁵⁹. Una medida focalizada puede consistir

en conceder subsidios a las personas – no a los servicios – para que utilicen servicios de salud concretos, por ejemplo mediante vales^{60,61} para atención materna, como en la India y el Yemen, para mosquiteros, como en la República Unida de Tanzania^{62,63}, para el uso de anticonceptivos por los adolescentes⁶⁴ o para que las personas mayores que carecen de seguro, como en los Estados Unidos, tengan acceso a la atención⁶⁵. Las transferencias monetarias condicionadas, en las que el beneficiario tiene no sólo la posibilidad, sino la obligación de utilizar los servicios, es otro modelo introducido en varios países de América Latina. Una revisión sistemática de seis programas de ese tipo realizada recientemente parece indicar que esas transferencias monetarias condicionadas pueden ser eficaces para ampliar la utilización de los servicios preventivos y mejorar los resultados antropométricos y nutricionales, y en ocasiones mejoran el estado de salud⁶⁶. Sin embargo, no está tan claro su efecto global en esa última variable, ni tampoco su ventaja comparativa respecto al mantenimiento de los ingresos tradicional e incondicional, a través de prestaciones universales, el seguro social o, menos eficaz, la asistencia social condicionada al nivel de recursos.

Las medidas focalizadas no suplen el proceso que a largo plazo conduce a la cobertura universal. Pueden ser complementos útiles y necesarios, pero sin la institucionalización simultánea de los modelos de financiación y sin estructuras sistémicas de apoyo a la cobertura universal es difícil

Recuadro 2.5 La protección social como objetivo en Chile⁵⁹

El programa chileno de protección social conocido como Chile Solidario, establecido por ley, consta de tres componentes principales destinados a mejorar las condiciones de las personas que viven en situación de pobreza extrema: apoyo psicosocial directo, apoyo financiero y acceso prioritario a los programas sociales. En el componente de apoyo directo psicosocial participan las familias aquejadas de pobreza extrema, identificadas con arreglo a criterios previamente definidos, a quienes se invita a concertar un acuerdo con un trabajador social designado. Éste les presta asistencia para reforzar las capacidades individuales y familiares que les sirven para fortalecer sus vínculos con las redes sociales y tener acceso a las prestaciones sociales a que tienen derecho. Además del apoyo psicosocial, también se les brinda apoyo financiero en forma de transferencias de efectivo y pensiones, así como subsidios para sacar adelante a la familia y sufragar los gastos de agua y saneamiento. Por último, el programa de protección social también ofrece acceso preferente a los programas de enseñanza preescolar, cursos de alfabetización de adultos, programas de empleo y visitas de salud preventiva para mujeres y niños.

Este programa de protección social complementa una iniciativa multisectorial centrada en todos los niños de hasta 18 años (Chile Crece Contigo). Su objetivo es promover el desarrollo de la primera infancia mediante programas de educación preescolar, controles de salud preventiva, mejoras de las bajas parentales y mayores prestaciones por hijos a cargo. También incluye la mejora del acceso a los servicios de guardería y medidas para hacer valer el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus bebés, a fin de estimular la inserción de la mujer en el mercado laboral.



que los enfoques especiales consigan corregir las desigualdades generadas por la estratificación socioeconómica y la exclusión. Esto cobra más importancia si consideramos que la evaluación sistemática de los métodos de focalización de las prestaciones en los excluidos no es frecuente y se ve ensombrecida por el escaso número de experiencias documentadas y por la presentación sesgada de informes sobre las actividades piloto que han tenido éxito⁶⁷. Si hay algo que pueda afirmarse hoy taxativamente es que las estrategias para llegar a los excluidos tendrán que ser múltiples y contextualizadas, y que ninguna medida aislada de focalización bastará para corregir las desigualdades sanitarias de manera eficaz, especialmente si no hay una política de cobertura universal.

Mobilización en favor de la equidad sanitaria

Los sistemas de salud presentan siempre inequidades. Un mayor número de servicios y de mejor calidad gravitan en torno a las personas acomodadas, que los necesitan menos que la población pobre y marginada⁸. Las reformas en pro de la cobertura universal necesarias para avanzar hacia una mayor equidad requieren el compromiso permanente de las más altas instancias políticas de la sociedad. Hay dos mecanismos que revisten especial importancia para acelerar la adopción de medidas sobre la equidad sanitaria y mantener ese impulso a lo largo del tiempo. El primero consiste en aumentar la visibilidad de las inequidades en salud en la conciencia del público y los debates sobre las políticas: la historia de los progresos de la salud de las poblaciones está íntimamente ligada a la medición de las desigualdades en salud. En la observación de la sobremortalidad entre la clase obrera se cimentaron las reformas del «Gran Despertar Sanitario» promulgadas por la Comisión Legislativa para los Pobres del Reino Unido en la década de 1830⁶⁸. El segundo mecanismo es la creación de un espacio para la participación de la sociedad civil en la determinación de las reformas de la APS destinadas a promover la equidad sanitaria: la historia de los progresos en la cobertura universal está íntimamente asociada a la de los movimientos sociales.

Dar más relevancia a las inequidades en salud

Con el optimismo económico de los decenios de 1960 y 1970 (y la expansión del seguro social en los países industrializados), la pobreza dejó de ser una cuestión prioritaria para muchos planificadores de políticas. Tuvo que celebrarse la Conferencia de Alma-Ata para que la cuestión de la equidad volviera a la agenda política. La falta de medición y vigilancia sistemáticas para traducir esa agenda en desafíos concretos ha sido durante mucho tiempo un importante obstáculo para hacer progresar la agenda de la APS. En los últimos años se han estudiado con mayor detenimiento, las desigualdades sanitarias relacionadas con los ingresos y con otros factores. La introducción de índices de riqueza combinados ha permitido volver a analizar las encuestas demográficas y de salud desde la perspectiva de la equidad⁶⁹. De ese modo se ha generado un gran acervo de pruebas documentales sobre los diferenciales socioeconómicos en los resultados sanitarios y el acceso a la atención. Fue necesaria esa aceleración en la medición de la pobreza y las desigualdades, sobre todo a partir de mediados del decenio de 1990, para que la pobreza primero, y luego, más en general, el problema de la persistencia de las desigualdades, ocuparan un lugar central en el debate sobre las políticas sanitarias.

La medición de las inequidades sanitarias es fundamental para abordar algunos malentendidos comunes que tienen gran influencia en los debates sobre las políticas de salud^{70,71}.

- Las simples medias poblacionales son suficientes para evaluar los avances. No lo son.
- Los sistemas de salud concebidos para alcanzar el acceso universal son equitativos. Es una condición necesaria, pero no suficiente.
- En los países pobres, toda la población es pobre y enferma por igual. Todas las sociedades están estratificadas.
- Las diferencias entre distintos países suscitan mayor preocupación. Lo que más le importa a la gente son las desigualdades dentro de los países.
- Las reformas bienintencionadas para mejorar la eficiencia beneficiarán tarde o temprano a todo el mundo. A menudo tienen consecuencias negativas inesperadas en la equidad.

La medición reviste importancia por varias razones².

- Es importante entender el alcance y la naturaleza de las desigualdades sanitarias y de la exclusión en una sociedad determinada para poder compartir esa información y traducirla en objetivos de cambio.
- Es igualmente importante, por las mismas razones, identificar y comprender los determinantes de la desigualdad sanitaria, no sólo en términos generales, sino también dentro de cada contexto nacional específico. Las autoridades sanitarias deben saber en qué medida las políticas sanitarias vigentes o previstas fomentan las desigualdades, para poder corregirlas.
- Los progresos logrados gracias a las reformas concebidas para reducir las desigualdades sanitarias, es decir, los avances hacia la cobertura universal, tienen que ser objeto de seguimiento para poder orientar y corregir esas reformas a medida que se vayan aplicando.

Pese al compromiso a largo plazo demostrado por las instancias normativas para dar a la equidad sanitaria el valor que merece, la definición y medición de la misma sólo han sido posibles gracias a los avances más recientes de la ciencia de la salud pública. A menos que los sistemas de recopilación de información sanitaria recojan datos utilizando estratificadores sociales normalizados, como la situación socioeconómica, el género, el origen étnico y la zona geográfica, resulta difícil determinar y localizar las desigualdades y, si no se desvela su magnitud y naturaleza, es improbable que se aborden como es debido⁷². Los análisis, ahora ampliamente disponibles, de los datos de las encuestas demográficas y de salud por quintiles de riqueza han marcado una diferencia importante en la concienciación de las instancias normativas acerca de los problemas de equidad sanitaria en sus países. También hay ejemplos de cómo pueden fortalecerse las capacidades y habilidades nacionales para comprender y gestionar mejor los problemas de inequidad. Chile, por ejemplo, ha emprendido recientemente la integración de los sistemas de información sobre el sector sanitario con el fin de disponer de datos más completos sobre los determinantes y mejorar la capacidad de desglosar la información

por grupos socioeconómicos. Indonesia ha añadido módulos acerca de la salud a las encuestas demográficas y sobre los gastos de hogares. El fortalecimiento de la capacidad, a través de sistemas de bases de datos administrativos, para vincular la salud y los datos socioeconómicos mediante identificadores únicos (el número de seguro nacional o los códigos geográficos utilizados en los censos) es esencial para analizar la estratificación socioeconómica y proporciona información que por lo general permanece inaccesible. Sin embargo, todo ello supone algo más que un mero desafío técnico. A fin de medir los progresos de los sistemas sanitarios hacia la equidad se necesita un proceso de deliberación explícita para determinar en qué consiste una distribución equitativa de la salud, utilizando como término de comparación las deficiencias y lagunas que puedan medirse⁷³. Ese proceso se basa en el desarrollo de la colaboración institucional entre múltiples interesados para garantizar que la medición y la vigilancia se traduzcan en propuestas políticas concretas para mejorar la equidad y la solidaridad.

Más margen para la participación y el empoderamiento de la sociedad civil

Los conocimientos sobre las desigualdades sanitarias sólo pueden traducirse en propuestas políticas si existe una demanda social organizada. La demanda por parte de las comunidades que soportan la carga de las inequidades existentes y de otros grupos interesados de la sociedad civil es uno de los motores más potentes de las reformas en pos de la cobertura universal y de los esfuerzos por llegar a los marginados y excluidos.

En los últimos 30 años han aumentado enormemente las campañas populares para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones necesitadas, sobre todo en los países, pero también a nivel mundial. En la actualidad hay en todo el mundo miles de grupos, grandes y pequeños, de alcance local y mundial, que exigen la adopción de medidas para mejorar la salud, en particular entre los grupos sociales especialmente desfavorecidos y las personas aquejadas de determinados trastornos. Estos grupos, que en los días de Alma-Ata prácticamente no existían, constituyen una poderosa caja de resonancia de la acción colectiva. La movilización de grupos y comunidades para afrontar los problemas y desigualdades



relacionadas con la salud que consideran que más los afectan es un complemento necesario del enfoque más tecnocrático y verticalista consistente en evaluar las desigualdades sociales y determinar las medidas prioritarias.

Muchos de esos colectivos se han convertido en grupos de presión capaces, por ejemplo, de obtener acceso al tratamiento del VIH/SIDA, abolir los honorarios cobrados a los usuarios o promover la cobertura universal. Sin embargo, esos logros no deben ocultar la contribución que la participación directa de las comunidades afectadas y las organizaciones de la sociedad civil puede suponer para la eliminación de las fuentes de exclusión dentro de los servicios locales de salud. Uno de los muchos ejemplos posibles es el «marco imparcial» aplicado en Costa Rica, que se ha utilizado con éxito para fomentar el diálogo, tanto con los miembros de las comunidades vulnerables como entre ellos, desvelando las prácticas locales de exclusión y los obstáculos al acceso, de los que los

proveedores no se percatan fácilmente, e impulsando medidas para abordar las causas de la mala salud. Los resultados concretos, tales como la reorganización de un hospital de maternidad en torno a las necesidades y expectativas de la población, pueden trascender la dimensión local, como sucedió en Costa Rica cuando la reorganización local sirvió de modelo para una iniciativa de alcance nacional⁷⁴.

Sin embargo, no es poco lo que el propio sistema sanitario puede hacer para mitigar los efectos de las inequidades sociales y promover un acceso más justo a los servicios de salud a nivel local. La participación social en las intervenciones de salud se convierte en una realidad a nivel local y, a veces, es allí donde las actividades intersectoriales influyen más eficazmente en los factores materiales y sociales que conforman las perspectivas de salud de la gente, ampliando o reduciendo las brechas de equidad sanitaria. Un ejemplo de ello son las «zonas de intervención sanitaria» del

Recuadro 2.6 Políticas sociales en Gante (Bélgica): apoyo de las autoridades locales a la colaboración intersectorial entre las organizaciones de salud y de bienestar social⁷⁶

En 2004 la administración regional de Flandes, en Bélgica, institucionalizó por decreto la participación directa de los interesados locales y los ciudadanos en la colaboración intersectorial en materia de derechos sociales. La medida se está aplicando hoy en los centros urbanos y pueblos de la región. En una de esas ciudades, Gante, unos 450 agentes locales de los sectores de la salud y el bienestar se han agrupado en 11 foros temáticos: ayuda jurídica, apoyo y seguridad de menores, servicios para jóvenes y adolescentes; atención infantil; minorías culturales étnicas; personas discapacitadas; ancianos, vivienda, trabajo y empleo; personas que viven con «ingresos críticos»; y salud.

Las autoridades locales facilitan y apoyan la colaboración de las diversas organizaciones y sectores, por ejemplo, a través de la recopilación y control de datos, la información y las comunicaciones, el acceso a los servicios y las intervenciones de fomento de la proactividad de los servicios. También se encargan de crear redes entre todos los sectores con miras a mejorar la coordinación. Captan las señales, los estrangulamientos y las propuestas y planes, y se encargan de canalizarlos, según proceda, a la provincia, región, estado federal o la Unión Europea para su traducción en decisiones políticas y leyes.

Un comité directivo rinde cuentas directamente al consejo municipal y consolida la labor de los 11 foros. El apoyo de la administración y un grupo de trabajo permanente son fundamentales para la sostenibilidad y la calidad del trabajo de los diferentes grupos. La participación de todos los interesados es especialmente destacada en el foro de salud: hospitales locales, médicos generalistas, servicios de atención primaria, farmacéuticos, servicios de salud mental, grupos de autoayuda, atención domiciliaria, organismos de promoción de la salud, instituciones académicas, atención psiquiátrica a domicilio y centros de salud comunitarios.

Esta compleja red de colaboradores está dando resultados. La coordinación intersectorial imprime eficiencia a las políticas sociales locales. De cara al periodo 2008-2013 se han determinado cuatro temas prioritarios mediante un proceso concebido desde la base: desarrollo sostenible de la vivienda, acceso a la atención de salud, reducción de los requisitos mínimos para obtener prestaciones sociales y optimización del crecimiento y el desarrollo. El plan de acción anual traduce en términos operativos esa política a través de proyectos de mejora en esferas como el acceso financiero a la atención de salud, el apoyo a la educación, la atención a las personas sin hogar y la atención infantil asequible y flexible. Entre las realizaciones concretas figura la creación de las «casas sociales» de Gante, una red de puntos de acceso a servicios, situados en los diferentes barrios de la ciudad, donde la prestación de atención primaria se centra en especial en los grupos de población más vulnerables. Las organizaciones participantes informan de que la creación de foros sectoriales, unida a la organización de relaciones de cooperación intersectorial, ha mejorado de forma significativa la manera de abordar los determinantes sociales de la salud en la ciudad.

Reino Unido, que eran entidades asociativas cuya misión consistía en mejorar el bienestar de los grupos desfavorecidos. Otro ejemplo es el trabajo realizado por el ayuntamiento de Barcelona, en España, donde un conjunto de intervenciones que incluían reformas de la atención primaria redundó en mejoras sanitarias para una serie de grupos desfavorecidos, lo que demuestra que las administraciones locales pueden contribuir a reducir las inequidades en salud⁷⁵.

Las intervenciones locales también pueden representar el punto de partida de cambios

estructurales más amplios, si sirven para dar forma a las decisiones políticas y la legislación pertinentes (recuadro 2.6). A este respecto, los servicios locales de salud desempeñan un papel crucial ya que es ése el nivel en el que confluyen la cobertura universal y las reformas de la prestación de servicios. La atención primaria es la forma de organizar la prestación de atención sanitaria de modo que se oriente no sólo a mejorar la equidad sanitaria, sino también a satisfacer las otras necesidades y expectativas básicas de la población.

Referencias

- Houston S. Matt Anderson's 1939 health plan: how effective and how economical? *Saskatchewan History*, 2005, 57:4-14
- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26:972-983.
- A conceptual framework for action on the social determinants of health; discussion paper for the Commission on Social Determinants for Health. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf, consultado el 19 de julio de 2008)
- 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).
- Adler N, Stewart J. *Reaching for a healthier life. Facts on socioeconomic status and health in the US*. Chicago, JD and CT MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health, 2007.
- Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540-546.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405-412.
- Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273-1280.
- Gilson L, McIntyre D. Post-apartheid challenges: household access and use of care. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:673-691.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
- Mackenbach JP et al. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
- Report No. 20 (2006-2007): *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, consultado el 19 de julio de 2008).
- Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parés B, ed. *Inequality in health – a Swedish perspective*. Stockholm, Swedish Council for Social Research, 1998.
- International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH and World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries, experiences, lessons learnt and recommendations. International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5-7 December 2005*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2007 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, consultado el 19 de julio de 2008).
- Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, Department of Health Systems Financing, 2005(Technical Briefs for Policy Makers No. 1).
- Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
- Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 2005, 10:799-811.
- Jacobs B et al. Bridging community-based health insurance and social protection for health care – a step in the direction of universal coverage? *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:140-143.
- Reclaiming the resources for health. A regional analysis of equity in health in East and Southern Africa*. Kampala, Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2007.
- Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:273-285.
- Ke X et al. *The elimination of user fees in Uganda: impact on utilization and catastrophic health expenditures*. Geneva, World Health Organization, Department of Health System Financing, Evidence, Information and Policy Cluster, 2005 (Discussion Paper No. 4).
- Hutton G. *Charting the path to the World Bank's «No blanket policy on user fees»*. A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future. London, Department for International Development (DFID) Health Resource Systems Resource Centre, 2004 (http://www.dfidhealth.org/publications/health_sector_financing/04hut01.pdf, consultado el 19 de julio de 2008).
- Tarimo E. *Essential health service packages: uses, abuse and future directions. Current concerns*. Geneva, World Health Organization, 1997 (ARA Paper No. 15; WHO/ARA/CC/97.7).
- República de Chile. *Ley 19.966. Proyecto de ley: título I del régimen general de garantías en salud*. Santiago, Ministerio de Salud, 2008 (<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/guiasges/leyauge.pdf>, consultado el 19 de julio de 2008).
- Moccerro D. *Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (Economics Department Working Papers No. 606).
- Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries. An overview*. Washington DC, The World Bank, Human Development Network, Health, Population and Nutrition, and Population Family, 2007 (POPLINE Document Number: 324740).
- Conway MD, Gupta S, Khajavi K. Addressing Africa's health workforce crisis. *The McKinsey Quarterly*, November 2007.
- 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.
- Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. La Réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 1999, 12:1-132.
- Abolhassani F. *Primary health care in the Islamic Republic of Iran*. Teheran, Teheran University of Medical Sciences, Health Network Development Centre (inédito).



32. Naghavi M. *Demographic and health surveys in Iran*, 2008 (comunicación personal).
33. Porignon D et al. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:559-565.
34. Gauden GI, Powis B, Tamplin SA. Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:169-178.
35. *Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
36. Bossyns P et al. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger. *Tropical Medicine & International Health*, 2005, 10:879-887.
37. Tibandebage P, Mackintosh M. The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania. *Social Science and Medicine*, 2005,61:1385-1395.
38. Segall, M et al. *Health care seeking by the poor in transitional economies: the case of Vietnam*. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Research Reports No. 43).
39. Baru RV. *Private health care in India: social characteristics and trends*. New Delhi, Sage Publications, 1998.
40. Tu NTH, Huong NTL, Diep NB. *Globalisation and its effects on health care and occupational health in Viet Nam*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2003 (<http://www.unrisd.org>, consultado el 19 de julio de 2008).
41. Narayana K. The role of the state in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India. In: Sen K, ed. *Restructuring health services: changing contexts and comparative perspectives*. London and New Jersey, Zed Books, 2003.
42. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries. Serving the public interest?* London and New Jersey, Zed Books, 1997.
43. Ogunbekun I, Ogunbekun A, Orobaton N. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14:174-181.
44. Mills A, Bennett S, Russell S. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2001.
45. *The unbearable cost of illness: poverty, ill health and access to healthcare – evidence from Lindi Rural District, Tanzania*. London, Save the Children, 2001.
46. Ferrinho P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Is there a case for privatising reproductive health? Patchy evidence and much wishful thinking. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 2001, 17:343-370.
47. Pan American Health Organization and Swedish International Development Agency. *Exclusion in health in Latin America and the Caribbean*. Washington DC, PanAmerican Health Organization, 2003 (Extension of Social Protection in Health Series No. 1).
48. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P, eds. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
49. Schellenberg JA et al. *Inequalities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania*. Ifakara, Ifakara Health Research and Development Centre, 2002.
50. Oliver A, ed. *Health care priority setting: implications for health inequalities. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network*. London, The Nuffield Trust, 2003.
51. *Overcoming obstacles to health: report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*. Princeton NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
52. Franks A. *Self-determination background paper. Aboriginal health promotion project*. Lismore NSW, Northern Rivers Area Health Service, Division of Population Health, Health Promotion Unit, 2001 (<http://www.ncahs.nsw.gov.au/docs/echidna/ABpaper.pdf>, consultado el 19 de julio de 2008).
53. *Gathering strength – Canada's Aboriginal action plan: a progress report*. Ottawa, Ministry of Indian Affairs and Northern Development, 2000.
54. King A, Turia T. *He korowai orange – Maori Health Strategy*. Wellington, Ministry of Health of New Zealand, 2002.
55. Cecile MT et al. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707-720.
56. Murray C, Kulkarni S, Ezzati M. Eight Americas: new perspectives on U.S. health disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:4-10.
57. Paterson I, Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
58. Doblin L, Leake BD. Ambulatory health services provided to low-income and homeless adult patients in a major community health center. *Journal of General Internal Medicine*, 1996 11:156-162.
59. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity. Chilean case study prepared for the CSDH*. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
60. Emanuel EJ, Fuchs VR. Health care vouchers – a proposal for universal coverage. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:1255-1260.
61. Morris S et al. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *Lancet*, 2004, 364:2030-2037.
62. Armstrong JRM et al. KINET: a social marketing programme of treated nets and net treatment for malaria control in Tanzania, with evaluation of child health and long-term survival. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93:225-231.
63. Adiel K et al. Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher system in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:163-171.
64. Kirby D, Waszak C, Ziegler J. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 1991, 23:6-16.
65. Meng H et al. Effect of a consumer-directed voucher and a disease-management health-promotion nurse intervention on home care use. *The Gerontologist*, 2005, 45:167-176.
66. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1900-1910.
67. Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck A, eds. *Reaching the poor with health, nutrition and population services. What works, what doesn't and why*. Washington DC, The World Bank, 2005.
68. Sretzer, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline, c.1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. *Society for the Social History of Medicine*, 1988, 1:1-41.
69. Gwatkin DR. 10 best resources on ... health equity. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:348-351.
70. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy*, 2002, 62:117-129.
71. Whitehead M et al. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 1997, 315:1006-1009.
72. Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:597-603.
73. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap. *Lancet*, 2001, 358:833-836.
74. Burke MA, Eichler M. The BIAS FREE framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva, Global Forum for Health Research, 2006 (http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/010_BIAS%20FREE.php, consultado el 19 de julio de 2008).
75. Benach J, Borell C, Daponte A. Spain. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
76. Balthazar T, Versnick G. *Lokaal sociaal beleidsplan, Gent. Strategisch meerjarenplan 2008-2013*. Gent, Lokaal Sociaal Beleid, 2008 (<http://www.lokaalsociaalbeleid.gent.be/documenten/publicaties%20LSB-Gent/LSB-plan%20Gent.pdf>, consultado el 23 de julio de 2008).