



Liderazgo y gobierno eficaz



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

Capítulo 5

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

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

Mediación en el contrato social para la salud

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

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

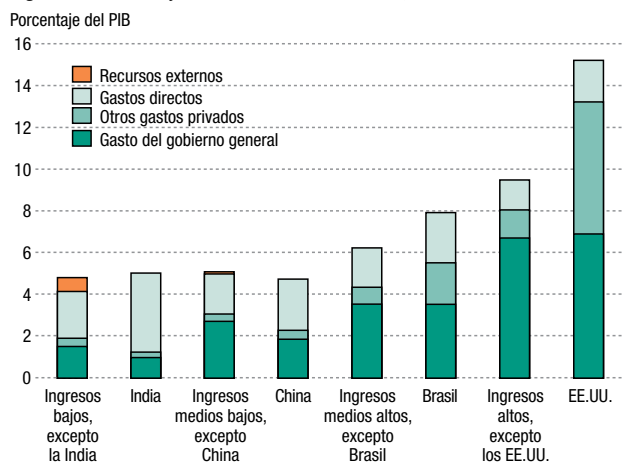
La legitimidad de la intervención estatal no se funda únicamente en consideraciones sociales y políticas. Hay también actores económicos clave (los fabricantes de equipos médicos, la industria farmacéutica y los profesionales) interesados en

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

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

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

Figura 5.1 Porcentaje del PIB destinado a la salud, 2005⁴



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

La desvinculación del Estado y sus consecuencias

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

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

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

En otros lugares, pero más espectacularmente en los países de ingresos bajos y los Estados frágiles, la ausencia o la retirada del Estado de las responsabilidades en materia de salud es reflejo de un contexto más general de estancamiento económico, crisis política y social, y mala gobernanza¹⁹. En tales condiciones el liderazgo público se ha vuelto a menudo disfuncional y desinstitutionalizado²⁰, debilidad que se ve agravada por la falta de cobertura financiera para marcar el rumbo del sector sanitario. Con frecuencia, las políticas mundiales de desarrollo han aumentado las dificultades a las que se enfrentan los gobiernos a la hora de asumir sus responsabilidades, y ello por al menos dos razones:

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

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

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

Recuadro 5.1 Evolución de la intervención estatal en China

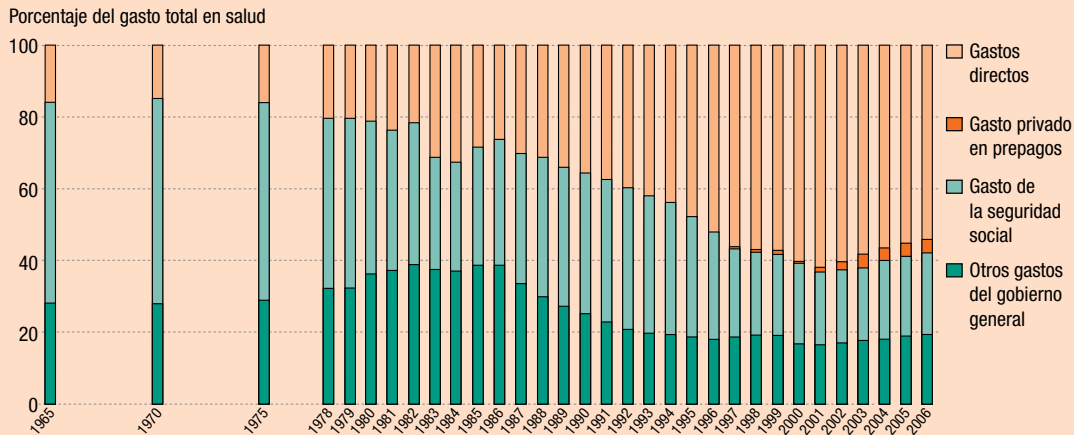
Durante los años ochenta y noventa, la retirada parcial del Estado del sector sanitario expuso a un número creciente de hogares chinos a gastos catastróficos para costear la atención de salud. Como consecuencia de ello, millones de familias, tanto de zonas rurales como urbanas, se vieron incapaces de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

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

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

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

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



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

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

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

Participación y negociación

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

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

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

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

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

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

Diálogo eficaz sobre políticas

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

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

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

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

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

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

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

Sistemas de información para fortalecer el diálogo sobre políticas

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

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

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

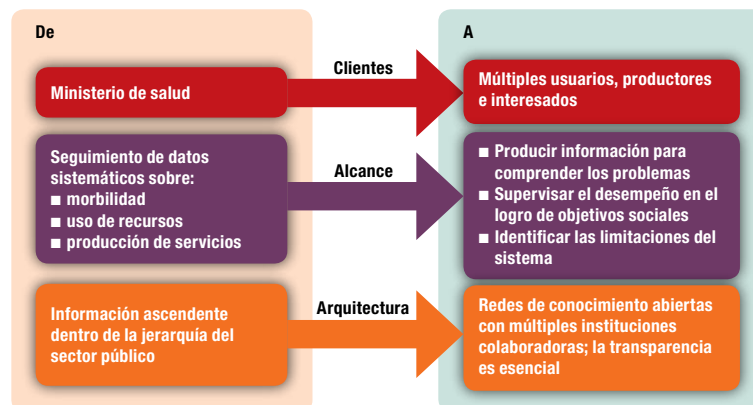
Los datos sistemáticos de los sistemas de información sanitaria tradicionales no responden a la creciente demanda de información relacionada con la salud por parte de interesados muy diversos. Los ciudadanos necesitan un acceso más fácil a sus propias historias clínicas, las cuales deberían informarles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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fortalecimiento del diálogo sobre políticas con innovaciones originadas sobre el terreno

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

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

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

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

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



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

Establecimiento de una masa crítica de recursos para el cambio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

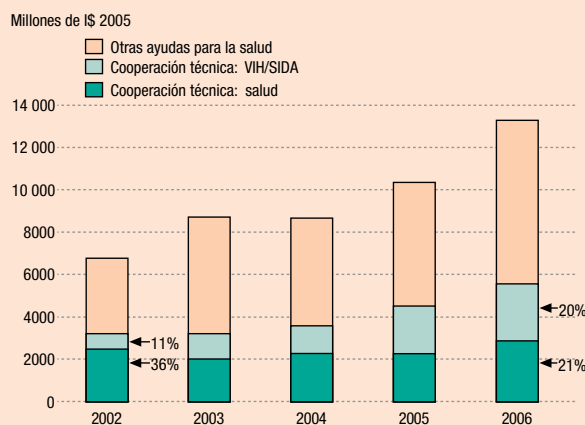
- A menudo subestiman la complejidad de los problemas que se supone que han de abordar⁶².
- Es frecuente que, para su aplicación, se funden en competencias técnicas internacionales, lo que echa por tierra uno de sus principales propósitos, que es dotar a los países de los modos y medios para hacer frente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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

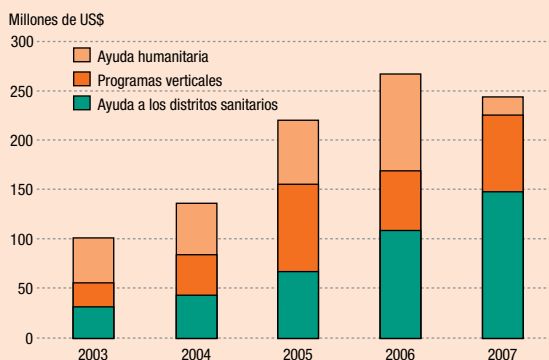
La aprobación formal del plan nacional por parte de los donantes y la sociedad civil constituyó una sólida prueba política del éxito de esta nueva forma de trabajar. La estrategia de fortalecimiento del sistema nacional de salud pasó a ser el componente sanitario de la estrategia nacional de reducción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

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

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

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

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



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

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

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

Referencias

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

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

