



El camino hacia el futuro



Las realidades sociales, económicas y sanitarias radicalmente diferentes a que se enfrentan los países deben informar el camino que ha de seguir la atención primaria de salud. En el presente capítulo se examinan las implicaciones de la manera de llevar a la práctica las reformas de la cobertura universal, la atención primaria, las políticas públicas y el liderazgo. Se explica además que los sistemas de salud en expansión ofrecen oportunidades para la reforma de la atención primaria en prácticamente todos los países. A pesar de la necesidad de tener presente la especificidad de cada contexto, las reformas tienen elementos transversales, comunes a todos los países, y valiosos por tanto a nivel mundial para extraer enseñanzas y comprender cómo impulsar las reformas en pro de la APS de forma más sistemática en todas partes.

Capítulo 6

Adaptar las reformas al contexto de cada país	104
Economías sanitarias de gasto elevado	105
Economías sanitarias de crecimiento rápido	108
Economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo	109
Mobilizar los factores de impulso de las reformas	112

Adaptar las reformas al contexto de cada país

Aunque no se le ha dado la debida importancia, el movimiento en pro de la APS ha sido decisivo para que se reconociera el valor social de los sistemas de salud, una idea ya arraigada hoy día en la mayoría de los países del mundo. Este cambio de perspectiva ha cambiado radicalmente el panorama de la política sanitaria.

Los sistemas sanitarios actuales son un mosaico de componentes, muchos de los cuales probablemente estén muy alejados de los objetivos fijados hace 30 años. Esos mismos sistemas de salud están convergiendo entre sí. Arrastrados por las presiones demográficas, financieras y sociales de la modernización, cada vez comparan en mayor medida los fines de la mejora de la equidad en salud, la atención centrada en las personas y la mejora de la protección de la salud de sus poblaciones.

Sin embargo, ello no significa que los sistemas sanitarios de todo el mundo vayan a cambiar de un día para otro. La reorientación de un sistema de salud es un proceso a largo plazo, aunque sólo sea por el prolongado periodo que requiere la reestructuración de la fuerza de trabajo¹ y por la enorme inercia provocada por unos incentivos financieros mal adaptados y unos sistemas de pago inadecuados². Sabiendo que existen fuerzas contrapuestas e intereses creados que alejan a los sistemas de salud de los valores de la APS, la reforma exige una visión clara del futuro. Muchos países ya lo han comprendido así y están elaborando su concepción estratégica de las políticas públicas para la salud con una perspectiva a 10 o 20 años.

Esas concepciones estratégicas a menudo se arrojan de términos técnicos y son sumamente vulnerables a los ciclos electorales. Sin embargo, están también cada vez más impulsadas por lo que la población espera de sus autoridades sanitarias: que velen por su salud y mejoren el acceso a la atención, que la protejan contra los gastos catastróficos y la explotación financiera, y que garanticen una distribución equitativa de los recursos^{3, 4}. Como se muestra a lo largo de todo este informe, la presión que se deriva de esas expectativas basadas en valores, si se utiliza resueltamente, puede garantizar que la visión no

se deforme y que no sea absorbida por intereses creados inmediatos o por cambios del liderazgo político.

La protección así ofrecida se ve muy reforzada si las medidas se aplican tempranamente. La posibilidad de emprender los cambios de inmediato está al alcance de casi todos los países: el crecimiento del sector sanitario proporciona la palanca financiera necesaria para hacerlo, y la globalización está ofreciendo algunas oportunidades sin precedentes para aprovechar la fuerza de esa palanca.

Esto no reduce en modo alguno la necesidad de reconocer los muy dispares contextos en que se encuentran los países hoy en día: la naturaleza de los retos sanitarios a que se enfrentan y su realidad socioeconómica global, y el grado de adaptación a las dificultades, el nivel de desarrollo y la velocidad a la que se expanden sus sistemas de salud.

Las posibilidades de cambio dependen en gran medida de la afluencia de nuevos recursos hacia el sector sanitario. El gasto en salud está creciendo en todo el mundo: entre 1995 y 2005 prácticamente se duplicó, pasando de I\$ 2,6 a I\$ 5,1 billones. El ritmo de crecimiento se está acelerando; entre 2000 y 2005, la cantidad total gastada en salud en el mundo aumentó de media cada año en I\$ 330 000 millones, frente a una media de I\$ 197 000 millones anuales en los cinco años anteriores. El gasto en salud está creciendo más que el PIB y que la población. El resultado neto es que, salvo algunas excepciones, el gasto sanitario por habitante presenta una tasa de crecimiento superior al 5% anual en todo el mundo.

Esta tendencia común del crecimiento del gasto sanitario enmascara una diferencia superior a 300 veces entre unos países y otros en el gasto per cápita, que va desde menos de I\$ 20 por habitante hasta bastante más de I\$ 6000. Esas disparidades estratifican a los países en tres categorías: economías sanitarias de gasto elevado, economías sanitarias de rápido crecimiento, y economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo.

No es sorprendente que las economías sanitarias de gasto elevado sean las de los países de ingresos altos, donde viven cerca de mil millones de personas. En 2005 esos países gastaron en salud una media de I\$ 3752 per cápita, lo que

supone I\$ 1563 más que en 1995, es decir, una tasa de crecimiento del 5,5% anual.

En el otro extremo se encuentra un grupo de economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo: los países de ingresos bajos de África y Asia meridional y sudoriental, junto con los Estados frágiles. Esos países, que en total suman 2600 millones de habitantes, gastaron apenas I\$ 103 por habitante en salud en 2005, frente a I\$ 58 en 1995. En cifras relativas, han visto crecer su gasto sanitario per cápita a un ritmo similar al de los países con elevado gasto sanitario: un 5,8% anual desde 1995; en cifras absolutas, en cambio, el crecimiento ha sido muy decepcionante.

Entre esos dos grupos se encuentran los otros países de ingresos bajos y medios, los que tienen economías sanitarias de crecimiento rápido. Los 2900 millones de habitantes con que cuentan esos países gastaron en 2005 una media de I\$ 413 por habitante, más del doble de los I\$ 189 invertidos en 1995. El gasto sanitario en esos países ha estado creciendo a un ritmo del 8,1% anual.

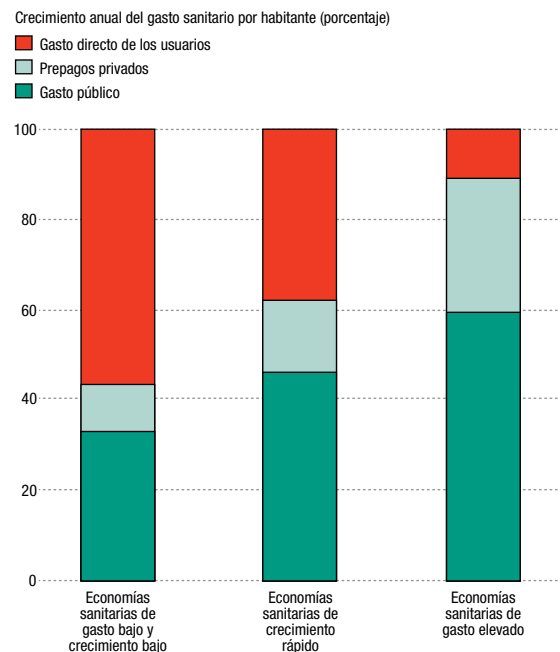
Esos grupos de países no sólo difieren en cuanto al ritmo y la magnitud del crecimiento de su gasto sanitario. Si se desglosan las cifras atendiendo a la fuente del crecimiento, se observan pautas radicalmente diferentes (figura 6.1). En las economías sanitarias de bajo gasto y bajo crecimiento, la mayor parte del crecimiento corresponde a los pagos directos por el usuario, mientras que en las economías sanitarias de crecimiento rápido y en las de gasto elevado dominan el gasto público y los mecanismos de prepago. Cuando el crecimiento del gasto sanitario se debe sobre todo a estos últimos mecanismos hay más oportunidades de apoyar las reformas de la atención primaria: los fondos mancomunados son más fáciles de reasignar a intervenciones muy rentables sanitariamente que los pagos directos de los usuarios. A la inversa, los países donde el crecimiento se debe primordialmente a esos pagos directos cuentan con menos recursos financieros para apoyar las reformas de la APS. Resulta alarmante que los países con menor gasto y mayor carga de morbilidad sean precisamente aquellos en los que verdaderamente faltan oportunidades para aprovechar el crecimiento del sector sanitario en favor de las reformas de la APS.

En las secciones que siguen se analizan varios contextos generales determinantes para articular las respuestas de reforma de la APS.

Economías sanitarias de gasto elevado

Este grupo de países financia prácticamente el 90% del crecimiento de su gasto sanitario (I\$ 200 más por habitante al año en los últimos años) aumentando los fondos públicos y los fondos de prepago privados. La expansión o el cambio de la oferta de servicios en esos países se ven menos limitados por factores financieros que por la falta relativa de recursos humanos para atender una demanda cambiante y creciente. Sus sistemas de salud se han desarrollado en torno a un sector de atención terciaria sólido y prestigioso que reviste gran importancia para las grandes empresas farmacéuticas y de suministros médicos². Los pagos directos por el usuario no dejan de ser importantes, pues representan el 15% del gasto total, pero han sido superados con creces por medidas de financiación colectiva más progresistas. Las instituciones de pago por terceros han pasado a tener un papel de primer orden, al tiempo que se va desvaneciendo la autonomía de que hace mucho tiempo llevaban disfrutando los profesionales sanitarios. Los esfuerzos por controlar los costos y mejorar la calidad y el acceso de los

Figura 6.1 Contribución del gasto del gobierno general, los prepagos privados y los pagos directos al crecimiento anual del gasto total en salud por habitante, porcentaje, medias ponderadas⁵



grupos desfavorecidos han generado un debate público cada vez más extendido en el que los usuarios y grupos de intereses especiales ejercen una influencia creciente. Con todo, el peso del Estado en el sector sanitario de esos países es más importante que nunca, y los instrumentos e instituciones de regulación son cada día más complejos.

Aunque preocupa su sostenibilidad a largo plazo, los mecanismos de solidaridad que financian estos sistemas de salud gozan de un considerable consenso social. Se mantiene la tendencia ya antigua hacia la extensión de la cobertura a todos los ciudadanos y, a menudo de forma reacia, también a los residentes no ciudadanos. En el estado de Massachusetts (EE.UU.), por ejemplo, la ley de seguro médico de 2006 pretende alcanzar una cobertura del 99% antes de 2010. Al mismo tiempo, cada vez está más claro que los sistemas de cobertura universal deben complementarse con actividades encaminadas a *i*) reconocer a los excluidos y crear programas específicamente adaptados para incluirlos, y *ii*) abordar los determinantes sociales de las desigualdades en salud mediante iniciativas de política que afecten a un gran número de sectores (recuadro 6.1), con el fin de traducir en avances concretos el compromiso político con la equidad en materia de salud.

En muchos de esos países, el centro de gravedad ya ha empezado a desplazarse desde la atención terciaria y especializada hacia la atención primaria. La mejora de la información y los avances tecnológicos están generando nuevas oportunidades – y también un mercado – para transferir gran parte de la atención tradicionalmente basada en el hospital a servicios locales atendidos por personal de atención primaria, o incluso a los propios pacientes. Esto está propiciando una nueva percepción de la forma en que deberían funcionar los servicios de salud, y supone un respaldo para la atención primaria, incluidas la autoasistencia y la atención domiciliaria. El movimiento en esa dirección, no obstante, se ve frenado por la inercia que se deriva de las amenazas de reducción de plantillas y desmantelamiento de enormes establecimientos de atención terciaria, así como por la demanda inducida por la ilusión de que la tecnología permite extender la vida de forma ilimitada⁷. No cabe duda de que la innovación tecnológica es un motor de mejoras, y las tendencias actuales

muestran que ese factor está ampliando la gama de servicios que prestan los equipos de atención primaria. Pero la innovación tecnológica también puede favorecer la exclusión y la ineficiencia. Las marcadas diferencias entre países en cuanto a la difusión de tecnologías médicas no se deben a evaluación racional alguna, sino a los incentivos ofrecidos a los proveedores para que las adopten y a la capacidad de controlar esa adopción².

Recuadro 6.1 La estrategia nacional de Noruega para reducir las desigualdades sociales en salud⁶

La estrategia de Noruega para reducir las desigualdades en salud sirve como ejemplo de que no existe una solución única para ese espinoso problema. Noruega ha reconocido un gran número de determinantes que influyen en la salud de los individuos: los ingresos, el apoyo social, la educación, el empleo, el desarrollo durante la primera infancia, los entornos saludables y el acceso a los servicios de salud. Estos determinantes, complejos e interrelacionados, no están distribuidos por igual en la sociedad, de modo que no es sorprendente que provoquen desigualdades en materia de salud.

La estrategia noruega pretende abordar las causas básicas de la falta de salud y las desigualdades sanitarias influyendo en los determinantes de la salud subyacentes y modificando la distribución de esos determinantes para que sea más equitativa desde el principio. La estrategia se centra en lo siguiente:

- reducir las desigualdades sociales;
- reducir las desigualdades en los comportamientos relacionados con la salud y el acceso a los servicios de salud;
- iniciativas con fines concretos para mejorar la inclusión social;
- instrumentos intersectoriales para promover un enfoque de la salud que implique a todo el gobierno.

El resultado es la confluencia de una serie de intervenciones que permiten afrontar eficazmente las inequidades y que pueden aplicarse tanto dentro de los sistemas de salud como mediante la cooperación con otros sectores. Por ejemplo, los sistemas de salud son capaces de establecer programas para el desarrollo en la primera infancia así como políticas que reduzcan las barreras financieras, geográficas y sociales a los servicios de salud para los más necesitados de atención. La colaboración con otros sectores, como los de trabajo y finanzas, puede generar oportunidades laborales y crear sistemas fiscales que alienten una distribución y redistribución más equitativas de la riqueza, lo que puede tener gran impacto en la salud de la población. Además de la cobertura universal, las intervenciones de inclusión social encaminadas a proporcionar mejores condiciones de vida a los menos favorecidos también son fundamentales para reducir las diferencias entre los más afortunados y los menos afortunados de la sociedad.



Hay dos razones que explican los cambios observados en el entorno en que todo eso sucede.

- Las críticas del público respecto a la gestión de las tecnologías han seguido aumentando por razones relacionadas con la confianza, el precio, la exclusión o las necesidades no atendidas.
- La regulación depende cada vez más de instituciones supranacionales. El sistema normativo de la Unión Europea, por ejemplo, tiene un papel cada día mayor en la armonización de los requisitos técnicos para el registro de nuevos medicamentos o la autorización de productos, lo que brinda la posibilidad, entre otras cosas, de apoyar con más eficacia disposiciones legales que alienten la sustitución de productos farmacéuticos por genéricos en el sector privado⁸. Esos mecanismos brindan oportunidades para aumentar la seguridad y el acceso, y crear así un entorno que favorezca las reformas nacionales de la atención primaria.

Todo esto ocurre en un momento en que peligra la oferta de profesionales dispuestos a dedicarse a la atención primaria y preparados para ello. En Europa, por ejemplo, la población de médicos generalistas está envejeciendo rápidamente, y los nuevos médicos se inclinan hoy más por carreras a tiempo parcial o de baja intensidad¹. Existen presiones para asignar un papel más importante a los médicos de familia en la atención primaria⁹. A largo plazo, no obstante, habrá que adoptar un enfoque más pluralista, con equipos formados por profesionales de distintas especialidades y con los instrumentos necesarios para garantizar la coordinación y continuidad de la atención. Para ello habrá que disponer de un cuadro de profesionales sanitarios diferente, más variado y más flexible. La sostenibilidad de las reformas de la atención primaria en la categoría de los países de gasto sanitario elevado es dudosa a menos que *i*) se produzca un cambio de paradigma en la capacitación del personal sanitario, y *ii*) se pongan en marcha los necesarios incentivos de carrera, sociales y financieros para que los profesionales de la salud se decanten por lo que hasta ahora han sido alternativas de carrera menos prestigiosas y remuneradoras.

Gracias a la creciente sensibilización respecto a las amenazas sanitarias mundiales y la estratificación de los resultados sanitarios a lo largo de las líneas de falla sociales, se ha producido un importante resurgimiento de la salud pública. Conocemos mejor los vínculos entre el sector sanitario y otros sectores, y eso hace que la salud reciba atención de todos ellos. Los sistemas de investigación e información, la demanda de capacitación en salud pública y el nuevo discurso sobre la salud pública ocupan un lugar central en las inquietudes de los ciudadanos. Esta situación debe traducirse en estrategias multisectoriales y multidireccionales encaminadas a abordar los determinantes sociales de la salud y su influencia en los retos prioritarios en materia de salud (recuadro 6.1).

Durante las últimas décadas la mayoría de los países de esta categoría han estado liderando las reformas mediante un enfoque de rectoría y negociación, antes que de mando y control. Esto refleja la creciente visibilidad pública de la agenda de política sanitaria y la necesidad de encontrar un equilibrio entre las diferentes y a menudo irreconciliables demandas de distintos grupos de intereses. El resultado es que los esfuerzos de reforma se dan en general en varios niveles y con la intervención de muchos actores. Avanzan de manera gradual en un prolongado y desordenado proceso de improvisaciones y duras negociaciones. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, una importante reforma de la atención primaria incluyó una amplia consulta pública realizada mediante cuestionarios dirigidos a más de 42 000 personas, al tiempo que se invitó a más de mil personas a expresar sus intereses e inquietudes en audiencias públicas. Esta participación facilitó el consenso en varios aspectos polémicos de la reforma, como la reasignación de recursos a la atención primaria y a zonas insuficientemente atendidas, y al mismo tiempo se redistribuyeron las responsabilidades para mejorar la cooperación y la coordinación¹⁰. El tiempo y el esfuerzo invertidos en una negociación sistemática pero basada en principios es el precio que hay que pagar para lograr un consenso social capaz de superar una firme resistencia a la reforma.

Economías sanitarias de crecimiento rápido

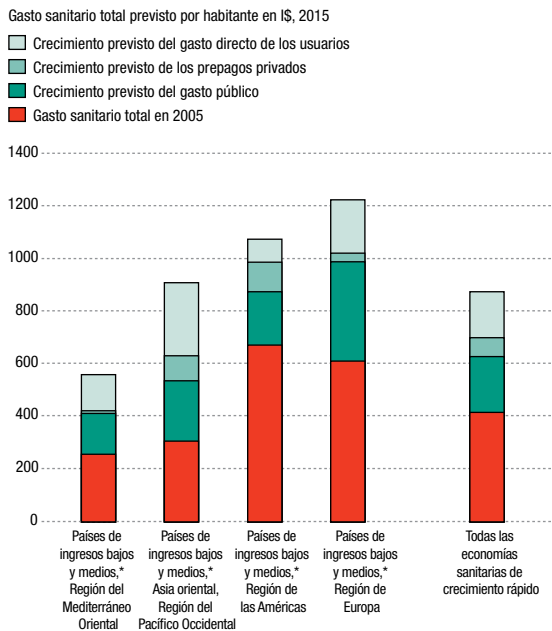
En las economías sanitarias de crecimiento rápido, el reto que supone emprender reformas de la APS se plantea de manera bastante diferente. La creciente demanda que acompaña al aumento del poder adquisitivo está impulsando la expansión de servicios a una velocidad sin precedentes. Si las actuales tasas de crecimiento se mantienen de aquí a 2015, el gasto sanitario por habitante crecerá un 60% en las economías sanitarias de crecimiento rápido de las Américas en comparación con los niveles de 2005. En ese mismo intervalo el gasto se duplicará en Europa y Oriente Medio y se triplicará en Asia oriental (figura 6.2).

Aunque la tasa de crecimiento del gasto representa una oportunidad para emprender reformas de la APS, también favorece pautas de desarrollo del sector sanitario que son contrarias a la visión y los valores de la atención primaria. Los comienzos son importantes: las decisiones normativas basadas en razones de oportunidad política o técnica, como abstenerse de regular la atención

de salud mercantilizada, pueden hacer que más adelante resulte más difícil orientar los sistemas de salud hacia los valores de la APS, pues surgen poderosos intereses creados y van arraigando las pautas de la demanda inducida por la oferta¹¹. Además, la preferencia por infraestructuras muy complejas y especializadas que atienden las expectativas de una minoría de economía desahogada cada vez se ve más favorecida por el crecimiento de un nuevo mercado de turismo médico, en el que pacientes de economías sanitarias de gasto elevado y alto costo son derivados a estos entornos de costo comparativamente bajo. Todo ello reduce la oferta de profesionales para la atención primaria y favorece tasas inusitadas de especialización dentro del personal sanitario¹². En contraste con todo ello, los ministerios de salud de muchos de esos países siguen organizados en torno a actividades de lucha contra enfermedades concretas y están mal preparados con miras a aprovechar eficazmente la creciente cantidad de recursos para regular la prestación de atención sanitaria. Con demasiada frecuencia, el resultado es un sistema en dos niveles, con una infraestructura sanitaria sumamente compleja y especializada que atiende las expectativas de la minoría más rica, acompañada de enormes lagunas en la disponibilidad de servicios para gran parte de la población.

Las reformas que hacen hincapié en el acceso universal a una atención primaria centrada en las personas pueden ayudar a corregir tales distorsiones. Esas reformas pueden aprovechar las innovaciones tecnológicas que facilitan un acceso rápido, sencillo, fiable y de bajo costo a servicios que antes eran inaccesibles porque resultaban demasiado costosos o exigían una infraestructura de apoyo compleja. Entre esas innovaciones cabe citar las pruebas de diagnóstico rápido del VIH y de las úlceras gástricas, medicamentos mejores que facilitan el paso de una salud mental basada en instituciones a otra basada en la atención primaria¹³, y avances quirúrgicos que eliminan o reducen espectacularmente la necesidad de hospitalización. Unidas a la multiplicación de directrices basadas en la evidencia, esas innovaciones han aumentado considerablemente la capacidad de resolución de problemas de los equipos de atención primaria, ampliando las funciones de los profesionales clínicos¹⁴ y las posibilidades de la autoasistencia.

Figura 6.2 Gasto sanitario por habitante previsto para 2015, economías sanitarias de crecimiento rápido (medias ponderadas)^a



* Sin considerar los Estados frágiles.

^a Suponiendo que se mantengan hasta 2015 las tasas de crecimiento anual del gasto público, del gasto en forma de prepagos privados y de los pagos directos estimadas a partir de los datos de 1995–2005².



La rápida expansión de la atención centrada en las personas resulta así factible en un contexto en el que la diferencia tecnológica entre la atención ambulatoria cercana al usuario y las instituciones terciarias es menos marcada que hace 30 años. En Chile, por ejemplo, en un periodo de cinco años se ha duplicado la implantación de servicios de atención primaria, al tiempo que se ha hecho una inversión masiva en personal y equipo que van desde laboratorios y atención dental de urgencia hasta el tratamiento domiciliario del dolor crónico. Las repercusiones de esta transformación pueden amplificarse centrándose en el gran número de personas pobres y excluidas de esos países y empoderándolas, y reformando en consecuencia las políticas públicas.

En las economías sanitarias de crecimiento rápido de las Américas y la región de Europa, menos de un tercio del crecimiento previsto en las tendencias actuales se debe al aumento del gasto directo por los usuarios. Dos tercios se deben al aumento del gasto público, que, en las Américas, se combina con un mayor gasto en prepagos privados (figura 6.2). Estos últimos también son cada vez más importantes en el Lejano Oriente, donde, como en el Oriente Medio, en torno al 40% del crecimiento, considerando las tendencias actuales, corresponderá a los gastos directos. La eficacia de las reformas de la APS dependerá en parte de la posibilidad de regular los prepagos privados e influir en ellos y, particularmente en Asia, de limitar los gastos directos del usuario.

En la mayoría de esos países el nivel de gasto en comparación con el PIB o el gasto público total sigue siendo bajo, lo que desde el punto de vista financiero deja cierto margen para seguir acelerando las reformas de la atención primaria y respaldarlas con actividades paralelas, igualmente importantes, hacia la cobertura universal y la menor dependencia de los pagos directos. En muchos de esos países los recursos públicos se asignan con arreglo a un criterio de capitación, al igual que al menos una parte de los fondos mancomunados privados de prepago. Esto brinda oportunidades para incluir en las fórmulas de capitación criterios como la privación relativa o las necesidades sanitarias no atendidas. De este modo la asignación de recursos se transforma en la práctica en un instrumento de fomento de la equidad en salud y de la aplicación de incentivos que favorezcan la transición hacia la

atención primaria y hacia políticas públicas más saludables.

Algunos de los países más grandes del mundo, como el Brasil, están aprovechando ahora ese tipo de oportunidades a escala masiva, ampliando sus redes de atención primaria y reduciendo al mismo tiempo su dependencia de los pagos directos de los usuarios¹⁵. Esas reformas, no obstante, rara vez tienen lugar sin presiones de los usuarios. La política sanitaria de Chile ha definido un paquete de prestaciones detallado, muy difundido entre la población como un derecho exigible. Se está informando a los ciudadanos sobre el tipo de servicios, incluido el acceso a atención especializada, que pueden solicitar de sus equipos de atención primaria. Unidos a una inversión sostenida, esos derechos claros e inequívocos crean una potente dinámica en favor del desarrollo de la atención primaria. Bien gestionados, tienen el potencial de acelerar la convergencia evitando a la vez al menos parte de las distorsiones y las ineficiencias que han aquejado a los países de ingresos altos en los últimos años.

Economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo

Con 2600 millones de personas y menos del 5% del gasto sanitario mundial, los países pertenecientes a este grupo padecen un déficit absoluto de financiación de su sector sanitario, unido a una carga de morbilidad desproporcionadamente alta. La persistencia de elevados niveles de mortalidad materna en estos países (cerca del 90% de todas las muertes maternas) es quizá el indicador más claro de las consecuencias de una financiación insuficiente de la salud en los resultados de los sistemas sanitarios.

Un aspecto preocupante es que el crecimiento del gasto sanitario en estos países sea bajo y muy vulnerable a sus contextos políticos y económicos. En los Estados frágiles, sobre todo en África, el gasto sanitario no sólo es reducido sino que apenas crece en absoluto; además, el 28% de ese pequeño crecimiento de los últimos años se debe a la ayuda externa. El gasto sanitario en los otros países de este grupo muestra una tasa media más vigorosa, del 6% al 7% anual. Si se mantiene la tendencia actual, de aquí a 2015 el gasto sanitario por habitante se habrá duplicado con creces en la India respecto a 2005, y habrá

umentado en un 50% en otros lugares, salvo en los Estados frágiles (figura 6.3). En muchos países eso brindará importantes recursos para emprender reformas de la APS, particularmente allí donde el crecimiento se deba a un aumento del gasto público o, como en África meridional, a otras formas de prepago. En la India, en cambio, más del 80% del crecimiento, según las tendencias actuales, corresponderá a los gastos directos del usuario, lo que ofrece muchos menos recursos para la acción.

Los países de estas regiones acumulan un conjunto de problemas que, pese a su gran diversidad, comparten muchas características. Grupos enteros de población quedan excluidos del acceso a una atención de calidad: porque no hay servicios disponibles, porque son excesivamente caros o están insuficientemente financiados, dotados de personal y equipados, o porque están fragmentados y se limitan a unos cuantos programas prioritarios. Los esfuerzos tendentes a establecer políticas públicas bien fundadas que promuevan la salud y se ocupen de los determinantes de la enfermedad son, en el mejor de los casos, limitados. La mercantilización no regulada de la atención sanitaria, tanto privada como pública, se

está convirtiendo rápidamente en la norma para las poblaciones urbanas y, cada vez más, para las rurales, lo que supone para los principios de la APS un reto mucho mayor y mucho más infravalorado que el verticalismo que tanto preocupa a la comunidad sanitaria internacional.

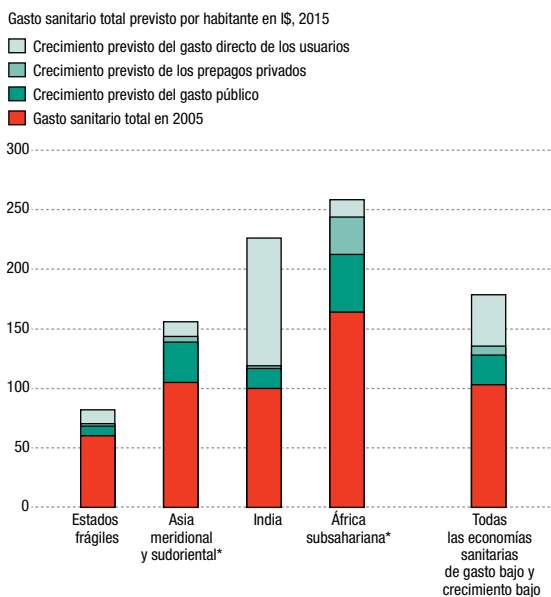
En la mayoría de esos países el Estado ha intentado en otras épocas gestionar el sector sanitario de forma autoritaria. En el contexto pluralista de hoy día, con multitud de proveedores diferentes, tanto formales como informales, públicos y privados, apenas unos cuantos han conseguido adoptar enfoques de rectoría y negociación más apropiados. En lugar de ello, al estancarse los recursos públicos y fracasar los mecanismos burocráticos, el *laissez-faire* ha pasado a ser la actitud por defecto en la gestión del sector sanitario.

Esto ha dado lugar a algunos intentos, pocos y tímidos, de regular la prestación de atención sanitaria mercantilizada, no sólo en el sector privado sino también en el sector público, que en muchos casos ha adoptado las prácticas comerciales de la atención privada no regulada. En esas circunstancias la capacidad de los poderes públicos a menudo limita las posibilidades de usar los nuevos recursos para mejorar los resultados, y las autoridades sanitarias se ven así abandonadas a su suerte con una misión que cumplir pero sin fondos para dirigir el sector sanitario.

Por consiguiente, es prioritario acumular más recursos: refinanciar unos sistemas de salud que carecen de ellos, insuflarles nueva vida mediante reformas de la APS, y reinvertir en el liderazgo público. Hay que alimentar los sistemas de prepago sin tardanza, desalentando los cobros directos a los enfermos y alentando la mancomunación de recursos. Esto permitirá asignar los limitados recursos disponibles de forma más inteligente y explícita que haciendo pagar los servicios de salud directamente al usuario. Aunque no existe una receta única respecto al tipo de mecanismo de mancomunación de recursos, es cierto que las mayores eficiencias se observan en los fondos de mayor tamaño: la fusión o federación graduales de los sistemas de prepago puede acelerar la ampliación de la capacidad de regulación y de los mecanismos de rendición de cuentas¹⁶.

En un número considerable de estas economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo, particularmente en Estados del África subsahariana

Figura 6.3 Gasto sanitario por habitante previsto para 2015, economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo (medias ponderadas)^a



* Sin considerar los Estados frágiles.

^a Suponiendo que se mantengan hasta 2015 las tasas de crecimiento anual del gasto público, del gasto en forma de prepagos privados y de los pagos directos estimadas a partir de los datos de 1995–2005⁵.



y en Estados frágiles, el pronunciado aumento de los fondos externos destinados a la salud por canales bilaterales o mediante la nueva generación de instrumentos de financiación mundiales ha revitalizado el sector sanitario. Esos fondos externos deben ser recanalizados progresivamente mediante fórmulas que ayuden a aumentar la capacidad institucional para lograr el objetivo a más largo plazo de una cobertura universal y autosostenida. Hasta ahora la mayor parte de la asistencia de los donantes se ha centrado en proyectos y programas a corto plazo que han provocado retrasos innecesarios o que incluso han detraído recursos que se necesitaban para poner en pie las instituciones de financiación que debían gestionar los mecanismos de cobertura universal. El renovado interés de los donantes por apoyar los procesos de planificación nacionales como parte de la agenda de armonización y coordinación, unido al consenso en pro del acceso universal, constituyen importantes oportunidades para expandir las inversiones en el aparato institucional que exige la cobertura universal. Si bien la reducción de los gastos catastróficos en la atención de salud y el acceso universal son razones suficientemente sólidas para explicar esos cambios en el comportamiento de los donantes, el establecimiento de mecanismos sostenibles de financiación a nivel nacional es al mismo tiempo una posible estrategia de evitación de la dependencia respecto de los donantes.

En esos contextos los gobiernos pueden tomar más medidas para apoyar al sector sanitario. Las economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo sólo asignan una pequeña parte de sus ingresos públicos a la salud. Incluso en los países del África subsahariana, que han hecho progresos y que asignaron una media del 8,8% de su gasto público a la salud en 2005, la meta del 15% prevista en la Declaración de Abuja aún queda muy lejos⁵. Alcanzar esa meta aumentaría el gasto sanitario total en la región en un 34%. La experiencia adquirida durante el último decenio muestra que es posible aumentar rápidamente la proporción de ingresos públicos asignada a la salud. Por ejemplo, a raíz del aumento de la presión ejercida por una amplia gama de movimientos políticos y de la sociedad civil, se prevé que a lo largo de los próximos cinco años se triplicará el gasto del gobierno general en salud en la India, privilegiándose la atención primaria¹⁷.

En un contexto diferente, el Ministerio de Salud de Burundi multiplicó por cuatro su presupuesto entre 2005 y 2007, tras solicitar y conseguir fondos ofrecidos gracias a una reducción de la deuda en el marco de la Iniciativa ampliada para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME). Como media, en los 23 países que han culminado tanto esa Iniciativa cuanto la Iniciativa Multilateral de Reducción de la Deuda, el ahorro anual conseguido mediante el alivio de la deuda de los PPME durante los 10 años siguientes al reconocimiento de ese derecho equivalen al 70% del gasto público en salud en los niveles de 2005¹⁸. Aunque sólo una parte de esos fondos se destinan a la salud, la diferencia puede ayudar a desbloquear financieramente a las autoridades de salud pública.

Las oportunidades surgen no sólo gracias al aumento de los recursos. El predominio de proyectos piloto está dando paso gradualmente a esfuerzos más sistemáticos en pro del acceso universal, aunque a menudo sea para una sola intervención o un solo programa dedicado a una enfermedad. Esos programas de gran visibilidad, desarrollados en relación con los ODM, han revitalizado varios conceptos que son fundamentales para la atención centrada en las personas. Entre ellos figuran el imperativo del acceso universal a una atención segura y de calidad y libre de cargas financieras; la importancia de la continuidad de la atención, y la necesidad de comprender el contexto social, cultural y económico de todos los hombres, mujeres y familias que viven en una comunidad concreta. La integración se está haciendo realidad mediante enfoques como la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos (IMAI) y las intervenciones de base comunitaria emanadas del Programa de Lucha contra la Oncocercosis (OCP)¹⁹. Las iniciativas mundiales están abandonando poco a poco los mandatos de lucha contra enfermedades y empiezan a valorar la importancia de fortalecer el sistema de forma más general, por ejemplo mediante el servicio de ayudas para el fortalecimiento de los sistemas de salud de la Alianza GAVI, lo que allana el camino para alinear mejor iniciativas antes fragmentadas. Impulsadas en gran medida por la demanda, las tecnologías de la información en apoyo de la atención primaria, como las historias clínicas electrónicas, se están extendiendo mucho más

rápido de lo previsto. Las actividades de expansión del tratamiento contra el VIH han ayudado a poner de manifiesto las deficiencias de insumos básicos en los sistemas, como la gestión de la cadena de suministro de material de diagnóstico y medicamentos, así como a tender puentes hacia otros sectores, como la agricultura, habida cuenta del imperativo de la seguridad alimentaria. La incipiente conciencia de la magnitud de la crisis de personal está llevando a adoptar políticas y programas ambiciosos, que incluyen la delegación de funciones, el aprendizaje a distancia y un innovador despliegue de incentivos financieros y no financieros.

En este contexto, el reto ya no consiste en hacer más con menos, sino en aprovechar el crecimiento del sector sanitario para hacer más con más. Las necesidades aún no atendidas en esos países son enormes, y poner los servicios a disposición de los ciudadanos sigue siendo una cuestión de primordial importancia. Ello exige un despliegue progresivo de distritos sanitarios, ya sea mediante servicios públicos o mediante ONG contratadas, o bien combinando las dos cosas. Sin embargo, la complejidad de los actuales sistemas sanitarios, sobre todo aunque no sólo en las zonas urbanas, exige interpretaciones flexibles e innovadoras de estas estrategias de organización. En muchas capitales africanas, por ejemplo, los centros públicos de nivel primario, e incluso secundario, han desaparecido casi totalmente o por completo, y han sido sustituidos por proveedores comerciales no regulados²⁰. Será preciso adoptar soluciones creativas basadas en alianzas con las autoridades locales, la sociedad civil y las organizaciones de consumidores para utilizar una cantidad creciente de fondos (sistemas de prepago mancomunados de carácter privado, cotizaciones a la seguridad social, fondos de autoridades municipales y fondos derivados de la recaudación fiscal) para crear una oferta de atención primaria que actúe como red de seguridad de carácter público, como alternativa a la atención de índole comercial no regulada, y como indicio de lo que puede ser una atención de salud digna de confianza y centrada en la persona.

Lo que importa, al fin y al cabo, es la experiencia de los pacientes que acceden a los servicios. Si son bien recibidos en lugar de rechazados, recordados en lugar de olvidados, examinados por alguien que los conoce bien, respetados en

su intimidad y su dignidad, atendidos de forma apropiada e informados acerca de las pruebas, y si se les ofrecen los medicamentos y no se les cobra en el punto de prestación de servicios, la confianza aumentará.

El aumento de la confianza puede poner en marcha un círculo virtuoso de aumento de la demanda y mejora de la oferta (recuadro 6.2). La mayor credibilidad que genera ese círculo virtuoso es la clave para llegar a un consenso social y político en relación con las inversiones en políticas públicas más saludables en todos los sectores. Las políticas efectivas en materia de seguridad alimentaria, educación y medio rural-urbano son indispensables para la salud y la equidad en salud: la influencia del sector sanitario en esas políticas depende en gran medida de los resultados que obtenga en la prestación de atención primaria de calidad.

Mobilizar los factores de impulso de las reformas

En los muy diversos contextos nacionales en los que deben encontrar su expresión concreta las reformas de la APS, la globalización tiene un papel de primer orden. La globalización está alterando el equilibrio entre organizaciones internacionales, gobiernos nacionales, agentes no estatales, autoridades locales y regionales, y ciudadanos.

El panorama sanitario mundial no está al margen de estos cambios más generales. A lo largo de los últimos 30 años el Estado-nación tradicional y la arquitectura multilateral han evolucionado. Han proliferado las organizaciones de la sociedad civil y han surgido alianzas publicoprivadas y comunidades mundiales de acción política y social centradas en problemas sanitarios concretos. Los organismos públicos trabajan con consorcios de investigación y empresas consultoras, además de con instituciones transnacionales no estatales, fundaciones y ONG que operan a escala mundial. Han aparecido diásporas nacionales que mueven importantes cantidades de recursos y mucha influencia por medio de sus remesas (unos US\$ 150 000 millones en 2005), en comparación con las cuales la ayuda exterior al desarrollo es diminuta. Redes ilícitas de ámbito mundial se enriquecen con medicamentos falsificados o con la eliminación de residuos tóxicos y

disponen hoy día de recursos suficientes que les permiten usurpar y socavar la capacidad de los organismos públicos. El poder está gravitando de los gobiernos nacionales a las organizaciones internacionales y, al mismo tiempo, a entidades subnacionales, entre ellas una serie de gobiernos locales y regionales e instituciones no gubernamentales²¹.

Esta complejidad nueva y a menudo caótica plantea numerosas dificultades, particularmente para las autoridades sanitarias, que dudan entre un enfoque de mando y control ineficaz y a menudo contraproducente y formas de gobernanza basadas en una actitud nociva

de *laissez-faire*. A pesar de todo, también brinda nuevas oportunidades comunes de invertir en el aumento de la capacidad para dirigir y mediar en las políticas de reforma, movilizand o la producción de conocimientos, la fuerza de trabajo y los ciudadanos.

Movilizar la producción de conocimientos

Las reformas de la APS pueden impulsarse y mantenerse en el buen camino institucionalizando revisiones de la política al respecto que activen la imaginación, la inteligencia y el ingenio de las organizaciones. Los conocimientos prácticos que se necesitan para llevar a cabo esas revisiones de

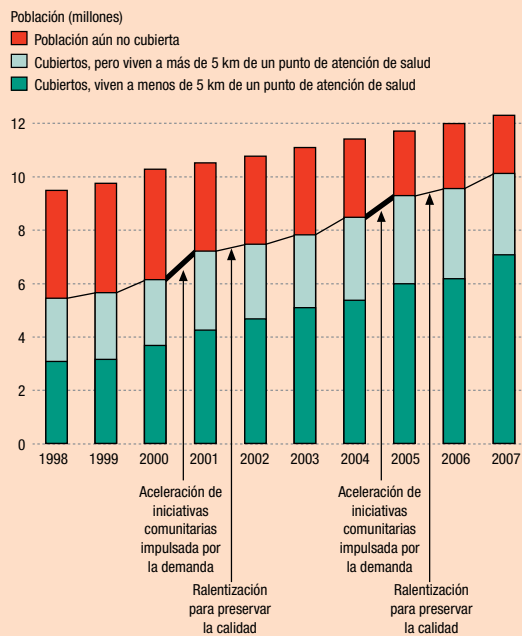
Recuadro 6.2 El círculo virtuoso de la oferta y la demanda en la atención primaria

En Malí, la red de atención primaria está integrada por centros de atención primaria que son propiedad de las comunidades y están gestionados por éstas, con el respaldo de equipos de distrito formados por funcionarios públicos y unidades de derivación de casos. Existe un plan de cobertura negociado con las comunidades en virtud del cual, si éstas lo desean, pueden tomar la iniciativa de crear un centro de atención primaria con arreglo a un conjunto de criterios. El compromiso es importante, pues el centro de salud será propiedad de la comunidad y estará gestionado por ella: por ejemplo, el personal del centro, un equipo de tres o cuatro personas liderado por una enfermera o un médico de familia, debe ser empleado (y retribuido) por la asociación comunitaria de salud local. La comunidad puede concluir un acuerdo con el Ministerio de Salud a fin de obtener ayuda técnica y financiera de los equipos de salud de distrito para el lanzamiento del centro de salud y la supervisión y el apoyo de su funcionamiento ulterior.

El modelo ha sido muy bien acogido, pese al enorme esfuerzo que han tenido que hacer las comunidades para movilizar y organizar esos centros: en 2007 había 826 centros de ese tipo en funcionamiento (diez años antes eran 360), creados con un costo medio de US\$ 17 000. El sistema ha demostrado su capacidad de resistencia y ha aumentado de forma considerable la producción de atención sanitaria: el número de episodios de atención curativa gestionados por los centros de salud se ha multiplicado por 2,1. El número de mujeres sometidas a seguimiento prenatal se ha multiplicado por 2,7, y los partos atendidos por un profesional sanitario por 2,5, con unos niveles de cobertura, según las Encuestas de Demografía y Salud de 2006, del 70% y el 49%, respectivamente. La cobertura de la vacunación con DPT3 en 2006 fue del 68%.

La población considera sin duda que la inversión merece la pena. En dos ocasiones durante los diez últimos años, entre 2000 y 2001 y entre 2004 y 2005, la demanda y la iniciativa local para la creación de nuevos centros aumentaron a tal velocidad que las autoridades sanitarias del país tuvieron que adoptar medidas para frenar la expansión de la red y poder garantizar cierto nivel

Figura 6.4 Ampliación progresiva de la cobertura por los centros de salud de propiedad y gestión comunitaria en Malí, 1998-2007



Fuente: Système national d'information sanitaire (SNIS), Cellule de Planification et de Statistiques, Ministère de la Santé, Malí [Sistema nacional de información sanitaria (SNIS), Unidad de Planificación y Estadística, Ministerio de Salud, Malí].

de calidad (figura 6.4). Esto sugiere que el círculo virtuoso de aumento de la demanda y mejora de la oferta está funcionando. Las autoridades sanitarias están ampliando la gama de servicios ofrecidos y mejorando la calidad – alentando la contratación de médicos en los centros rurales de atención primaria – sin dejar de apoyar la extensión de la red.

política ya existen²², pero deben articularse de forma más explícita y han de volver a centrarse en el seguimiento de los progresos en cada uno de los cuatro conjuntos entrelazados de reformas de la atención primaria; en la identificación, a medida que aparezcan, de los obstáculos técnicos y políticos que se opongan a su avance, y en la aportación de los elementos requeridos para corregir el rumbo cuando sea necesario.

En un mundo globalizado, las políticas de APS pueden revisarse aprovechando las incipientes redes de colaboración entre países y dentro de los países para conseguir la masa crítica necesaria para liderar y ejecutar las reformas. De hecho, en el caso de muchos países, no es realista esperar que puedan encontrar dentro de sus propias instituciones todas las competencias técnicas, los conocimientos contextuales y los medios necesarios para el análisis objetivo que requieren las revisiones de política de la atención primaria. Unas estructuras abiertas, integradoras y de tipo colaborativo, como los modelos de observatorio latinoamericanos²³, pueden ser muy eficaces para aprovechar la gran diversidad de recursos nacionales. Esos modelos también permiten sacar partido de la colaboración internacional y superar las carencias de capacidad de cada uno de los países por separado. Hoy día las instancias normativas están más abiertas que en otros tiempos a las enseñanzas procedentes del exterior, y las están utilizando para alimentar el diálogo nacional sobre políticas con enfoques innovadores y con mejores datos sobre lo que funciona y lo que no funciona²². La inclusión de instituciones nacionales en redes regionales que colaboran en la revisión de las políticas de APS permite poner en común competencias técnicas e información. Y un aspecto importante es que permite también crear mecanismos regionales para conseguir una representación más efectiva en órganos mundiales importantes pero que exigen mucho trabajo, reduciéndose así la presión para unos recursos nacionales escasos.

Una colaboración entre países más estructurada e intensiva en materia de revisión de las políticas de APS generaría mejores datos comparativos internacionales sobre las diferencias en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, sobre los modelos de buenas prácticas y sobre los determinantes del éxito de las reformas de la APS. Actualmente

sucede a menudo que esa información no existe, es difícil de comparar o está anticuada. Aprovechando las redes de expertos e instituciones de distintas regiones, es posible producir datos de referencia consensuados y validados que sirvan para estimar los progresos y acceder más fácilmente a fuentes nacionales e internacionales de información pertinentes para el seguimiento de la atención primaria. Esto podría tener gran repercusión en la rectoría de las reformas de la APS. Varias iniciativas a este respecto, como el Primary Health Care Activity Monitor for Europe [seguimiento de la actividad en atención primaria de salud para Europa] (PHAMEU)²⁴, una red de institutos y organizaciones de diez Estados miembros de la Unión Europea, o la Red Regional sobre Equidad en Salud (EQUINET)²⁵, una red de profesionales, miembros de la sociedad civil, autoridades y funcionarios públicos de África meridional, son pasos prometedores en ese sentido.

Hay una enorme agenda de investigación con grandes posibilidades de acelerar las reformas de la APS que requiere una atención más coordinada (véase el recuadro 6.3). A pesar de ello, la proporción del gasto sanitario que hoy por hoy se dedica a determinar qué es lo que mejor funciona, es decir, a la investigación sobre los servicios de salud, no llega al 0,1% en los Estados Unidos, el país que mayor porcentaje (5,6%) de su gasto sanitario destina a las investigaciones biomédicas²⁶. Otro ejemplo llamativo es que sólo US\$ 2 millones de los US\$ 390 millones que sumaban 32 donaciones de la GAVI para el fortalecimiento de los sistemas de salud se destinaron a la investigación, a pesar de que se alentó a los países a invertir en ella. Ningún otro sector económico que moviera I\$ 5 billones estaría satisfecho con una inversión tan escasa en investigaciones relacionadas con sus prioridades básicas: la reducción de las desigualdades en salud, la organización de una atención centrada en las personas, y la elaboración de políticas públicas mejores y más eficaces. Ninguna otra industria de esas dimensiones se conformaría con una inversión tan exigua en actividades que permitieran conocer mejor las expectativas de sus clientes y su percepción de los resultados. Ninguna otra industria de esas dimensiones prestaría tan poca atención a la información sobre el contexto político de sus operaciones, esto es,



a las posiciones y estrategias de los principales interesados directos y asociados. Ha llegado la hora de que los líderes sanitarios comprendan el valor de las inversiones en este ámbito.

Recuadro 6.3 Del desarrollo de productos a la aplicación sobre el terreno: el vínculo es la investigación²⁷

El Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas en Enfermedades Tropicales (TDR), radicado en la OMS, ha encabezado las investigaciones de fundamentación de las políticas y las prácticas. Los estudios patrocinados por el TDR fueron los primeros en documentar ampliamente a mediados de los años noventa, mediante ensayos controlados multicéntricos y multipaíses, la eficacia de los mosquiteros tratados con insecticida para la prevención de la malaria. Tras la introducción a finales de los años ochenta de la ivermectina, un medicamento contra la oncocercosis o «ceguera de los ríos», el TDR, junto con el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis, emprendió estudios para determinar la mejor forma de distribuirla masivamente sobre el terreno. Con el tiempo, se llegó a un sistema probado y perfeccionado a escala regional para el «tratamiento dirigido por la comunidad» de la ceguera de los ríos, que fue calificado como «una de las campañas de salud pública más logradas que jamás se hayan llevado a cabo en el mundo en desarrollo»²⁸.

Actualmente, mientras la comunidad sanitaria mundial va abandonando el enfoque de lucha verticalista contra las enfermedades, las investigaciones operacionales están facilitando esa transición. Estudios recientes a gran escala llevados a cabo con el apoyo de TDR, en los que han participado 2,5 millones de personas en 35 distritos sanitarios de tres países, han demostrado que los métodos de tratamiento dirigidos por la comunidad para combatir la ceguera de los ríos pueden utilizarse como plataforma para la prestación integrada de múltiples intervenciones de atención primaria, que incluyen mosquiteros, tratamiento de la malaria y otras intervenciones básicas de atención de salud, con aumentos importantes de la cobertura. Por ejemplo, el número de niños con fiebre que recibieron tratamiento antimalárico apropiado se multiplicó por más de dos, superándose el 60% de cobertura como media. Tanto para la financiación como para la ejecución de esos estudios, son indispensables las alianzas promovidas con países de la región, así como con otras instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil. Ahora lo que se pretende es hacer de la ejecución y la investigación sobre operaciones un componente aún más importante de las agendas de investigación mundiales, de modo que los nuevos productos empiecen por fin a tener el impacto sanitario esperado mediante una implantación más sólida del sistema de atención primaria. De este modo, la tanto tiempo arrastrada carga de enfermedades mortíferas, como la malaria, se podrá abordar más eficazmente, esto es, compartiendo conocimientos y cooperando en los niveles mundial, regional y local.

Movilizar el compromiso del personal

Cada uno de los conjuntos de reformas de la APS subraya la importancia asignada a los recursos humanos en la salud. Las aptitudes y competencias que se esperan de éstos conforman un ambicioso programa sobre la fuerza de trabajo que obliga a replantearse y revisar los enfoques pedagógicos vigentes. La ciencia de la equidad en salud y la atención primaria aún no ocupa el lugar central que debería en las escuelas de salud pública. La educación previa al servicio de las profesiones sanitarias ya está comenzando a incorporar en los programas de estudio materias comunes que destacan la resolución de problemas en el marco de equipos multidisciplinarios, pero deben ir más allá en la preparación para las competencias y actitudes que requiere la APS. Ello significa crear oportunidades para el aprendizaje práctico en todos los sectores mediante tutorías, instrucción individualizada y educación continua. Estos y otros cambios en la amplia gama de planes de estudios y capacitación práctica exigen un esfuerzo deliberado para movilizar a los agentes institucionales responsables tanto dentro de los países como entre ellos.

Sin embargo, como hemos aprendido en los últimos años, el contenido de lo que se aprende o se enseña, aunque sumamente importante, no es más que una parte del complejo entramado de sistemas que rigen el rendimiento del personal sanitario¹. Hay un conjunto de cuestiones sistémicas relacionadas con el personal que deben abordarse en mayor medida en el marco de las reformas de la APS. Por ejemplo, las metas de equidad en salud para los grupos de población subatendidos seguirán sin alcanzarse si no se tiene en cuenta cómo contratar y retener efectivamente al personal de salud para trabajar con él. Del mismo modo, las grandes ideas sobre la atención coordinada en torno a la persona o el paciente tienen pocas probabilidades de plasmarse en la práctica si no se ofrecen opciones de carrera creíbles para trabajar en equipos de atención primaria. Análogamente, los incentivos son un complemento crítico para asegurarse de que los individuos e instituciones ejerzan sus competencias al fomentar la inclusión de la salud en todas las políticas.

El personal sanitario es indispensable para las reformas de la atención primaria. Se necesitan inversiones considerables para dar a ese

personal (desde enfermeras hasta planificadores sanitarios) los medios necesarios para aprender, adaptarse y trabajar en equipo, así como para combinar perspectivas biomédicas y sociales, sensibilidad respecto de la equidad y un enfoque centrado en el paciente. Si no se invierte en su movilización, el personal de salud puede ser una enorme fuerza de resistencia al cambio, anclada en modelos antiguos que resultan cómodos, tranquilizadores, provechosos e intelectualmente poco exigentes. Si, en cambio, se consigue que los trabajadores perciban que la atención primaria es un trabajo estimulante y gratificante, social y económicamente valioso, el personal sanitario puede no sólo adherirse a la causa sino incluso convertirse en una vanguardia militante. También en este caso, aprovechar las oportunidades que brinda el intercambio y puesta en común de las experiencias que ofrece un mundo globalizado puede servir para acelerar las transformaciones necesarias.

Movilizar la participación de la población

Aún está por escribirse la historia política de las reformas de la APS en los países que han dado importantes pasos en esa dirección. Está claro, no obstante, que cuando esas reformas han prosperado, el respaldo de la atención primaria por parte del sector sanitario y de los círculos políticos ha sido siempre una respuesta al aumento de la demanda y la presión por parte de la sociedad civil. Existen muchos ejemplos de esa demanda. En Tailandia, los esfuerzos iniciales por movilizar a la sociedad civil y a los políticos en torno a un programa de prioridades de cobertura universal vinieron del Ministerio de Salud^{29,30}. Sin embargo, hubo que esperar a que los reformadores tailandeses se sumaran a un aumento de la presión de la sociedad civil por mejorar el acceso a la atención para que se decidiera aprovechar una oportunidad política y lanzar la reforma³¹. En apenas unos años la cobertura se extendió y la mayor parte de la población quedó protegida por un sistema de atención primaria financiado con fondos públicos que, según los análisis de beneficio e incidencia, favorece a los pobres^{32,33}. En Malí, la reactivación de la APS durante los años noventa se inició con una alianza entre parte del Ministerio de Salud y parte de la comunidad de

donantes, que permitió superar la resistencia y el escepticismo iniciales³⁴. Sin embargo, sólo se produjo una ampliación sostenida de la cobertura cuando cientos de «asociaciones comunitarias por la salud» se federaron para formar un poderoso grupo con el objeto de presionar al Ministerio de Salud y mantener el compromiso político³⁵. En Europa occidental, las organizaciones de consumidores ocupan un lugar prominente en los debates sobre atención sanitaria y políticas públicas relacionadas con la salud, al igual que muchas otras organizaciones de la sociedad civil. En otros lugares, como en Chile, la iniciativa ha surgido del ámbito político, como parte de una agenda de democratización. En la India, la Misión Nacional por la Salud Rural surgió como resultado de una fuerte presión de la sociedad civil y el entorno político, mientras que en Bangladesh gran parte de la presión en favor de la APS proviene de ONG de carácter cuasipúblico³⁶.

De todo ello puede extraerse una importante enseñanza: dentro de la sociedad civil pueden encontrarse poderosos aliados en favor de la reforma de la atención primaria. Esos aliados pueden marcar la diferencia entre un esfuerzo bienintencionado pero con escasas posibilidades de futuro y una reforma lograda y sostenida, o entre una iniciativa puramente técnica y una iniciativa que disfrute del respaldo del mundo político y del consenso social. Esto no significa que la política pública deba estar impulsada sólo por la demanda. Las autoridades sanitarias deben velar por que las expectativas y las demandas de los ciudadanos se correspondan con las necesidades, las prioridades técnicas y las dificultades previstas en el futuro. Las autoridades sanitarias comprometidas en la APS habrán de encauzar la dinámica de la presión de la sociedad civil en favor del cambio en un debate normativo sustentado en la evidencia y la información disponibles, y atento a las experiencias de otros actores, dentro de las fronteras nacionales o fuera de ellas.

Hoy en día es posible aducir argumentos más firmes en pro de la salud que en épocas anteriores. Ello se debe no sólo a la consideración de valores intrínsecos, como la equidad en salud, o a la contribución del sector al crecimiento económico (por muy válidos que sean, esos argumentos no son siempre los más eficaces), sino a razones

políticas. La salud es un sector económico de creciente importancia en sí mismo y una característica del desarrollo y la cohesión social. Entre las demandas más importantes que elevan a sus gobiernos los ciudadanos para hacer avanzar la sociedad figuran una protección fiable contra las amenazas para la salud y un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad cuando se necesite. La salud se ha convertido en un indicador tangible del desarrollo de las sociedades y, con ello, de la eficacia con que los gobiernos hacen su trabajo. Ello constituye una reserva de fuerza potencial para el sector, y brinda una base para obtener de la sociedad y de los dirigentes políticos un grado de compromiso que esté en proporción con los retos.

El desarrollo económico y la aparición de una sociedad del conocimiento hacen probable, aunque no inevitable, que las expectativas relacionadas con la salud y los sistemas de salud sigan aumentando; algunas de esas expectativas son realistas, otras no, algunas son interesadas, otras están compensadas por consideraciones sobre lo

que es bueno para el conjunto de la sociedad. El peso creciente de algunos de los valores básicos que subyacen en esas expectativas (la equidad, la solidaridad, la centralidad de las personas y su deseo de expresar su opinión sobre lo que les afecta a ellas y a su salud) sigue una tendencia a largo plazo. Los sistemas de salud no gravitan espontáneamente hacia esos valores; de ahí la necesidad de que cada país adopte una decisión explícita sobre el futuro de sus sistemas de salud. Es posible no optar por la APS. A largo plazo, no obstante, esa opción entraña un enorme precio: en términos de prestaciones sanitarias perdidas, de costos empobrecedores, de pérdida de confianza en el conjunto del sistema sanitario y, en última instancia, de pérdida de legitimidad política. Los países necesitan demostrar su capacidad para transformar sus sistemas de salud de acuerdo con la evolución de los desafíos y con el aumento de las expectativas de los ciudadanos. De ahí que debamos movilizarnos en pro de la atención primaria de salud, hoy más que nunca.

Referencias

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

