



# Índice

## Mensaje de la Directora General

viii



## Introducción y panorámica

xi

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



## Capítulo 1. Desafíos de un mundo en transformación

I

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



## Capítulo 2. Impulsar y mantener la cobertura universal

25

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



### Capítulo 3. Atención primaria: dar prioridad a la persona

43

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



### Capítulo 4. Políticas públicas para la salud pública

65

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



### Capítulo 5. Liderazgo y gobierno eficaz

83

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



### Capítulo 6. El camino hacia el futuro

103

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

## Lista de figuras

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

## Lista de recuadros

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

---

## Lista de cuadros

---

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