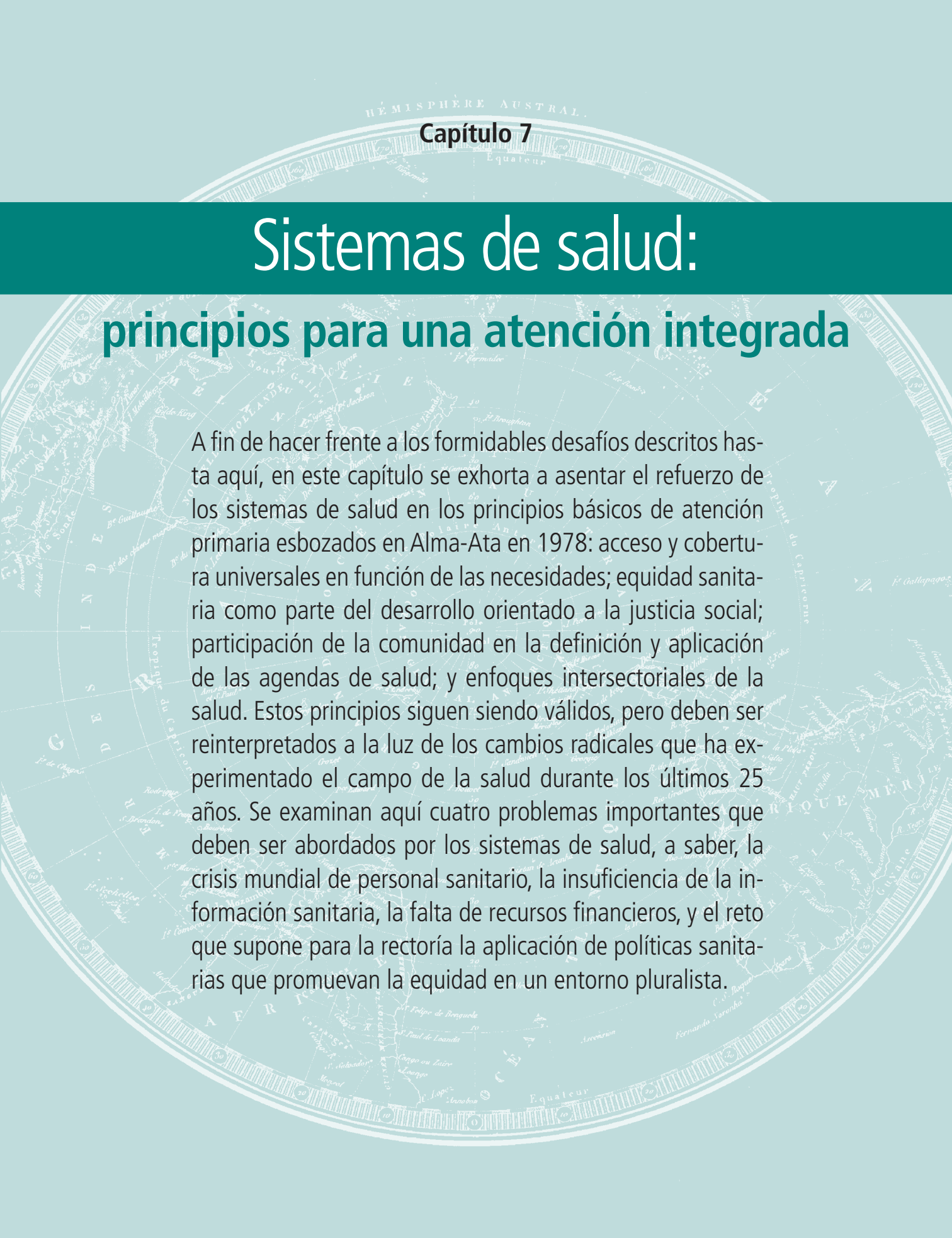




Capítulo 7

Sistemas de salud: principios para una atención integrada

A fin de hacer frente a los formidables desafíos descritos hasta aquí, en este capítulo se exhorta a asentar el refuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma-Ata en 1978: acceso y cobertura universales en función de las necesidades; equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. Estos principios siguen siendo válidos, pero deben ser reinterpretados a la luz de los cambios radicales que ha experimentado el campo de la salud durante los últimos 25 años. Se examinan aquí cuatro problemas importantes que deben ser abordados por los sistemas de salud, a saber, la crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros, y el reto que supone para la rectoría la aplicación de políticas sanitarias que promuevan la equidad en un entorno pluralista.

7

Sistemas de salud: principios para una atención integrada

Si se quiere afrontar los retos para la salud mundial examinados en los capítulos anteriores, es necesario reforzar los sistemas de salud. Sin este requisito, los objetivos sanitarios descritos en este informe seguirán fuera de nuestro alcance. Las enseñanzas derivadas de los éxitos del pasado, incluidas las aptitudes y estrategias desarrolladas a partir de la experiencia en la lucha contra la poliomielitis y el SRAS, se deben aplicar en la emergencia de tratamiento contra el VIH/SIDA y en la lucha para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los progresos hacia esos y otros objetivos no serán sostenibles a menos de que las metas de salud concretas – en particular la meta «tres millones para 2005», consistente en llevar hasta tres millones de personas de los países en desarrollo la politerapia antirretroviral contra el VIH/SIDA para finales de 2005 – respalden un amplio desarrollo horizontal de la capacidad de los sistemas de salud.

Pese a las reformas sanitarias de las últimas décadas, no se ha progresado lo suficiente en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas. Sin embargo, están surgiendo nuevas oportunidades. La salud sigue figurando en lugar destacado en la agenda de desarrollo internacional, y se empieza a disponer de nuevos fondos para las actividades sanitarias en los países pobres. La extensión de los contextos favorables a la salud y de una atención de calidad a todo el mundo constituye el principal imperativo de los sistemas de salud.

En este capítulo se analiza de qué manera los valores y las prácticas de la atención primaria, adaptados a las realidades del complejo panorama sanitario actual, pueden constituir la base necesaria para mejorar los sistemas de salud. Se examinan ideas básicas sobre la atención primaria y se aclara el concepto de desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria. Se examinan seguidamente cuatro grandes retos afrontados por los sistemas de salud, como son la crisis mundial de personal sanitario; la falta de pruebas científicas idóneas y oportunas; la falta de recursos financieros, y las dificultades de la rectoría para aplicar políticas sanitarias proequidad en un entorno pluralista. En la sección final se examina cómo está colaborando la OMS con los países para clarificar los objetivos de los sistemas de salud y reforzar los sistemas en consonancia con los principios de la atención primaria.

El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud (1). Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. Este capítulo se centra sobre todo en los sistemas de atención sanitaria. No obstante, los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.

El marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud desarrollado por la OMS a finales de los años noventa se propuso materializar el interés de la atención primaria por la equidad y por los resultados de salud en las poblaciones, suministrando a ese fin instrumentos analíticos que habían de permitir traducir tal empeño en pruebas científicas pertinentes. El marco señalaba a la atención de los planificadores de políticas cuestiones tales como los gastos catastróficos en salud registrados en algunos países. Aunque en este informe no se aplica directamente ese marco, se asume que las instancias normativas utilizarán este y otros instrumentos de interés para medir los logros de una estrategia de extensión masiva de los sistemas de salud basada en la atención primaria.

En los últimos años hemos adquirido conocimientos muy valiosos sobre el funcionamiento de los sistemas de salud y sobre las razones de que fallen. Iniciativas como el Observatorio Europeo de la OMS sobre los Sistemas de Atención Sanitaria están aportando importantes claves (véase el recuadro 7.1), pero quedan algunos interrogantes importantes por resolver. Este informe no propone un modelo completo del desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, tarea imposible por ahora dada la evidencia disponible; su objeto es abrir líneas de investigación que ayuden a los países y los asociados internacionales para la salud cuando deban sopesar las opciones al alcance y tomar medidas de refuerzo de los sistemas a fin de hacerlos más sensibles a las necesidades y demandas de toda la población, sobre todo de los pobres.

Principios básicos de la atención primaria de salud

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Veinticinco años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud (2).

Recuadro 7.1 Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria

Los países de la Región de Europa (diversos desde el punto de vista del idioma, la historia y la riqueza) tienen una variedad de enfoques respecto de la organización de los sistemas de salud. El Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria y las políticas correspondientes tienen el cometido de difundir información sobre más de un decenio de cambios, analizar las reformas y obtener pruebas de lo que resulta eficaz en diferentes contextos y por qué. Vela por que las instancias normativas nacionales puedan situar sus experiencias respectivas en el contexto europeo y hacer comparaciones más allá de las fronteras, inspirarse en análisis temáticos y comparativos de los principales retos a los que hacen frente, y tener acceso a pruebas claras y prácticas.

El Observatorio es una asociación integrada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, gobiernos (los de España, Grecia y Noruega), organismos internacionales y no gubernamentales (el Banco Europeo de Inversiones, el Open Society Institute y el Banco Mundial) y representantes del ámbito académico (la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres). Todo el material del Observatorio está a disposición en su sitio web.¹

Información y seguimiento. «Health Systems in Transition», una serie de 70 perfiles de países, ofrece respuestas analíticas a un conjunto normalizado de preguntas y utiliza definiciones claras para

establecer información de referencia y señalar lo que es característico de un país determinado. El Observatorio abarca toda la Región de Europa y otros países de la OCDE, lo que permite hacer comparaciones sistemáticas y un examen de las reformas con el transcurso del tiempo.

Análisis. El Observatorio produce estudios integrales sobre los principales elementos de los sistemas y las políticas de salud, entre ellos los hospitales, el financiamiento, la reglamentación, la ampliación de la Unión Europea, el seguro médico social, las adquisiciones, la atención primaria, las preparaciones farmacéuticas, la salud mental, los recursos humanos y las metas. Utiliza investigaciones de otras fuentes, o investigaciones metaanalíticas, y reúne a expertos de toda Europa para sintetizar conclusiones, analizar las experiencias de los países dentro de un marco conceptual y extraer enseñanzas prácticas y alternativas.

Difusión. La colaboración con las instancias normativas y sus asesores ayuda a asegurar que éstos puedan utilizar la información y los análisis generados. El Observatorio, a menudo en asociación con organismos que apoyan la reforma de los sistemas y las políticas de salud, organiza seminarios y talleres para pequeños grupos de instancias normativas de alto nivel sobre asuntos tales como las opciones de financiamiento, las implicaciones de la adhesión de nuevos Estados Miembros o la equidad.

¹ www.observatory.dk

No existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la atención primaria. En el documento de Alma-Ata había ambigüedades, debido a que el concepto denotaba tanto un nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de servicios. En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema.

Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. A los efectos del presente análisis, lo más importante son los principios (3), que se cifran en lo siguiente:

- acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades;
- adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- enfoques intersectoriales de la salud.

Principios perdurables en un entorno cambiante

En los últimos 25 años se han producido grandes cambios, a nivel mundial, nacional y local, en los entornos en cuyo marco los valores de la atención primaria deben traducirse en medidas. Entre las transiciones demográficas y epidemiológicas más importantes cabe citar el envejecimiento de las poblaciones, la explosión de VIH/SIDA y la creciente doble carga de morbilidad que arrostran los países de ingresos bajos y medios (véase el ejemplo del recuadro 7.2). Los progresos de la tecnología sanitaria han transformado muchos aspectos de la práctica médica y han generado expectativas respecto al tipo de funciones y servicios que deberían proporcionar los sistemas de salud.

Recuadro 7.2 La atención primaria en un entorno cambiante: las «casas de salud» de la República Islámica del Irán

El Gobierno de la República Islámica del Irán ha invertido mucho en la capacitación de los dispensadores de asistencia sanitaria. Los establecimientos de atención primaria, popularmente conocidos como «casas de salud», integran una red activa dotada de trabajadores de salud comunitarios, o *behvarzes*, capacitados y supervisados regularmente por el personal de los centros de salud de distrito. Los *behvarzes* prestan atención y asesoramiento básicos sobre muchos aspectos de la salud maternoinfantil y las enfermedades transmisibles más comunes. También registran la información sanitaria local a través del sistema de datos del «horóscopo vital», que contiene datos recogidos durante las visitas domiciliarias anuales. Este sistema ofrece información valiosa para planificar los servicios a escala tanto local como nacional. Hay un alto grado de participación en la atención de salud orientada hacia la comunidad; el 90% de la población tiene un plan de seguro médico, y algunos de esos planes están diseñados explícitamente para proteger a los pobres.

Hoy día, la República Islámica del Irán tiene ante sí varios retos para mantener esos logros en un entorno en mutación. Ha cambiado el perfil epidemiológico del país, en parte como consecuencia del éxito de la estrategia de atención primaria. La principal carga de morbilidad es atribuible a las enfermedades no transmisibles y los traumatismos, aunque hay algunas diferencias entre las provincias más ricas y las más

pobres. Está aumentando la urbanización, con los consiguientes cambios de los modos de vida. Está creciendo el sector de la salud privado. La gestión clínica de casos a menudo no se basa lo suficiente en pruebas científicas. Un estudio reciente sobre la financiación de la atención sanitaria demostró que el sistema de financiación no era tan equitativo como se había pensado: los pagos en efectivo son altos, y los pobres están menos protegidos de los gastos de salud catastróficos que antes.

El Gobierno procura responder a esos nuevos retos. Ya está empezando a reorientar las actividades de atención primaria desplegadas en las casas de salud. Las directrices técnicas para las intervenciones y la capacitación de los diferentes grupos de trabajadores de salud se están revisando como parte de un esfuerzo encaminado a mejorar la calidad de la atención. Se está deliberando sobre un conjunto de prestaciones comunes, sobre lo que éstas deben abarcar y quién las debe proporcionar, y específicamente sobre cómo hacer participar de manera más eficaz a los proveedores privados en las intervenciones más importantes, tanto preventivas como curativas, por ejemplo por contrato. Los diferentes planes de seguro se están examinando en el marco de un análisis más amplio de la financiación general de los sistemas de salud y se está debatiendo sobre los tipos de arreglos institucionales del sector público que permitirían mejorar la calidad y la eficiencia de los proveedores públicos.

También ha cambiado el contexto institucional de la planificación de las políticas de salud y de la prestación de atención sanitaria. Se han redefinido las responsabilidades y los objetivos de los gobiernos en el sector de la salud, de tal manera que muchas entidades del sector privado, lucrativas y no lucrativas, están desempeñando un papel cada vez más notorio en la prestación de atención sanitaria. Las fórmulas de colaboración responden a diversas razones, pero la falta crónica de financiación suficiente de los servicios de salud públicos es a menudo un importante factor. Los procesos de descentralización y las reformas del sector sanitario han tenido efectos dispares en el desempeño de los sistemas de atención sanitaria (4).

Las propias ideas y actividades asociadas a la atención primaria también se han transformado. En los años ochenta encontró aceptación el enfoque conocido como «atención primaria selectiva». Centrándose en los retos técnicos inherentes a la ejecución de intervenciones básicas limitadas en las zonas pobres, esta estrategia alentó las estructuras de programas «verticales». Estos programas hicieron posible importantes progresos, por ejemplo en lo relativo a la cobertura de inmunización y la reducción de la mortalidad en la niñez, pero no encajaban con la perspectiva integrada de la atención primaria desarrollada en Alma-Ata, en particular con su énfasis en la necesidad de abordar los determinantes socioeconómicos de la mala salud. En los años noventa el Banco Mundial recomendó un conjunto de intervenciones básicas de salud pública y un paquete de servicios médicos esenciales influido por los modelos de atención primaria, pero hubo voces críticas que pusieron en tela de juicio que esas estrategias respondieran adecuadamente a los mensajes de equidad y participación de la comunidad emanados de Alma-Ata (5).

Originalmente, la atención primaria y el movimiento en pro de la salud para todos representaba un esfuerzo destinado a cambiar las prácticas y las estructuras en el sector de la salud sobre la base de criterios de salud de la población. Las actividades posteriores de reforma del sector de la salud se han visto orientadas a menudo por criterios en gran medida ajenos a la salud (por ejemplo, promesas generales de descentralización o de reforma de la administración pública, o la necesidad de reducir los gastos del Estado). La reafirmación de los principios de la atención primaria por los interesados directos en la salud mundial demuestra el reconocimiento de la necesidad de retomar el criterio de salud de la población como base de las decisiones que afectan a la manera de organizar, retribuir y suministrar los servicios de atención de salud.

Aplicación de los principios en el marco de un enfoque sistémico

El presente informe reafirma un desplazamiento conceptual importante hacia el modelo de sistemas de salud basados en la atención primaria. Un enfoque sistémico permite resolver el conflicto potencial entre la atención primaria entendida como nivel diferenciado de asistencia y su acepción como enfoque general de la prestación de servicios de salud responsivos y equitativos. Este desplazamiento pone de relieve que la atención primaria está integrada en un todo más amplio, y que sus principios informarán y orientarán el funcionamiento del conjunto del sistema.

Un sistema de salud basado en la atención primaria:

- estará basado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial;
- tendrá en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de salud pública;
- creará las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos;

- organizará una asistencia integrada y sin fisuras, que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario;
- evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño.

Para lograr la atención integrada que prevé ese sistema, es necesario intervenir en todo el continuum de enfermedades. Y para hacer frente a la carga creciente de enfermedades crónicas, tanto transmisibles como no transmisibles, se requieren actividades iniciales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la comunidad, y actividades finales de manejo de las enfermedades en los servicios de atención sanitaria. Los dos modelos de atención sanitaria integrada, el modelo de atención a pacientes crónicos y su extensión – el innovador marco de la OMS de atención para las enfermedades crónicas –, promueven los conceptos de atención primaria: las asociaciones intersectoriales, la participación de la comunidad y una atención poblacional sin fisuras. La evidencia disponible respalda el uso de esos modelos integrados como medio de aplicación de los principios de atención primaria, pues se ha observado una reducción del gasto sanitario, un menor uso de los servicios de atención de salud y un mejor estado de salud (6–9).

La vinculación de la extensión del tratamiento contra el VIH/SIDA y el desarrollo de los sistemas de atención de salud constituye un reto decisivo. No existe un plan concreto de trabajo, pero están surgiendo ejemplos interesantes. Desde mayo de 2001, Médicos Sin Fronteras viene proporcionando terapia antirretroviral para el VIH/SIDA a través de los centros de atención primaria en la ciudad de Khayelitsha (Sudáfrica) (10). El suministro de tratamiento contra el VIH/SIDA en un entorno de atención primaria subraya las posibilidades de integración de los distintos tipos de asistencia y empieza a revelar de qué manera la extensión masiva del tratamiento puede inscribirse – y ayudar a impulsarlo – en un fortalecimiento general de los sistemas de atención sanitaria basado en los principios de la atención primaria. El programa de antirretrovirales de Khayelitsha aplica un modelo de prestación de servicios basado en las enfermeras y depende de una fuerte movilización de la comunidad para el apoyo por compañeros. Se ha demostrado que el tratamiento del VIH/SIDA se despliega con la máxima eficacia cuando:

- se consigue movilizar la totalidad del sistema de salud, e integrar las actividades de tratamiento contra el VIH/SIDA en el paquete básico de asistencia;
- los servicios de tratamiento están descentralizados para garantizar la cobertura y la participación de la comunidad;
- el tratamiento y la atención son parte de un «continuum asistencial» respaldado por un sistema de atención domiciliaria vinculado a los servicios y un sistema de derivación de casos.

Los recursos adicionales que deben canalizarse hacia los sectores sanitarios de los países para apoyar las actividades de control del VIH/SIDA, en particular la iniciativa «tres millones para 2005», se pueden usar de manera que refuercen horizontalmente los sistemas de salud. El desarrollo de estrategias específicas de contexto para conseguir tal cosa será parte de la colaboración técnica de la OMS con los países. Análogamente, si la comunidad internacional sigue las recomendaciones formuladas por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud para que se aumenten sustancialmente las inversiones mundiales en salud, los años venideros brindarán una oportunidad decisiva para desarrollar sistemas de salud orientados por la atención primaria.

La extensión masiva de los sistemas de salud basados en la atención primaria sigue tropezando con enormes obstáculos. En algunos países, violentos conflictos y otras emergencias han dañado seriamente a los sistemas de salud (véase el recuadro 7.3). Los sistemas se ven socavados por muchas formas de ineficiencia, como por ejemplo la dedicación por parte de los

poderes públicos de una parte desproporcionada del gasto sanitario a atención terciaria y a programas que no cubren de forma significativa la carga de morbilidad real (11). La falta de recursos financieros sigue siendo un problema fundamental. El gasto sanitario total es aún inferior a US\$ 15 por habitante en casi el 20% de los Estados Miembros de la OMS. En muchos países, especialmente en los más pobres, las personas que necesitan tratamiento para sí mismas o para sus familias pagan de su bolsillo el grueso de los servicios de salud que necesitan.

Todos los esfuerzos encaminados a mejorar los sistemas de atención sanitaria en los países en desarrollo se enfrentan a numerosos retos: la formación y retención del personal sanitario; la gestión de la información sanitaria; el financiamiento, y la rectoría pública en un contexto sanitario pluralista. En las secciones siguientes de este capítulo se analizan esos temas. Los sistemas afrontan también dificultades en muchas otras áreas, pero esos cuatro problemas exigen todas medidas urgentes que multipliquen la capacidad del sistema para alcanzar las metas de salud. Si no se superan las dificultades en esas áreas, poco se logrará avanzar para mejorar el acceso a la atención entre los pobres.

La crisis mundial de personal sanitario

El problema más delicado que afrontan los sistemas de atención sanitaria es la escasez de personal para hacerlos funcionar. Aunque especialmente grave en los países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana, esta crisis afecta a todos los países. Limita gravemente la

Recuadro 7.3 Reconstrucción del sector de la salud del Iraq

La Guerra del Golfo de 1991 y las sanciones económicas marcaron el comienzo del deterioro de un sistema de prestación de asistencia sanitaria que había sido ejemplar en la región durante los años ochenta. Los indicadores de salud decayeron hasta alcanzar niveles comparables a los de algunos de los países menos adelantados; se ha calculado que en 1996 las tasas de mortalidad infantil, mortalidad de niños y mortalidad materna eran, respectivamente, de 100/1000, 120/1000 y 300/100 000 nacidos vivos, lo que significa que se habían duplicado las cifras de 1990. El programa «petróleo por alimentos» llevó aparejado un mejoramiento relativo de la salud del pueblo iraquí, que se mantuvo empero lejos de los niveles anteriores a 1990. Los resultados de salud figuran ahora entre los de los más pobres de la región.

El Iraq está por debajo del promedio regional en cuanto al número de médicos en relación con la población (5,3 médicos por cada 10 000 habitantes en 2002); hay demasiados especialistas, pero pocos médicos y enfermeras de atención primaria. Después de la guerra de 2003 la infraestructura sanitaria, tras años de deterioro, se ha debilitado aún más por causa de los saqueos generalizados, la falta de electricidad y de abastecimiento de agua y la inestabilidad institucional.

Antes de la guerra de 2003 el sistema de salud estaba orientado hacia los hospitales, con un predominio de la atención curativa, y no respondía adecuadamente a las necesidades de salud. El imperativo de las instancias normativas iraquíes y la comunidad de donantes consiste en restablecer en el corto plazo los servicios básicos transformando al mismo tiempo los servicios de salud ineficientes e inadecuados hasta llegar a implantar un sistema orientado hacia la atención primaria, la prevención y políticas basadas en pruebas. El nuevo sistema debe hacer frente a la carga de morbilidad de la población del Iraq y ser asequible dentro de los límites de las finanzas públicas disponibles.

Los principales obstáculos con que tropieza el sector sanitario son

la capacidad limitada del Ministerio de Salud (y de las direcciones de salud de las gobernaciones) para desempeñar las funciones esenciales de salud pública; la falta de un conjunto de servicios de salud que abarque la atención a víctimas de catástrofes en caso de emergencia y servicios de diagnóstico y de laboratorio; la fuga de cerebros; la falta de un sistema de información para que las instancias normativas y ejecutoras adopten decisiones fundamentadas; la escasez de recursos financieros y la existencia de mecanismos poco claros para que haya una afluencia uniforme de fondos a fin de cubrir los costos de inversión y operativos del sistema; y la necesidad de una mejor coordinación entre todos los interesados en la salud para aprovechar óptimamente los recursos donados.

El personal superior del Ministerio de Salud, los funcionarios de la Autoridad Provisional de la Coalición y los representantes de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y donantes se reunieron en Bagdad en agosto de 2003 con objeto de determinar las prioridades inmediatas y de mediano plazo para hacer posible que el sector de la salud preste servicios accesibles, equitativos, asequibles y de calidad adecuada.

A fin de poder restablecer el funcionamiento del sector de la salud hasta alcanzar niveles anteriores a la guerra se requieren fondos para pagar sueldos y sufragar otros gastos fijos. Se calcula que las necesidades de financiación (de gobiernos y donantes) para los servicios de salud del Iraq en 2004 serán de unos US\$ 800–1600 millones (o sea US\$ 33–66 por habitante). Suponiendo que los ingresos serán continuos e irán aumentando, las proyecciones para el periodo 2004–2007 son de unos US\$ 3700–7800 millones, que al final del periodo se traducirán en un gasto público por habitante de US\$ 40–84. Sin embargo, es muy difícil prever los resultados económicos, la capacidad fiscal y la voluntad de los donantes de sostener al Iraq durante 2004–2007.

respuesta a la emergencia de tratamiento para el SIDA y el desarrollo de sistemas de salud orientados por la atención primaria, tanto más cuanto que el SIDA reduce la fuerza de trabajo disponible. La firme resolución de Botswana de proporcionar tratamiento antirretroviral gratuito a todos los ciudadanos que reúnan las condiciones se ve frustrada no por falta de fondos, sino por la grave escasez de personal de salud (12).

Por desgracia, tanto los gobiernos nacionales como los organismos internacionales siguen considerando que las cuestiones referentes al personal son relativamente poco importantes. Urge reforzar rápida y sustancialmente la fuerza de trabajo para sacar provecho de los fondos y los productos farmacéuticos de que ya disponemos.

La crisis de personal sanitario debe afrontarse en un entorno económico y político muy distinto del de hace 25 años. Los modelos tradicionales donde el Estado es el que directamente recluta, forma, contrata y despliega a los profesionales sanitarios ya no refleja la realidad de la mayoría de los países en desarrollo. La mayoría de los países han atravesado una fase de descentralización y reformas de la administración pública y del sector sanitario. Se ha producido una gran ampliación de las funciones de atención sanitaria de las organizaciones no gubernamentales y los proveedores privados. Además, todos los países forman ya parte del mercado mundial de profesionales de la salud, y los efectos del desequilibrio entre oferta y demanda no pueden sino acentuarse conforme aumente el comercio de servicios de salud (13). En consecuencia, es necesario desarrollar y evaluar nuevos modelos para reforzar al personal sanitario (14).

Dimensiones, composición y distribución del personal sanitario

El número de trabajadores sanitarios de un país es un indicador clave de su capacidad para extender masivamente las intervenciones. Donde más gravedad reviste esta crisis es en el África subsahariana, región donde la escasez de personal es reconocida como una seria dificultad para lograr los objetivos nacionales de salud y los ODM (15). En el Chad y en la República Unida de Tanzania, por ejemplo, el personal actual es a todas luces insuficiente para extender el alcance de las intervenciones prioritarias (16). Los países que afrontan esas graves escaseces de personal necesitan ampliar urgentemente el número de trabajadores sanitarios capaces de asumir tareas clave, en particular el suministro de servicios a nivel comunitario en las zonas subatendidas.

El número de trabajadores sanitarios de un país no es el único determinante del acceso a la atención primaria. La figura 7.1 muestra que el número de nacimientos atendidos por parteras cualificadas está sólo parcialmente relacionado con el número de profesionales sanitarios del país.¹ Guinea, Indonesia y el Paraguay disponen de cifras parecidas de personal de salud, pero presentan amplias diferencias en cuanto a cobertura. Ello se debe a varios factores, incluidos el perfil de aptitudes de los trabajadores sanitarios, su distribución geográfica y funcional y su productividad. Estos datos demuestran no obstante la necesidad de aumentar la eficacia del personal existente.

La discriminación por razón de sexo en las profesiones sanitarias tiene numerosas y serias implicaciones para la eficacia a largo plazo del sistema de atención de salud, y especialmente para el suministro de servicios a las poblaciones pobres y desfavorecidas. Un problema en concreto es la subrepresentación de las mujeres entre quienes gestionan y dirigen los servicios, pese a que la mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres. Por ejemplo, en Sudáfrica, los hombres representan sólo el 29% del personal en el conjunto de la Administración, pero ocupan el 65% de todos los puestos de gestión superiores (17). Sin una adecuada representa-

¹ En la base de datos de la OMS, la definición del término «profesionales de la salud» abarca médicos, enfermeras, parteras, dentistas y farmacéuticos.

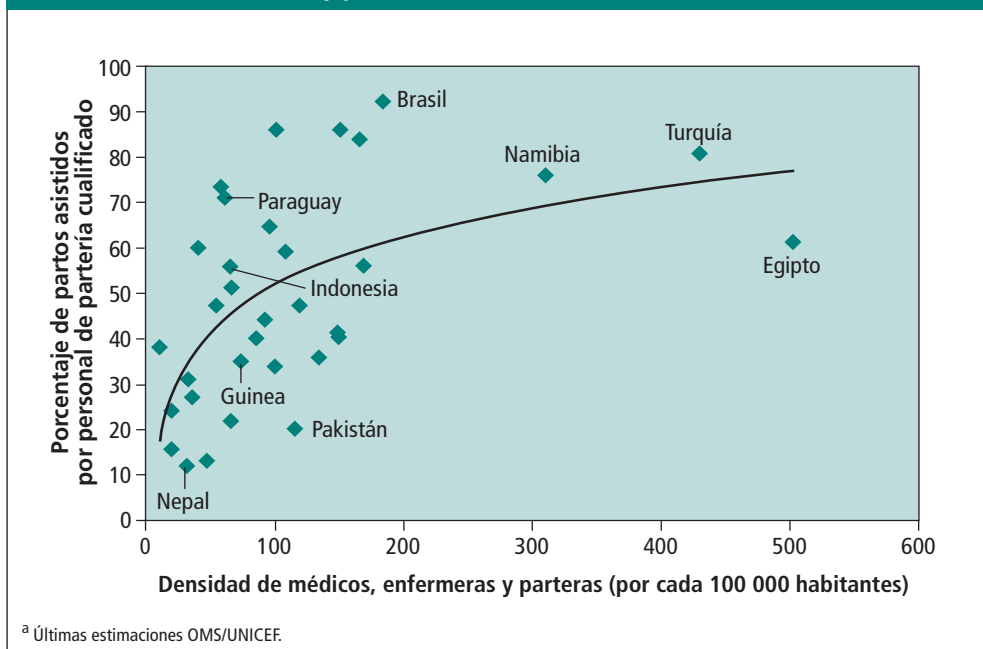
ción en los puestos de gestión y dirección, las necesidades de las mujeres como empleadas en el sistema de salud seguirán relegadas a un segundo plano. En términos más generales, las políticas y la planificación relacionadas con la fuerza de trabajo deben tener en cuenta aspectos relacionados con el género y el ciclo de vida, no sólo en aras de la equidad, sino también para posibilitar un desarrollo eficiente y eficaz de un sistema de atención sanitaria que responda a las necesidades particulares de las mujeres y satisfaga dichas necesidades.

Formación del personal

Para superar los urgentes retos planteados sentando al mismo tiempo unas bases más sólidas para los sistemas sanitarios, es necesario que los planificadores de la salud reflexionen sobre la composición del personal sanitario desde el punto de vista del nivel de formación y de las distintas especialidades. En los países desarrollados, los ensayos realizados con nuevas categorías de personal sanitario son una respuesta a las preocupaciones referentes a la contención de costos y la calidad de la atención. En los países en desarrollo esos ensayos constituyen una respuesta directa a una oferta limitada.

A fin de alcanzar los objetivos asociados a los sistemas de atención sanitaria orientados por la atención primaria, se necesitan nuevas alternativas de educación y formación en el servicio del personal sanitario, que aseguren que la fuerza de trabajo se ajuste más estrechamente a las necesidades de los países. La formación de estudiantes de países en desarrollo en instituciones de gran prestigio de los países desarrollados sólo es útil cuando no existe una alternativa local o regional. Aunque a nivel mundial hay aproximadamente dos veces más escuelas de enfermería que escuelas de medicina, en la Región de África hay 38 escuelas de enfermería y 64 de medicina. Ello indica que se está formando a demasiados trabajadores sanitarios muy costosos en lugares donde probablemente hay más necesidad de nuevos tipos de dispensadores de atención con una formación más centrada en la atención primaria. Es necesario fortalecer también al personal de salud pública, aplicando a la formación nacional o regional un nuevo

Figura 7.1 Relación entre los nacimientos asistidos por personal de partería cualificado y el número de profesionales de la salud^a en 33 países en desarrollo y países con economías en transición



enfoque que haga hincapié en el manejo de los problemas de salud a nivel de distrito (18).

La fuerza de trabajo que constituyen los médicos se ve complementada a menudo mediante la formación de enfermeras de atención directa, «médicos ayudantes» y profesionales de nivel medio. Estas categorías están integradas por profesionales sanitarios que pueden asumir muchas de las responsabilidades antes reservadas a quienes tenían el título de médico (véase el recuadro 7.4). Por ejemplo, muchos estudios llevados a cabo en países desarrollados muestran que las enfermeras de atención directa pueden reducir el costo de la asistencia sin perjuicio alguno, cuando no mejorando de hecho los resultados sanitarios (21, 22). En las Islas del Pacífico, muchos practicantes de nivel medio, con títulos como medex (extensionistas médicos), ayudantes sanitarios u oficiales de salud, contribuyen en gran medida a atender las necesidades curativas y preventivas, sobre todo en las zonas remotas o rurales (23). En otros países, agentes de salud comunitarios son adiestrados para realizar actividades muy concretas y de alta prioridad, lo que permite atender a poblaciones que se hallan fuera del alcance de los servicios oficiales de atención sanitaria.

En el pasado ha sido difícil sostener las estrategias de atención primaria basadas en agentes de salud comunitarios o en otro tipo de dispensadores de atención de salud (24), pero hay datos que sugieren que esas estrategias pueden ser eficaces si se asegura una capacitación adecuada (25, 26). Para lograr formar con éxito nuevos tipos de trabajadores sanitarios, es necesario valorar la peculiaridad de su contribución, en lugar de tratarlos como dispensadores de atención de segunda clase. Eso significa ofrecerles perspectivas de promoción profesional, posibilidades de rotación a y desde las zonas rurales y subatendidas, unas buenas condiciones de trabajo, oportunidades de trabajar en equipo con otros profesionales, y un sueldo suficiente. Cabe considerar que esos nuevos trabajadores representan no sólo una respuesta pragmática a la actual situación de escasez, sino también una cohorte cuyas aptitudes se podrán actualizar continuamente mediante formación en el servicio, de manera que a largo plazo se podría incorporar a categorías profesionales de más alta cualificación. Cada vez es mayor la evidencia de que los miembros de la comunidad pueden realizar muy diversas tareas de atención de salud, incluido el tratamiento de enfermedades más complejas (10, 25–28).

Emigración del personal sanitario

Los planificadores de políticas de todos los países están preocupados por la «fuga de cerebros» registrada entre el personal sanitario, tanto en los países como entre ellos, pero las investigaciones al respecto son aún incipientes (29). Los movimientos de profesionales de la salud reproducen fielmente las pautas de emigración de los profesionales en general. Aunque los médicos y enfermeras constituyen sólo una pequeña proporción de los emigrantes profesionales, su pérdida debilita a los sistemas de salud.

Recuadro 7.4 Capacitación de funcionarios médicos adjuntos: los *técnicos* de Mozambique

En 1984 se inició un programa de tres años destinado a formar funcionarios médicos adjuntos (*técnicos de cirugía*) para que practicara n intervenciones quirúrgicas bastante complejas en zonas remotas donde no se disponía de consultores (19). En el marco del programa se capacita a trabajadores de salud de nivel intermedio para que adquirieran las aptitudes necesarias en tres esferas prioritarias amplias, a saber: complicaciones asociadas al embarazo, complicaciones asociadas a traumatismos y afecciones inflamatorias de emergencia. Después de dos años de clases magistrales y sesiones de trabajos prácticos en el Hospital Central de Maputo, se hace una pasantía de un año en un hospital provincial bajo la supervisión directa de un cirujano.

Entre 1984 y 1999 se capacitó a 46 funcionarios médicos adjuntos, y la evaluación de su influencia en la calidad de la atención es prometedora. Por ejemplo, una comparación de 1000 cesáreas consecutivas realizadas por *técnicos de cirugía* con el mismo número de cesáreas realizadas por obstetras o ginecólogos mostró que no había diferencias entre los resultados de unos y otros en ese tipo de partos y en las intervenciones quirúrgicas asociadas (20). Muchos países han comenzado ya o están considerando la posibilidad de iniciar programas semejantes, alentados por la costoeficacia que se les atribuye. Deben seguir evaluándose las repercusiones potenciales de este tipo de trabajadores de salud tanto en la calidad como en la eficiencia de la atención.

Los desplazamientos internos de trabajadores hacia las zonas urbanas es un fenómeno corriente en todos los países. Dentro de una misma región se dan también movimientos de los países más pobres a los más ricos, por ejemplo de Zambia a Sudáfrica, o de la República Unida de Tanzania a Botswana. La «fuga de cerebros» más polémica es la emigración internacional de profesionales de los países pobres a los países ricos (30). Si bien lo que más acapara la atención es la fuga de médicos, lo que puede colapsar fácilmente el sistema de salud es la fuga de enfermeras y de otros profesionales sanitarios. En los países desarrollados hay una alta demanda de enfermeras, como consecuencia sobre todo del envejecimiento de la población. Se han dado algunos pasos para promover prácticas éticas de contratación internacional, pero aún no se han evaluado sus resultados (31).

La movilidad de los trabajadores está creando nuevos desequilibrios coincidiendo con el principio de la llegada de nuevos recursos financieros a algunos países en desarrollo. Esto obliga a planificar mejor el personal en los países desarrollados, prestar atención al tema de la remuneración y otras formas de recompensa en los países en desarrollo, y mejorar la gestión del personal en todos los países.

Pagar más y pagar de distinta forma

El incremento de los sueldos puede dar lugar a un aumento del número de profesionales sanitarios y de su productividad, y operar así como una medida eficaz en los países donde dichos trabajadores cobran menos que otras profesiones comparables. En cambio, en los países donde los sueldos pagados en el sector de la salud son mayores que los pagados en otras profesiones comparables, ese tipo de iniciativas tendrán menos éxito. Los sueldos constituyen el componente más importante del gasto sanitario, de ahí la necesidad de evaluar detenidamente cualquier aumento para determinar su impacto tanto en la disponibilidad y productividad de los trabajadores sanitarios como en el conjunto de los presupuestos. La intervención de los sindicatos del sector público en la negociación de aumentos salariales con los gobiernos añade complejidad a este asunto.

Además de los aumentos de sueldo, también es posible mejorar la productividad ofreciendo prestaciones no económicas como la vivienda, la electricidad y el teléfono, la formación en el servicio con supervisión profesional y las oportunidades de rotación y promoción. En el Senegal rural, el hecho de dotar a las enfermeras de motocicletas permitió no sólo aumentar la cobertura de inmunización sino también mejorar su acceso a la ayuda técnica y reducir su aislamiento (32).

Los incentivos, financieros y no financieros, pueden también reducir los desequilibrios geográficos en la distribución de los trabajadores sanitarios. Por ejemplo, en Indonesia, una gratificación de hasta el 100% del sueldo normal consiguió atraer a licenciados en medicina de Yakarta hacia las islas de la periferia (33). Se ha propuesto asimismo contratar y formar a personas de las zonas remotas, comprometidas en alguna medida con su región de origen.

Por último, las organizaciones no gubernamentales interesadas en la salud y los proveedores privados tienen una importante y cada vez mayor presencia en la mayoría de los países. Los gobiernos pueden estudiar la posibilidad de formar alianzas en las que el sector público proporcione ayuda financiera y las organizaciones no gubernamentales gestionen y suministren los servicios directos. Con frecuencia es posible conseguir trabajadores sanitarios privados en los lugares que resultan de difícil acceso para el sector público. En esas circunstancias, el establecimiento de programas formales, ya sea para contratar a proveedores privados o para reembolsar los servicios que faciliten, puede ser la respuesta más pragmática. A mediados de los años noventa el Gobierno de Guatemala se vio obligado a ampliar los servicios de atención sanitaria prestados a poblaciones subatendidas como parte de los acuerdos de paz nego-

ciados en esa ocasión, contratando así a más de 100 organizaciones no gubernamentales para que prestaran servicios básicos de atención de salud a unos tres millones de ciudadanos del país, predominantemente poblaciones indígenas y rurales, que hasta entonces no habían tenido acceso a esos servicios (34). Recientemente Camboya ha ensayado con éxito la posibilidad de contratar a organizaciones no gubernamentales y proveedores privados para suministrar servicios básicos a grupos subatendidos (35).

Mejorar la calidad: trabajadores y sistemas

Todos los sistemas de salud necesitan crear un entorno que favorezca un aprendizaje de equipo eficaz para mejorar la calidad. Aunque la calidad de la asistencia depende en parte de las características individuales de los trabajadores sanitarios, los niveles de desempeño están determinados en mucha mayor medida por la organización del sistema de atención sanitaria en el que trabajan. Muchas organizaciones de atención sanitaria están sustituyendo la práctica de responsabilizar de cualquier deficiencia a trabajadores sanitarios concretos por una cultura de aprendizaje en equipo y mejora compartida de la calidad.

Reconocer que la calidad de la atención sanitaria está determinada ante todo por el sistema constituye el primer paso para introducir mejoras en los procesos y los resultados de la asistencia. Para mejorar la calidad a nivel del sistema es necesario disponer de una definición clara de atención óptima y de un marco para cambiar el sistema. Entre los componentes esenciales de una atención óptima cabe citar los instrumentos de apoyo a las decisiones para los trabajadores sanitarios, con directrices de tratamiento formuladas por escrito y algoritmos diagnósticos y terapéuticos, y los suministros, equipo médico, medios de laboratorio y medicamentos necesarios. Se requieren también sistemas de información médica (computarizados o impresos), directrices para las visitas planificadas y el seguimiento activo, y apoyo sistemático a los pacientes para el automanejo de sus afecciones y la derivación hacia los recursos comunitarios. La evidencia disponible lleva a pensar que los sistemas de salud que cuentan con una atención primaria robusta e integrada se asocian a mejores resultados, probablemente porque posibilitan una atención más amplia, longitudinal y coordinada (36).

Se necesita también un método que permita a los trabajadores sanitarios efectuar mejoras (37). Los equipos de atención sanitaria deben ser capaces de concebir y ensayar cambios en su entorno local, para poder así introducir mejoras de forma sistemática en los procesos de atención sanitaria. Uno de esos métodos es el modelo para el mejoramiento (38), mediante el que los equipos de atención sanitaria pueden ensayar y evaluar rápidamente las mejoras potenciales de su trabajo. La colaboración en forma de grupos de equipos facilita la comunicación y propaga las innovaciones a otros grupos más amplios (39, 40).

Responder a la crisis de personal

Tomar medidas para resolver la crisis de personal no resulta fácil y obliga a prestar atención a todas las facetas de las necesidades del personal, desde la formación hasta su estado de ánimo, y desde los determinantes locales a los globales. La OMS ha desempeñado un importante papel de sensibilización en el fomento y mantenimiento de una toma de conciencia sobre la amplitud de esta crisis.

Algunas de las medidas se pueden tomar de forma inmediata, mientras que otras exigen más tiempo y planificación (véase el recuadro 7.5). En las circunstancias más apremiantes, por ejemplo en lo que respecta a la extensión masiva del tratamiento para el VIH/SIDA, los países pueden movilizar recursos comunitarios, voluntarios y curanderos tradicionales para colaborar en la expansión del acceso a la atención primaria (véase el recuadro 3.2 del capítulo 3). La productividad de los trabajadores sanitarios puede aumentarse mejorando las actividades

de supervisión, apoyo y mantenimiento del ánimo. A corto plazo, los gobiernos pueden iniciar programas que movilicen recursos no gubernamentales y del sector privado subcontratando la prestación de servicios, actualizando las aptitudes del personal y asegurando que éste disponga de los medicamentos y los suministros médicos que necesite para hacer su trabajo.

A medio plazo, los gobiernos pueden introducir cambios que requieran más planificación, reorientación del personal administrativo y cambios en la presupuestación tales como políticas de retribución, incentivos no económicos y una ampliación de la capacidad de formación. Se pueden adoptar nuevas directrices y políticas, y se puede intensificar la colaboración con las comunidades y los gobiernos locales. Es posible extraer importantes lecciones de la experiencia de los países, tanto de las muy exitosas como de las menos afortunadas (14). Los planificadores de políticas pueden sugerir que cualquier nuevo proyecto o política incluya una evaluación formal del impacto en los recursos humanos durante su preparación; y también se puede invitar a organismos internacionales y a donantes a sumarse a ese proceso (41).

Por último, los gobiernos no deben perder de vista las condiciones necesarias para motivar y sostener una buena prestación de servicios de salud. Para ello es necesario considerar seriamente la naturaleza dinámica del mercado de trabajo, y reconocer los límites y expectativas a largo plazo de los trabajadores sanitarios. Ello significa también delimitar más claramente las funciones esperadas de los proveedores públicos y privados en un futuro sistema de cobertura universal. La OMS está colaborando activamente con los países para formular soluciones a corto y largo plazo. En el recuadro 7.6 se da un ejemplo de la Región de las Américas.

Recuadro 7.5 Constitución de una fuerza de trabajo capacitada para el mañana

El proceso de establecer una fuerza de trabajo motivada con las aptitudes pertinentes puede comenzar de inmediato con los presupuestos y el personal existentes. Estas actividades también requieren inversiones continuas de tiempo y liderazgo y la participación de los trabajadores de salud y las comunidades en la planificación y la administración del propio futuro.

Entre las medidas inmediatas que se deben adoptar figuran las siguientes: movilización de las comunidades y los trabajadores de la comunidad; promoción de la participación de los curanderos tradicionales y reclutamiento de voluntarios; aumento de la productividad de los trabajadores de salud actuales mediante una mejor supervisión y un mayor apoyo; evaluación de la calidad de la práctica y consulta de las reacciones a esta última.

La reorientación del personal de gestión para que desempeñe nuevas funciones requiere tiempo y planificación. El proceso comprende lo siguiente:

- preparación y aplicación de programas de capacitación en el trabajo para mejorar aptitudes;
- contratación de servicios del sector privado y de organizaciones no gubernamentales;
- introducción de nuevas posibilidades de contratos flexibles de trabajo a tiempo parcial; mejora de las condiciones de trabajo y de la distribución de medicamentos y otros suministros médicos esenciales;
- fortalecimiento de la colaboración entre los trabajadores de salud, curanderos tradicionales, voluntarios y miembros de la comunidad.

La preparación para introducir cambios en las instituciones, las políticas y la legislación requiere estudios y análisis que deben comenzar de inmediato. Sin embargo, el diseño, la aprobación y la realización de los

cambios llevan tiempo y tendrán repercusiones a mediano plazo. Algunas medidas de esta índole son las siguientes:

- establecimiento de conjuntos de incentivos económicos y no económicos para mejorar la captación y la retención de personal;
- elaboración de un plan para mejorar la capacidad de formación y las prácticas de gestión;
- coordinación de las contribuciones de donantes para el desarrollo de la fuerza de trabajo; elaboración y aplicación de directrices sobre seguridad, protocolos clínicos y políticas contra la discriminación para mejorar las condiciones de trabajo;
- establecimiento de un amplio círculo de asociaciones con la sociedad civil.

Los problemas urgentes requieren una acción urgente. Sin embargo, los gobiernos no deben perder de vista las necesidades a largo plazo del sistema de salud. Mientras abordan las actividades más urgentes, pueden sentar las bases de políticas eficaces sobre la fuerza de trabajo mediante lo siguiente:

- análisis del mercado de trabajo, de los salarios relativos y de las tendencias de los suministros para diseñar políticas apropiadas de reclutamiento, retención y remuneración;
- planes de desarrollo a largo plazo para conseguir combinaciones apropiadas de aptitudes y una distribución geográfica satisfactoria de los profesionales de la asistencia sanitaria;
- expansión de las oportunidades de capacitación de personal de gestión y mejoramiento de las prácticas de gestión;
- desarrollo de estrategias para fortalecer la relación entre los proveedores públicos y privados y la financiación.

Información sanitaria: mejor pero no suficientemente buena

Evolución de la información sanitaria

La falta de información sanitaria adecuada y la falta de personal aumentan el riesgo de colapso de algunos sistemas de atención sanitaria y amenazan la viabilidad de otros a largo plazo. Los sistemas de atención sanitaria orientados a aplicar los principios de la atención primaria exigen sistemas robustos de información sanitaria que permitan entender cabalmente las necesidades de salud de las poblaciones, sobre todo de las pobres y marginadas; que comprueben que los programas estén llegando a los más necesitados; que midan los efectos de las intervenciones, y que evalúen y mejoren el desempeño. Como se ha señalado antes, los instrumentos y estructuras destinados a obtener, organizar y compartir la información son indispensables para mejorar la labor de cada uno de los proveedores de atención sanitaria y para aumentar la calidad de la atención en todo el sistema.

En el momento de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, la cantidad de información a disposición de los planificadores de las políticas sanitarias era limitada. Las principales fuentes de información sanitaria basada en la población eran el registro civil, el censo, las encuestas nacionales y los estudios de investigación. La información procedía de los sistemas de notificación sistemática que funcionaban a nivel de los servicios; sin embargo, rara vez se procedía a reunir y usar datos a escala nacional, y se carecía de mecanismos de retroinformación del nivel central al local.

Los progresos realizados desde entonces en el campo de la información sanitaria han sido sustanciales. Se dispone ahora de un volumen creciente de datos sobre el estado de salud, la utilización de los servicios de salud y los determinantes de la salud, obtenidos mediante encuestas de entrevistas sanitarias basadas en la población. Muchos países disponen ya de buenos datos, desglosados por sexo, sobre los niveles y tendencias de la mortalidad en la niñez, la cobertura de determinadas intervenciones sanitarias, y la incidencia y prevalencia de determinadas enfermedades. A menudo poseen también algo de información sobre la equidad sanitaria. No obstante, sigue habiendo lagunas muy importantes. Las mediciones de la mortalidad adulta son deficientes en la mayoría de las poblaciones, y por lo general no se dispone

Recuadro 7.6 El Observatorio de Recursos Humanos en las reformas del sector de la salud

El Observatorio es una iniciativa de cooperación promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas. Sus objetivos son producir y compartir conocimientos entre los países de la Región en apoyo de las decisiones de política en materia de recursos humanos, y mejorar el desarrollo de la fuerza de trabajo en el sector de los servicios de salud.

La iniciativa propicia la creación de grupos interinstitucionales nacionales (por ejemplo, entre ministerios de salud, universidades y asociaciones de profesionales) encargados de recopilar información sobre la reserva de recursos humanos para la salud y analizar los desequilibrios y las tendencias, priorizar las cuestiones por abordar en el marco de un programa, y asesorar sobre la formulación de políticas a largo y a mediano plazo. Diecinueve países participan en la iniciativa, con diferentes intereses y prioridades según las circunstancias nacionales. Los esfuerzos de formación de redes están encaminados a posibilitar que las experiencias de los países sean aplicables en otros contextos mediante la construcción de bases de datos y la difusión de las enseñanzas extraídas.

Las principales lecciones aprendidas hasta la fecha son las siguientes:

- El Observatorio contribuye a mejorar la función de rectoría de los ministerios de salud en la esfera de los recursos humanos.
- Los grupos interinstitucionales del Observatorio pueden ayudar a mantener el programa de recursos humanos durante los periodos de transición entre una administración y otra.
- Es necesario integrar a los principales interesados directos, a saber: las universidades, los ministerios de salud y las asociaciones de profesionales, aunque haya conflictos sustanciales entre ellos.
- Es preciso acumular evidencia a partir de fuentes estadísticas más fidedignas y estables (por ejemplo la Organización Internacional del Trabajo y encuestas domiciliarias).
- Deben encontrarse nuevos enfoques a fin de que la información sirva para orientar las políticas (por ejemplo para mejorar la distribución geográfica y corregir desequilibrios entre los sistemas público y privado).

Se puede encontrar información general sobre la red, sus reuniones y enlaces útiles en: http://observatorio_rh.tripod.com/.

de datos precisos sobre las causas de defunción. La morbilidad correspondiente a la mayoría de las dolencias no se mide adecuadamente; la cobertura y los costos de muchas intervenciones no son objeto de un monitoreo idóneo, y no se dispone de información suficiente para vigilar la equidad satisfactoriamente; la calidad de la información sanitaria suele ser muy variable y poco circunstanciada, y a todo ello se añade una escasa normalización de las definiciones y metodologías.

Un detalle crítico es que el recurso a información sanitaria para la gestión de los servicios de salud a nivel local y para la formulación y planificación de políticas sanitarias a nivel nacional sigue siendo limitado. Son muy pocos los países que han desarrollado sistemas de información sanitaria eficientes y atentos a las necesidades de los usuarios en los distintos niveles: local, nacional y mundial. Gran parte del trabajo de acopio y análisis de información es impulsado por programas de salud verticales, a menudo en el contexto de iniciativas internacionales, y sin un trabajo paralelo de integración.

Un sistema de información impulsado por la atención primaria

En el contexto de los sistemas de salud impulsados por la atención primaria, un sistema de información sanitaria puede definirse como un esfuerzo integrado de acopio, procesamiento, notificación y uso de información y conocimientos sanitarios con objeto de influir en la formulación de políticas, la acción programática y las investigaciones.

Los sistemas de información sanitaria hacen uso de una amplia gama de instrumentos y métodos de acopio y análisis de datos. La existencia de estadísticas precisas y continuas sobre eventos demográficos básicos son un pilar fundamental de cualquier política sanitaria y pública que se quiera racional. Los sistemas nacionales de registro civil (empleados como referencia) abarcan actualmente menos de la tercera parte de la mortalidad estimada en el mundo. Existen disparidades regionales importantes, desde más del 90% de cobertura de toda la mortalidad en la Región de Europa a menos del 10% en las Regiones de Asia Sudoriental y de África (42, 43) (véase el cuadro 7.1). La cobertura está mejorando lentamente. Se ha hecho un gran esfuerzo para desarrollar alternativas menos caras y más precisas que el certificado de defunción tradicional, como los sistemas de registro por muestras y las preguntas encuestales o censales sobre las muertes de hermanos o las muertes en el hogar. Usado aisladamente o con los sistemas de registro civil asociados, el muestreo puede mejorar la cobertura de los eventos cuando se dispone de pocos recursos. Estos sistemas se han introducido en China y la India, por poner dos ejemplos, y pueden aplicarse a otros entornos escasos de recursos (véase el recuadro 1.1 del capítulo 1).

Las encuestas domiciliarias basadas en la población se han convertido en la principal fuente de información sanitaria. Gran parte de la información generada por las encuestas está basada en la autonotificación, lo que plantea dudas en cuanto a la fiabilidad, la validez y la comparabilidad entre poblaciones. En materia de morbilidad y evaluación de las intervenciones, urge estudiar la posibilidad de hacer una inversión mucho mayor en el acopio de datos biológicos y médicos en las encuestas (44). En la mayoría de los países, las consideraciones relativas a la equidad no están aún plenamente integradas en los sistemas de información sanitaria.

Cuadro 7.1 Disponibilidad de datos de registros de mortalidad (número de países por regiones de la OMS)

Región	Datos utilizables	Cobertura completa	Total países
África	4	1	46
Las Américas	32	14	35
Asia Sudoriental	4	0	11
Europa	48	39	51
Mediterráneo Oriental	7	4	22
Pacífico Occidental	22	8	27
Total	117	66	192

La información sanitaria puede utilizarse al menos con cuatro objetivos distintos pero relacionados, a saber, la toma de decisiones estratégicas, la aplicación o gestión de programas, el monitoreo de los resultados o los logros, y la evaluación de lo que funciona y lo que no. La toma de decisiones estratégicas por los planificadores de políticas sanitarias debería basarse en la mejor evidencia disponible. Los datos procedentes de los sistemas de registro civil, los estudios epidemiológicos, las encuestas domiciliarias, los censos y los proveedores de servicios de salud proporcionan a menudo una información muy incierta sobre el verdadero valor poblacional de un indicador sanitario. La evaluación de cualquier indicador sanitario debe basarse en la integración de toda la información pertinente y en el uso de criterios como la coherencia interna y el conocimiento previo de antecedentes de la enfermedad, de modo que puedan mejorarse las estimaciones realizadas a partir de datos poco fiables o incoherentes.

Aparte del uso tradicional de modelos de estimación de las tablas de mortalidad en las zonas donde los sistemas de registro civil no alcanzan tasas altas de cobertura, a la hora de determinar la incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a las enfermedades se recurre crecientemente a modelos explícitos para calcular las mejores estimaciones a partir de datos poblacionales inciertos, incompletos o contradictorios. Se ha centrado la atención en los niveles nacional, regional y mundial, pero disponemos cada vez más de estimaciones de alcance local, incluidos distritos.

Los problemas y deficiencias de las estadísticas rutinarias de los servicios de salud son sobradamente conocidos (45). Varios países han hecho ya algunos progresos en el desarrollo de sistemas rutinarios de información sanitaria, incluido el uso de mejores tecnologías, técnicas de cartografía, y una mayor atención a las necesidades de los usuarios locales. La introducción de nuevas tecnologías en un sistema bien diseñado posibilita una mejor vigilancia de enfermedades clave, así como un monitoreo más preciso y oportuno de los programas.

Mejorar los sistemas de información

En los últimos años se han hecho esfuerzos considerables para reformar globalmente los sistemas de salud, prestando más atención a la descentralización de los recursos y la adopción de decisiones hacia los distritos. Dichas reformas entrañan la necesidad de mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel local. Al mismo tiempo, ha ganado aceptación la idea de que los individuos y las familias tienen que participar a nivel local en la generación, la difusión y el uso de información sanitaria. Hacer que las personas intervengan en la planificación y aplicación de la atención de salud era uno de los principios fundamentales de Alma-Ata, y sigue teniendo importantes implicaciones para el funcionamiento de los sistemas de información sanitaria.

La equidad sanitaria es otro de los principios clave de la atención primaria. Para estudiarla hay que poder medir las desigualdades en el acceso y el uso de los servicios de salud, en los factores de riesgo y en resultados sanitarios clave. Es necesario también identificar los grupos de población más desfavorecidos, a menudo personas pobres, grupos étnicos y mujeres. Este tipo de información impone una carga adicional considerable a los sistemas de información sanitaria y no se proporciona de forma sistemática en muchos países. Las encuestas constituyen actualmente el método más importante de acopio de información sobre el componente de equidad de la salud, pero queda aún mucho trabajo por hacer para integrar el monitoreo de la equidad en los sistemas de información sanitaria, tanto en las encuestas como en otros métodos de acopio y análisis de datos. El objeto de la Encuesta Mundial de Salud, lanzada por la OMS en 2001, es proporcionar datos válidos, fiables y comparables sobre la salud de la población y el desempeño de los sistemas de salud, utilizando para ello encuestas de hogares. El programa hace hincapié en la vigilancia de los ODM y en algunos resultados críticos entre las poblaciones pobres.

Es necesario mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel local, nacional e internacional, y es preciso que haya una mayor integración entre esos niveles para hacer frente a las amenazas que se ciernen sobre la salud mundial y para poder asimilar el caudal de nuevos conocimientos (véase el recuadro 7.7). Los países se beneficiarán sobremanera si los sistemas de información sanitaria están basados en un plan nacional que ofrezca un marco, indicadores, y estrategias de acopio, análisis y difusión de datos. En el plan estratégico debería especificarse también cómo se aplicarán y complementarán entre sí los distintos instrumentos y métodos, de qué manera se cubrirán las necesidades de información sanitaria a nivel subnacional, nacional y mundial, y qué tipo de inversiones se requerirán. Esto último incluye recursos humanos, infraestructura (tecnología, laboratorios, etc.) y presupuestos operacionales para las actividades de acopio de datos sanitarios. Es necesario que los planes nacionales se apliquen bajo la orientación y supervisión de órganos nacionales, con la participación de distintos niveles de usuarios y expertos técnicos como interesados directos.

La Red de Sanimetría

Para fortalecer esos sistemas se requiere un esfuerzo de colaboración. La Red de Sanimetría que se ha previsto lanzar en 2004 se centrará en la mejora de la disponibilidad y la utilización de información sanitaria fiable para la formulación y planificación de políticas, el seguimiento y evaluación de programas, la vigilancia de los objetivos internacionales y la medición de la equidad sanitaria. Gracias a la colaboración de numerosos asociados, así como a una atenta planificación y al establecimiento de metas claras, la Red aspira a fortalecer la capacidad de

Recuadro 7.7 Información fidedigna y oportuna sobre la salud

InterRed Salud (HIN) es una iniciativa liderada por la OMS, establecida en el marco del Plan de Acción del Milenio de las Naciones Unidas para satisfacer las necesidades de información de los profesionales de la salud, investigadores e instancias normativas de países en desarrollo.¹ Desde su creación en septiembre de 2000, la HIN ha contribuido a mejorar la salud utilizando Internet para promover la circulación de información sanitaria concentrando la atención en el contenido, el acceso a Internet y el fortalecimiento de la capacidad.

La HIN ofrece al personal de dependencias gubernamentales, institutos de enseñanza y de investigación y otras entidades sin fines de lucro una vasta biblioteca de salud en línea. Los organismos internacionales, las organizaciones nacionales y representantes de los ámbitos académicos y privados están contribuyendo a su contenido, y la HIN está colaborando con asociados locales para publicar información sanitaria local. Las cinco áreas temáticas prioritarias son: revistas científicas y biomédicas, recursos para la enseñanza y la capacitación, información para las políticas y prácticas sanitarias, datos estadísticos y programas informáticos para la gestión de la salud pública y la clínica.

Durante su primer año de existencia, la HIN hizo grandes adelantos en materia de suministro de información sanitaria. Gracias a un acuerdo concertado por la OMS con las principales editoriales biomédicas del mundo, hay ya 2200 publicaciones médicas y científicas disponibles en línea para las instituciones públicas y sin fines de lucro de 113 países en desarrollo. La Iniciativa de Acceso a la Investigación (HINARI) está poniendo a disposición revistas en línea de forma gratuita o a precios muy reducidos, según la capacidad de pago de cada país.

En la segunda fase de la HIN se está proporcionando la informa-

ción actualizada necesaria para formar a personal sanitario y mejorar sus aptitudes. Comprende cursos en línea y referencias sobre salud pública, medicina y enfermería, así como sobre temas especializados, para los profesionales de países en desarrollo.

El personal de salud necesita un acceso fácil, fiable y asequible a Internet para poder emplearla en su trabajo. La infraestructura y los costos son obstáculos importantes, y fuera de muchas capitales la utilización de Internet es limitada porque las fuentes de energía son poco seguras y los proveedores del servicio son escasos. La HIN de la India se desarrolló para poner a prueba la logística, los costos y las modalidades de asociación a fin de mejorar el intercambio de información con zonas remotas. Ha establecido sitios de acceso a Internet en hospitales, consultorios, institutos de investigación y enseñanza y establecimientos de salud pública en dos estados. Los asociados locales desempeñaron una función clave en el suministro, la instalación y el mantenimiento del equipo y el software informáticos, así como en el establecimiento de conexiones a Internet. El aumento de la capacidad es esencial, y la HIN ofrece material didáctico que las instituciones utilizan a fin de que los trabajadores de salud, las instancias normativas y los investigadores tengan las aptitudes necesarias para encontrar, utilizar y compartir información de salud pública en línea.

Las estrategias eficaces y bien documentadas para cerrar la brecha digital en lo concerniente a la información sanitaria siguen siendo la excepción en lugar de la norma. Como ha dicho el coordinador de un programa sobre el terreno contra la tuberculosis en la India: «sin computadoras y sin Internet, estamos luchando contra los problemas de salud del siglo XXI con instrumentos del siglo XIX».

¹ Web site: www.healthinternetwork.net

los sistemas de información sanitaria para proporcionar puntualmente información de alta calidad en un formato de utilidad para las actividades de salud pública a nivel nacional, subnacional y mundial. Se trata de una alianza amplia que abarca a la OMS, otras organizaciones internacionales, organismos bilaterales, fundaciones, ministerios de salud, organizaciones de estadística, instituciones académicas y organizaciones representantes de la sociedad civil. Hacia falta una red de este tipo para aumentar la eficiencia y la eficacia de la asistencia proporcionada por los inversores en información sanitaria. La alianza constituida por esta Red de Sanimetría debería también poder acelerar el desarrollo y multiplicación de innovaciones en materia de vigilancia y evaluación de situaciones sanitarias y programas de salud. La normalización y el perfeccionamiento de los métodos de evaluación de la calidad de la información sanitaria facilitarán considerablemente la medición de los progresos hacia el logro de objetivos mundiales tales como los ODM.

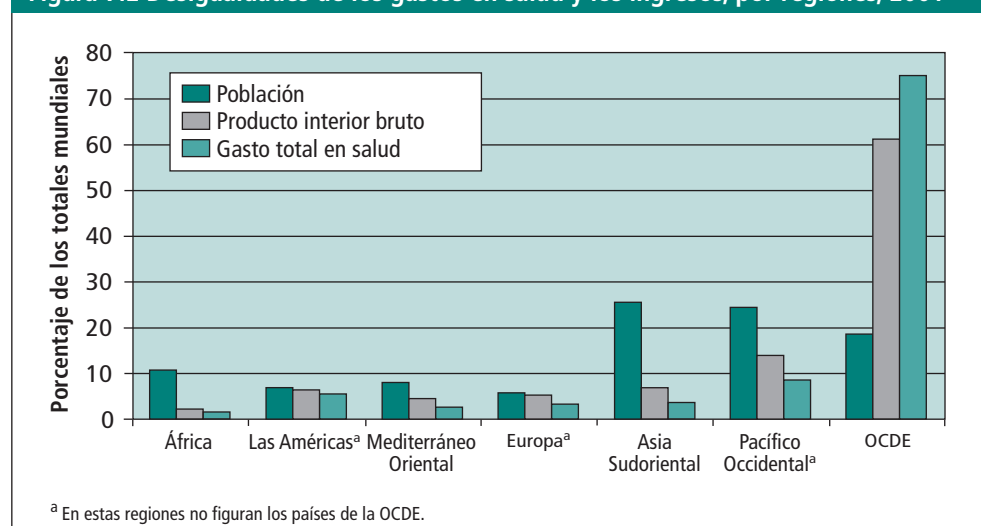
Financiación de los sistemas de salud

Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno.

A nivel mundial, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado sobre todo por los rápidos cambios experimentados por la tecnología y por unas instituciones de financiación y prestación de atención crecientemente complejas. Sin embargo, en los países más pobres del mundo, el crecimiento del gasto sanitario ha sido lento, si no nulo. En consecuencia, se observan hoy grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial (véase la figura 7.2). Los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos representaban menos del 20% de la población mundial en el año 2000, pero concentraban casi el 90% del gasto sanitario mundial. A la Región de África le corresponde aproximadamente un 25% de la carga mundial de morbilidad, pero sólo en torno a un 2% del gasto sanitario mundial (véanse los cuadros 4 y 5 del anexo).

Mientras que el nivel de gasto ha cambiado, los mecanismos de financiación de los sistemas de salud no lo han hecho. En 1978, la OMS barajaba las mismas fuentes de financiación sobre las que hoy se debate, a saber, los impuestos generales, los impuestos para fines específicos, la

Figura 7.2 Desigualdades de los gastos en salud y los ingresos, por regiones, 2001



seguridad social, la financiación de base comunitaria, los honorarios y la asistencia externa (46). Sin embargo, aún no disponemos de estudios sobre las políticas aplicadas. Por ejemplo, en una revisión reciente de 127 estudios sobre planes comunitarios de seguro médico se halló que sólo dos de ellos presentaban la suficiente congruencia interna para poder extraer conclusiones respecto al impacto en la utilización y la protección financiera (47). Sin una información fidedigna, las políticas de financiación de la salud siguen estando dominadas por las opiniones más que por la evidencia.

Desarrollo de una financiación sostenible

Las decisiones de política sobre los mecanismos de financiación tienen muchas repercusiones. Influyen en aspectos tales como la cantidad de dinero eventualmente movilizable, la mayor o menor equidad con que se recauden y apliquen los recursos, y la eficiencia de los servicios e intervenciones resultantes. El contexto en que se despliegue la financiación sanitaria modificará significativamente sus efectos. Sin embargo, los principios para mejorar la financiación sanitaria son esencialmente los mismos en todas partes: reducir las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio; aumentar el rendimiento de cuentas de las instituciones responsables de gestionar los seguros y la provisión de atención sanitaria; mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas para los fondos de salud; y recaudar dinero mediante mecanismos administrativos eficientes. Por el contrario, las cuestiones de política más importantes relacionadas con la financiación de la salud son muy diferentes en los países ricos y los pobres. Por ello, en el análisis que sigue a continuación se consideran por separado los países de ingresos altos, medios y bajos.

En los países de ingresos altos, con rentas per cápita superiores a US\$ 8000, los recursos para la salud son relativamente abundantes pero no siempre están distribuidos de forma equitativa. Una media del 8% de la renta nacional se dedica a la salud. Entre esos países, el gasto sanitario anual va de US\$ 1000 a más de US\$ 4000 per cápita. Las cuestiones que dominan los debates sobre la financiación de la salud guardan relación sobre todo con la eficacia del gasto, la contención de los costos y la equidad.

En los países de ingresos medios, con una renta per cápita situada entre US\$ 1000 y US\$ 8000, los recursos son más limitados y el acceso a los servicios de salud es menor. Los países de esta categoría invierten entre el 3% y el 7% de la renta nacional en salud, lo que representa un gasto anual de entre US\$ 75 y US\$ 550 per cápita. En estos casos el sistema de financiación sanitaria suele ser un serio obstáculo para lograr que las intervenciones sanitarias sean accesibles para todo el mundo. Con frecuencia la población está segmentada entre aquellos que poseen un empleo en la administración o el sector formal, las personas que se benefician de unos sistemas de seguro médico relativamente bien financiados, y las personas que dependen de servicios dirigidos por el ministerio y escasamente financiados o que se ven obligadas a pagar de su bolsillo la atención privada. Muchos de estos países, sobre todo de Asia, movilizan muy poco dinero a través del sector público.

En los países de ingresos bajos, con una renta anual per cápita de menos de US\$ 1000, los debates sobre la financiación sanitaria están dominados por la limitación fundamental que constituye la escasez de recursos. En la mayoría de esos países, sólo un 1%-3% del producto nacional bruto se dedica a la salud y, al ser tan baja la renta per cápita, eso se traduce en un gasto sanitario por habitante de entre US\$ 2 y US\$ 50. Aunque estos países invirtieran el 10% de su renta en servicios de salud, esa inversión, repartida equitativamente en toda la población, sólo permitiría ofrecer una atención sanitaria muy precaria.

Las políticas públicas deben impedir que los honorarios percibidos en el punto de servicio se conviertan en un obstáculo para obtener la atención necesaria, o en una catástrofe financiera

para los hogares. En la práctica, las políticas sobre los honorarios dependen de la capacidad de pago de la población, de su impacto en la utilización, del tipo de servicios proporcionados, y del impacto de esos honorarios en la calidad y disponibilidad de los servicios. En los casos en que es posible mantener o mejorar la calidad del servicio, la eliminación de los honorarios puede propiciar un aumento del acceso; ésta parece ser la reciente experiencia de Uganda, donde se eliminaron los honorarios cobrados a los usuarios gracias a que el Gobierno aumentó simultáneamente su apoyo financiero y administrativo. En los casos en que no es posible mantener o mejorar la calidad del servicio por otros medios, los honorarios pueden operar como incentivos y recursos decisivos para poder seguir ofreciendo los servicios; así ha ocurrido con la Iniciativa de Bamako, en la que el mantenimiento de los honorarios ayudó a garantizar la disponibilidad de los medicamentos mientras otros programas fracasaban (48). Así pues, la política pública relativa a los honorarios debe ser pragmática, y ha de basarse en una detenida consideración del contexto y del impacto neto en el acceso de la población a unos servicios de salud de buena calidad.

Para sostener el sistema de salud sin depender estrechamente de los honorarios es necesario movilizar otras fuentes, incluidos impuestos generales para fines específicos, cuotas de la seguridad social, primas de seguros privados, o mecanismos de prepago de seguros comunitarios. En la práctica, el recurso a una u otra fuente dependerá de la capacidad de pago de la población, de la capacidad administrativa para recaudar dinero, del tipo y calidad de los servicios que se ofrezcan y de la eficacia de las instituciones y los mecanismos de financiación existentes.

En los países de ingresos bajos, los impuestos generales son una opción muy atractiva para cimentar un sistema público robusto de prestación de servicios de salud, por cuanto desde el punto de vista administrativo son más fáciles de gestionar que los más complejos sistemas de seguro o regulación. Sin embargo, los impuestos generales sólo funcionan cuando coinciden una base impositiva amplia, una administración fiscal eficaz y unos mecanismos adecuados de asignación de los fondos a los servicios de salud y de uso de los mismos. Si alguna de esas condiciones no se cumple, la alternativa más eficaz puede ser establecer un administrador independiente del seguro social, o bien alentar la formación de programas de seguro comunitario. El pragmatismo constituye un valioso principio orientativo para hallar la manera de movilizar y aplicar los recursos para mejorar la salud.

Resolver los estrangulamientos del sistema

Desde la aparición del «paquete mínimo» estándar de principios de los noventa, se han dado grandes pasos para racionalizar la elección de las intervenciones prioritarias. Hoy día disponemos de nuevos instrumentos. Por ejemplo, el proyecto OMS-CHOICE es una base de datos sobre el impacto sanitario y el costo de un gran número de intervenciones sanitarias, resumibles en medidas de prevención, promoción, curación y rehabilitación (49). La priorización de las intervenciones costoeficaces es tanto más importante cuando se dispone de nuevos fondos para invertirlos en el sector sanitario. Hay que velar por que los fondos externos se añadan a los nacionales, en lugar de reemplazarlos, pero también por que la financiación procedente de fuentes externas no ocasione una (mayor) fragmentación del sistema nacional de salud.

Los nuevos fondos eliminan sólo uno de los obstáculos a una atención equitativa y universal. Así, es necesario también que las instituciones beneficiarias de esos fondos adicionales, gubernamentales o no gubernamentales, introduzcan mejoras en la aplicación de los programas. El manejo del creciente flujo de fondos obliga a reforzar la dotación de personal capacitado, los sistemas de información, los mecanismos de auditoría y los controles financieros.

Así pues, mientras persisten los problemas de movilización de recursos, la asignación de éstos orientada por los resultados también exige nuevas estrategias. Para gestionar eficazmente los nuevos fondos de que se empieza a disponer para el sector de la salud, sobre todo en países del África subsahariana, se requieren formas innovadoras de presupuestación a medio plazo. Hay que hallar soluciones que desatasquen los estrangulamientos del sistema – en materia de recursos humanos y en otras áreas – que dificultan la conversión de esas mayores cantidades de dinero en mejores resultados sanitarios. Un enfoque prometedor es la Presupuestación Marginal para Estrangulamientos, basada en las actividades de varios países de África occidental. Cuando elaboran sus planes de gasto a medio plazo, los ministerios de salud tienen que identificar claramente los estrangulamientos del sistema y costear las estrategias necesarias para desbloquearlos. Este enfoque ha cosechado resultados alentadores en Malí y Mauritania, y va a implementarse ahora en varios estados de la India (50).

Sistemas de salud pro equidad: función central de los gobiernos

Si una responsabilidad crucial del sistema de salud consiste en estrechar las brechas de equidad sanitaria – principio fundamental de la atención primaria –, un criterio para evaluar las estrategias de formación de personal, la información sanitaria, las estrategias de financiación y otros aspectos debe ser la consideración de hasta qué punto esas estrategias favorecen la equidad.

El refuerzo mutuo de la pobreza y la mala salud es un fenómeno cada vez mejor conocido, y la evidencia de que los recursos, los esfuerzos y los resultados se distribuyen desigualmente y de forma poco equitativa no hace más que crecer. Los estudios de incidencia del beneficio muestran de manera sistemática que las personas que viven en la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas (51–55). Pero la renta no es el único factor determinante. La pobreza es fundamentalmente una situación en la que los individuos carecen de la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades, colmar sus aspiraciones y participar plenamente en la sociedad (56), de modo que la falta de empoderamiento político y de educación son factores que también contribuyen a excluir a las personas de la atención sanitaria. La discriminación por razón de género, raza o etnia alimenta considerablemente las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de atención sanitaria.

Las políticas que mejoran los indicadores sanitarios agregados de un país no siempre son justas o favorables a la equidad. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que «ir contra corriente», con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados (57–60). Comoquiera que esté configurado el sector sanitario de un país, si se desea conseguir resultados pro equidad, es fundamental que el gobierno instaure una rectoría eficaz de todo el sector de la salud, incluidas las funciones de supervisión, monitoreo y ejecución de las políticas de salud.

Perfiles de inequidad en el acceso a la atención

Las estrategias de atención sanitaria pro equidad dependerán del contexto. La diferencia más importante entre ellas guardará relación con el perfil de inequidad que caracterice al acceso a la atención, que puede adoptar tres formas. En los países más pobres, ese perfil se resume en una situación de privación masiva: la mayoría de la población ve limitado considerablemente y en parecida medida su acceso a los servicios de atención de salud, mientras que una peque-

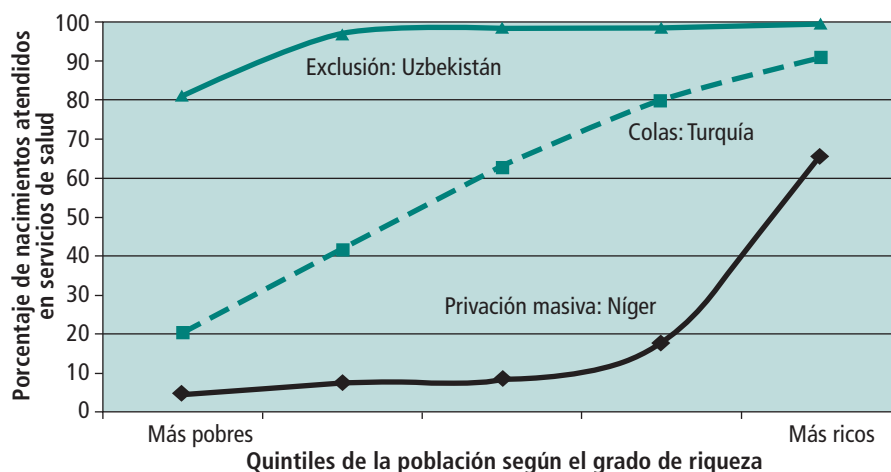
ña clase privilegiada encuentra la manera de obtener la atención que necesita. En otros países con una situación económica algo mejor, esas inequidades adoptan la forma de «colas»: el acceso general a los servicios de salud es mejor, pero los grupos de ingresos medios y altos son los que más se benefician, mientras que los más pobres tienen que esperar a beneficiarse de un efecto de «goteo». En algunos países las inequidades adoptan la forma de exclusión, de tal modo que la mayoría de la población tiene un acceso razonable a los servicios, pero una minoría pobre se ve privada de ellos. Estos perfiles pueden visualizarse considerando el porcentaje de nacimientos que tienen lugar en un servicio de salud (como indicador indirecto del acceso general a los servicios de salud) en función del quintil de ingresos (véase la figura 7.3).

El desarrollo de los sistemas basados en la atención primaria varía de un contexto a otro. En algunos casos se necesitan urgentemente programas orientados a grupos de población específicos para conseguir resultados pro equidad, mientras que en otros casos la prioridad es reforzar en general el conjunto de sistemas. También es posible combinar esos dos enfoques.

En los países caracterizados por la exclusión, probablemente se necesitarán iniciativas focalizadas para combatir la desigualdad social y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Una estrategia así podría aplicarse a países de ingresos medios o bajos como Chile y Uzbekistán, pero también es una opción idónea para países más ricos en los que hay poblaciones marginadas que siguen excluidas de unos servicios en principio universales debido a problemas de discriminación por motivos de raza, etnia o género, pobreza de ingresos o estigmatización social. No habrá progreso alguno sin la intervención del gobierno, ya consista ésta en la provisión o el pago de servicios o en la implantación de incentivos apropiados para el sector no gubernamental. Como ejemplos de focalización cabe citar los esfuerzos desplegados recientemente por Chile y Nueva Zelanda con miras a conseguir unos servicios de salud más idóneos y accesibles para los pueblos indígenas (62), así como un programa de Australia destinado a reforzar la atención primaria entre la población indígena de las Islas Tiwi (véase el recuadro 7.8).

Se han usado comúnmente tres tipos de estrategias de focalización: directas, basadas en características y autofocalizadoras. No se excluyen mutuamente, y de hecho se emplean a menudo de forma conjunta. La focalización directa aspira a beneficiar sólo a los pobres. Un método consiste en eximir del pago de la atención a las personas que no pueden permitirse

Figura 7.3 Perfiles de distribución de la privación de asistencia sanitaria en Uzbekistán, Turquía y el Níger



ese desembolso. Para aplicar esta estrategia hay que emplear la llamada prueba de necesidad, esto es, la evaluación de la capacidad financiera del paciente. Esa función de exoneración basada en la prueba de necesidad exige una capacidad administrativa considerable. Las autoridades públicas pueden optar también por hacer transferencias directas condicionales de dinero en efectivo a las familias pobres para recompensar el cambio de comportamiento de los hogares, por ejemplo la costumbre de llevar a los niños a los centros de salud para someterlos a chequeos regulares. Una vez más, se requiere para ello una considerable capacidad institucional. En algunas zonas de América Latina esos enfoques han aumentado la participación en la atención sanitaria preventiva (64).

El objetivo de la focalización basada en características es beneficiar a grupos de personas pobres atendiendo a rasgos específicos que acentúan el estado de privación. Posibles criterios para ello son la ubicación geográfica, el género, la etnia, determinadas enfermedades (por ejemplo el VIH/SIDA), etc. La autofocalización, por último, remite al hecho de que los mejor situados económicamente renuncian a los servicios que consideran de baja calidad. Tales servicios pueden caracterizarse por un mayor tiempo de espera o por un entorno de dispensación más deficiente.

Entre los países y áreas donde el acceso inequitativo a la atención sanitaria adopta el perfil de la cola figuran Turquía y los estados y provincias más ricos de China y la India. En esos entornos, las políticas pro equidad deben intentar hallar el equilibrio más adecuado entre, por una parte, las actividades tendentes a aprovechar y ampliar las instituciones de atención sanitaria existentes, reduciendo efectivamente los obstáculos que conducen a la formación de colas, y, por otra parte, la identificación y priorización de grupos que en caso contrario se verían excluidos y no recibirían especial atención. Una vez más, ello exige la activa participación de las autoridades.

En 2001 Tailandia inició un programa destinado a extender la cobertura del seguro médico universal a quienes carecían de acceso a los servicios de salud. En el marco del nuevo programa, bautizado como «plan de salud de 30 baht», los beneficiarios se registran como pacientes de proveedores locales de atención sanitaria y pueden así obtener toda la atención médica que precisen por un copago de 30 baht (aproximadamente US\$ 0,35). El sistema se financia tanto con impuestos como con cuotas de los trabajadores y de los empleadores, mientras que

Recuadro 7.8 Reformas sanitarias comunitarias en las Islas Tiwi

Las remotas Islas Tiwi se encuentran a 60 km al norte de la costa australiana, en el Mar de Arafura, y tienen más de 2000 habitantes, principalmente indígenas. El desempleo es alto y las viviendas son en general de mala calidad. Se han registrado tasas muy altas de enfermedades crónicas, especialmente diabetes y afecciones renales y de las vías respiratorias. En 1997, los Gobiernos del Commonwealth de Australia y del Territorio entablaron negociaciones con el Consejo Comunitario de Tiwi para reformar los servicios existentes de atención primaria de salud e iniciaron una prueba de prestación coordinada de atención con cuatro objetivos amplios:

- lograr un control de los servicios de salud por parte de la comunidad de Tiwi mediante el establecimiento de un consejo de salud del área, encargado de administrar los fondos mancomunados del sector de la salud;
- mejorar la eficacia de las medidas preventivas mediante la participación de la población local en programas comunitarios;
- mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud mediante la utilización de mayores recursos para una combinación de atención primaria

coordinada y servicios de salud orientados hacia la población;

- mejorar el nivel de la atención de conformidad con directrices sobre prácticas óptimas y protocolos.

La prueba duró tres años. Los resultados de salud no pudieron medirse en esa fase breve, pero se consiguió determinar el éxito del proceso (63), por ejemplo:

- control por parte de la comunidad mediante el establecimiento del Consejo de Salud de Tiwi, que ahora determina la política sanitaria y los gastos del sector;
- mayor conocimiento de las cuestiones relacionadas con la salud en la comunidad de los isleños de Tiwi y mayor participación de la comunidad en la prestación de los servicios;
- mejores servicios de prevención, especialmente de los problemas locales urgentes;
- mayor número de servicios de atención primaria y mejor calidad de éstos;
- reducción del número de hospitalizaciones evitables.

los dispensadores de atención sanitaria son remunerados con arreglo a un sistema de capitación. El programa no está exento de problemas, pero representa con todo un esfuerzo audaz para afrontar las inequidades sanitarias (65). Otra iniciativa, coronada con éxito, de ampliación de la cobertura a la población pobre fue la reforma del seguro de enfermedad llevada a cabo en Colombia a mediados de los años noventa. Entre 1995 y 2001 el número de cotizantes del seguro médico obligatorio aumentó de 9,2 a 18,2 millones de personas. Al mismo tiempo, el sistema fue reforzado para poder subvencionar claramente a los pobres y los desempleados. En 1995, tres millones de personas se beneficiaron de esas subvenciones múltiples; en 2001 la cifra había aumentado a 11 millones. Así pues, millones de personas que no cotizaban pudieron acceder prácticamente al mismo paquete de prestaciones de que disfrutaban quienes pagaban cuotas, en el servicio público o privado de su elección, y de la misma manera que los ciudadanos más acomodados que cotizan de forma regular (66, 67).

Los países con problemas de privación masiva representan el mayor reto de todos. En esos países la mayoría de la población está privada de atención sanitaria, que sólo los muy ricos pueden comprar. Hablar de «focalización» en esas circunstancias no sirve de mucho. El término que mejor define el principal esfuerzo requerido en esos casos es el de «extensión masiva», entendiendo por tal la ampliación y el refuerzo generalizados del sistema de salud. Los países de esta categoría necesitan rápidamente una expansión de los servicios periféricos y una extensión de los servicios de atención primaria y los hospitales, así como un aumento de las inversiones en otros sectores tales como la educación, el abastecimiento de agua y el saneamiento. La corrección de los desequilibrios geográficos y rural-urbano puede suponer a menudo un gran paso para acelerar los progresos en esos países. Pero el carácter limitado de los recursos públicos exige además innovaciones que aprovechen y favorezcan la participación local y comunitaria y la actividad del sector no gubernamental, en la línea de los principios de la atención primaria.

Algunos enfoques innovadores han logrado ampliar la atención sanitaria a la población pobre pese a las limitaciones existentes en materia de recursos, infraestructura y fuerza de trabajo. En su Programa Ampliado de Inmunización, Bangladesh, por ejemplo, aplicó programas de extensión en zonas rurales y reclutó al activo sector no gubernamental para suministrar servicios en zonas urbanas a fin de cerrar la brecha existente en materia de infraestructura y recursos humanos (68). La extensión masiva se combinó con la priorización de la prestación de servicios a los habitantes de zonas rurales y a los pobres, y el resultado fue una reducción considerable de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, esa intervención no pudo ir acompañada de un aumento complementario de los partos asistidos, pues esto requiere un enfoque muy diferente de la prestación de servicios: las necesidades de infraestructura son mayores que las aptitudes requeridas por parte del personal de los servicios. En ambos casos se requieren recursos adicionales sustanciales, así como capacidad para usarlos eficazmente. Esto subraya la idea de que, si bien una rectoría pública responsable es esencial para introducir mejoras pro equidad en la salud, en los países que afrontan una situación de privación masiva no es posible conseguir grandes beneficios si no se ha logrado antes aumentar sustancialmente el apoyo internacional.

Objetivo: el acceso universal

La perspectiva de desarrollar sistemas de atención sanitaria impulsados por la atención primaria debe apuntar a asegurar el acceso universal a servicios de atención sanitaria de calidad. La aceleración del movimiento histórico hacia la cobertura universal asegurará que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten, o contribuyan a agravar, un aumento de las desigualdades en salud.

Ese objetivo tropieza con numerosos obstáculos, en particular la falta de recursos financieros, educación y personal cualificado. Pero una rectoría robusta puede ser una baza impor-

tante para superar esos impedimentos. La rapidez con que los países consigan avanzar hacia la cobertura universal dependerá de si los gobiernos aceptan que los beneficios sanitarios goteen gradualmente de los ricos a los pobres o, por el contrario, prefieren acelerar las medidas encaminadas a asegurar una distribución justa de los recursos y los beneficios sanitarios entre todos los grupos sociales.

Rectoría pública, participación de la comunidad

Un trabajo de supervisión responsable del sector sanitario y la firme voluntad de favorecer la equidad por parte del Estado son condiciones esenciales para crear y mantener sistemas de salud basados en la atención primaria. Ahora bien, si quieren desempeñar con eficacia su función de rectoría, los gobiernos deben comprometerse con las comunidades y responder a ellas manteniendo una relación bidireccional. La participación de la comunidad – incluidas las dimensiones de participación, identificación y empoderamiento – es un componente clave del sistema sanitario en el lado de la demanda, necesario para fomentar la eficacia y una gestión responsable.

En la Declaración de Alma-Ata se reconocía la importancia de la participación de la comunidad en la definición de los objetivos de salud y en la aplicación de las estrategias. Se afirmaba en ella que «las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria» (3). Sin embargo, no fue fácil llevar a la práctica el concepto de participación de la comunidad. En algunos casos esa participación demostró ser un factor crucial para la mejora del desempeño de los sistemas de salud. En los centros de salud de Malí pertenecientes a la comunidad, por ejemplo, el hecho de que las comunidades pagaran el sueldo del personal de esos centros cambió radicalmente la relación de las enfermeras con sus clientes (69). En una aldea del Sudán, un proyecto impulsado por la comunidad ha generado ingresos y reforzado el capital social, con positivas repercusiones para la salud (véase el recuadro 7.9). Sin embargo, con demasiada frecuencia la

Recuadro 7.9 Establecimiento de alianzas en pro de la salud en el Sudán

El programa sobre necesidades básicas de desarrollo del Sudán se introdujo en 1998 en Kosha, un remoto pueblo de unos 2500 habitantes situado en el Estado del Norte. Una encuesta local de evaluación de las necesidades reveló múltiples problemas sociales, económicos y de salud. La gran mayoría de los hogares carecía de letrinas y un 99% de la población utilizaba agua directamente del río. Muchas embarazadas tenían abortos espontáneos debido al esfuerzo de cargar el agua. Como consecuencia de la falta de saneamiento y de higiene había muchos problemas de salud, especialmente enfermedades diarreicas, malnutrición e infecciones oculares. La cobertura de vacunación de los niños y las madres era muy baja y se recurría muy poco a los métodos de planificación de la familia, aun cuando la tasa de fecundidad figuraba entre las más altas del país. La mayor parte de la población era extremadamente pobre y el desempleo muy alto.

Poco después de la introducción del programa se registraron cambios significativos en la vida de la población. La comunidad misma ha rehabilitado el centro de salud, ha apoyado económicamente al asistente médico, y ha adoptado el seguro médico comunitario autofinanciado mediante el fondo de desarrollo de la comunidad. Todas las viviendas tienen ahora acceso interior al agua potable, y más del 60% de ellas tienen letrinas sanitarias. Esto ha dado lugar a un marcado mejoramiento de los indicadores de salud y una reducción de las enfermedades más comunes (diarrea, infecciones respiratorias agudas, paludismo y

disentería), una mayor cobertura de vacunación y de atención prenatal y una reducción de la tasa de malnutrición a menos de un 1%.

La participación de la población local en estos asuntos ha producido otros cambios positivos: la inscripción de las muchachas y los muchachos en la escuela ha aumentado y los adultos participan en clases de alfabetización no institucionalizadas; se ha establecido una guardería infantil, y se ha renovado el club social de jóvenes. Es más, se ha formado un comité de mujeres encargado de iniciar y apoyar actividades relacionadas con la promoción de la mujer. Los ingresos de la mayor parte de las familias han aumentado enormemente gracias al cultivo de hortalizas y árboles frutales, con ayuda de pequeños préstamos del comité de desarrollo de la población. Ésta ya tiene electricidad y la comunidad puede disfrutar de televisión por satélite para el entretenimiento vespertino. La comunidad ha establecido alianzas fuertes con la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Gobierno de los Países Bajos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Gobierno local y muchas organizaciones no gubernamentales.

El éxito de Kosha ha inspirado a cinco pueblos vecinos que se han organizado sin intervención del programa nacional. Dos de ellos ya han finalizado la encuesta de base y la capacitación de las organizaciones comunitarias utilizando recursos propios. La población de Kosha está segura de que podrá seguir mejorando su salud y su calidad de vida mediante la autoayuda e intervenciones autosuficientes sostenidas.

«participación comunitaria» se ha limitado a la creación de comités de salud que han actuado como vehículos de recuperación de costos. Es más, en algunos países de África occidental, el término «participación comunitaria», aplicado en el campo de la salud, pasó a ser sinónimo de «copago».

En los últimos años, las definiciones restringidas de comunidad y participación comunitaria (a través de comités de salud, por ejemplo) han dado paso a una perspectiva más amplia basada en la participación de organizaciones de la sociedad civil. Esas organizaciones son de muy diverso tipo. Pueden dedicarse a gestionar o coger los servicios de salud (como hace en Malí la Federación de Asociaciones de Salud Comunitarias), promover la autoayuda y la autorresponsabilidad, actuar como defensoras de grupos olvidados o excluidos (como ocurre con las organizaciones de afectados por el VIH/SIDA), o realizar actividades de protección del consumidor (como la Fundación de Consumidores de Tailandia).

Una de las funciones clave de las organizaciones de la sociedad civil es hacer que tanto los proveedores de atención sanitaria como los gobiernos rindan cuentas de lo que hagan y de la manera de hacerlo. Cuando la sociedad civil está activa, las organizaciones pueden controlar las decisiones de política de los gobiernos y defender sus intereses. En su calidad de custodios del sistema sanitario, los ministerios de salud son responsables de proteger la salud de los ciudadanos y de asegurar que se preste una atención sanitaria de calidad a todos los que la necesiten. Para ello es necesario tomar las decisiones más acertadas a la luz de la evidencia disponible, y privilegiar sistemáticamente el interés público frente a otras prioridades rivales. Esa misión incumbe en última instancia a los gobiernos, incluso en un contexto de descentralización con demarcaciones de responsabilización poco definidas. No obstante, sin unos mecanismos que permitan a la gente exigir el rendimiento de cuentas de los funcionarios, la rectoría puede fracasar. A fin de ejercer una presión eficaz para exigir el rendimiento de cuentas, es necesario que toda la sociedad civil disponga de información precisa sobre la salud y sobre el desempeño de los sistemas sanitarios. Los gobiernos deben hacer dicha información pública y accesible. La Secretaría de Salud de México, por ejemplo, ha publicado un resumen detallado y de fácil manejo sobre la situación sanitaria y el desempeño del sistema de salud de ese país (70). Los propios grupos de la sociedad civil, mediante su función fiscalizadora, también generan e intercambian información de utilidad para el rendimiento de cuentas. Es lo que ha ocurrido con los Foros Nacionales de Tailandia para la reforma de la atención sanitaria (71).

Cuando se dispone de las estructuras adecuadas, una gobernanza eficaz y una participación dinámica de la comunidad son elementos que se refuerzan mutuamente. La presupuestación participativa que se hace en Porto Alegre (Brasil) brinda un ejemplo de creación de consenso con la comunidad en lo que suele ser una actividad tradicionalmente desempeñada por el Estado. Iniciado en 1988, el sistema puesto en marcha está impulsado fundamentalmente por los consumidores, y el organismo ejecutor debe rendir cuentas a sus clientes. La adecuación de las partidas de gastos a las necesidades expresadas por la comunidad se ha traducido en mejoras cuantificables en el acceso a los servicios sociales (72).

Para conseguir una auténtica participación comunitaria es necesario superar numerosos obstáculos, dos de los cuales son especialmente problemáticos. El primero es que las comunidades, en especial las comunidades rurales pobres, desconocen a veces los mecanismos de participación. En segundo lugar, puede ocurrir que grupos sociales relativamente ricos y con mayor influencia dominen la vida política a nivel de la comunidad, lo cual es más frecuente también en el ámbito rural. Si se permite que los más acomodados «representen» a toda la comunidad en las discusiones sobre la planificación y la ejecución, el resultado puede ser que los grupos relativamente prósperos sean los realmente beneficiados a expensas de los grupos pobres. Esas dos situaciones restringen la capacidad de las personas pobres de participar ple-

namamente en los mecanismos diseñados para fomentar la participación de la comunidad en el sistema sanitario. La aplicación de políticas que permitan superar esos obstáculos es un aspecto clave de la rectoría pública en el campo de la salud.

Crear sistemas basados en principios: cooperación de la OMS con los países

Los objetivos de salud descritos en este informe no se alcanzarán si antes no se refuerzan considerablemente los sistemas sanitarios de los países de ingresos bajos y medios. Y esto es válido tanto para alcanzar los ODM como para extender masivamente la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, manejar la doble carga de morbilidad o alcanzar los restantes objetivos fundamentales de salud.

Hay numerosas alternativas para reforzar los sistemas de salud y establecer prioridades de desarrollo de esos sistemas. En este capítulo se ha propuesto que las actividades que desplieguen los países para construir sus sistemas de salud en los próximos años estén orientadas por los valores de la atención primaria. Se ha sostenido que, pese a los grandes cambios acontecidos en el campo de la política sanitaria mundial a lo largo del último cuarto de siglo, los principios básicos de la atención primaria siguen siendo válidos.

El futuro depara retos aún mayores para los sistemas de salud. En los próximos años, los cambios ambientales afectarán a la salud de la población por mecanismos aún no bien comprendidos. Los sistemas de salud están lidiando ya con los efectos de la globalización económica, incluidas las migraciones y el impacto de las pautas y prácticas comerciales en la salud de la población. Mientras en los foros internacionales proseguirán los debates sobre cuestiones como los derechos de propiedad intelectual y el comercio de servicios, los sistemas de salud deberán hacer frente a nuevas presiones. En ese contexto, la firme adhesión a los valores de la atención primaria – equidad, acceso universal a la asistencia, participación comunitaria y acción intersectorial – serán más importantes que nunca.

En este capítulo se ha empezado a analizar de qué manera el desarrollo de unos sistemas de salud basados en la atención primaria permitiría encarar los desafíos cruciales que plantean la formación y retención de los trabajadores, la gestión de la información, la financiación de la salud y la rectoría pro equidad. Está claro, sin embargo, que hay que proseguir esta investigación. Aún tenemos mucho que aprender para entender cómo funcionan los sistemas de salud, por qué fallan o responden lentamente a algunas crisis, y cómo es posible traducir los principios de la atención primaria en políticas prácticas que redunden en mejoras de la salud de las comunidades. La intensificación de las investigaciones y el intercambio de información sobre los sistemas sanitarios son aspectos que deben figurar en lugar prioritario en la agenda de la comunidad sanitaria mundial.

El fomento de la investigación de los sistemas de salud es uno de los elementos del programa de la OMS destinado a imprimir mayor eficacia a la cooperación con los países. Además, la OMS colaborará estrechamente con los países para explotar plenamente los actuales conocimientos sobre los sistemas de salud y los resultados de las investigaciones en curso. Las prioridades en ese sentido son las siguientes:

- fortalecer la calidad de las investigaciones sobre políticas y mejorar el acceso internacional a la evidencia ya disponible sobre la eficacia de los modelos y las intervenciones de atención primaria;
- crear nuevas redes que faciliten el intercambio de las prácticas y experiencias más adecuadas;
- desarrollar un «programa de trabajo» coherente para la atención primaria que integre a todos los niveles de la OMS;

- mejorar la comunicación y colaboración con otros organismos internacionales para evitar que se difundan mensajes contradictorios sobre el desarrollo de los sistemas de salud;
- desarrollar un marco de evaluación y un proceso de revisión que ayude a los Estados Miembros a analizar las políticas existentes de atención primaria y a planificar los cambios eventualmente necesarios (2).

Por encima de todo, la adhesión de la OMS a los sistemas de atención de salud basados en la atención primaria se concreta en desplazar el interés prioritario de la Organización lo más rápidamente posible de la defensa de los principios correspondiente al apoyo a aplicaciones prácticas mediante la cooperación técnica con los Estados Miembros. Las actuales consultas mundiales sobre la atención primaria brindarán oportunidades para intercambiar pruebas científicas y comparar las experiencias de los países. La urgencia con que se plantean los retos sanitarios mundiales exige que esos conocimientos se conviertan rápidamente en medidas de mejora de los sistemas de salud basadas en la atención primaria.

La firme resolución de cooperar con los países en el campo del desarrollo de sistemas de salud forma parte de un cambio más amplio de la manera de trabajar de la OMS. En un momento en que surgen nuevos desafíos que exigen nuevas respuestas, la OMS está cambiando de perspectiva y reorientando sus recursos. La Organización está reforzando su colaboración técnica y su apoyo a todos aquellos que desde los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil están contribuyendo a la acción sanitaria. Ese apoyo provendrá de todos los niveles de la OMS y se manifestará en estrategias concretas de cooperación con los países. El fortalecimiento de la presencia de la OMS en los países y la intensificación de la colaboración a nivel de país constituye para la Organización la mejor fórmula para acelerar los progresos hacia los objetivos que unen a la comunidad sanitaria mundial: mejoras sanitarias cuantificables para todos, y progresos claros hacia la desaparición de las brechas de equidad.

Empezamos este informe describiendo los contrastes que caracterizan a la salud mundial. Un enfoque basado en la atención primaria reconoce la necesidad de atacar con una perspectiva intersectorial las raíces de las disparidades de salud. De ahí la importancia de los ODM, así como del pacto mundial que fundamenta esos objetivos. Lo mejor que puede hacer el sector de la salud para contribuir al logro de los ODM, las metas de tratamiento del VIH/SIDA y otros objetivos es fortalecer los sistemas de atención sanitaria. Trabajando unidos para construir sistemas de atención sanitaria eficaces, responsivos y pro equidad, la OMS, los Estados Miembros y sus asociados lograrán forjar un futuro más justo, seguro y saludable para todos.

Referencias

1. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
2. *Primary health care: a framework for future strategic directions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).
3. Declaración de Alma-Ata. En: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).
4. Altenstetter C, Bjorkman JW, eds. *Health policy reform: national variations and globalization*. Nueva York, NY, St. Martin's, 1997.
5. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Washington, DC, Banco Mundial, 1993.
6. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
7. Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness – the chronic care model, part 2. *JAMA*, 2002, 288:1909–1914.
8. Coleman R et al. Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization – Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1998, 76:633–640.

9. Unwin N et al. Tackling the emerging pandemic of non-communicable diseases in Sub-Saharan Africa: the essential NCD health intervention project. *Public Health*, 1999, 113:141–146.
10. *Antiretroviral therapy in primary health care: South African experience*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/HIV/2003.04).
11. Hunter D. *Public health policy*. Cambridge, Polity Press, 2003.
12. *Situation assessment*. Gabarone, African Comprehensive HIV/AIDS Partnership, 2001.
13. Ranson MK et al. The public health implications of multilateral trade agreements. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002:18–40.
14. Narasimhan V et al. The next frontier: responding to the global human resources crisis. *Lancet* (en prensa).
15. *The health sector human resources crisis in Africa: an issues paper*. Washington, DC, USAID, 2003.
16. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling up priority interventions. Case studies from Tanzania and Chad*. 2002 (Report to United Kingdom Department for International Development).
17. Van Rensburg D, Van Rensburg N. *South African health review 1999 briefing summary: distribution of human resources*. Durban, Health Systems Trust, 1999 (<http://www.hst.org.za/sahr/99/summary/bshuman.htm>, visitado el 3 de octubre de 2003).
18. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, 2003, 1:4.
19. Vaz F et al. Training medical assistants for surgery [Formación en cirugía para ayudantes de medicina]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688–691 (resumen en español).
20. Pereira C et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 193:508–512.
21. Buchan J, Ball J, O'May F. If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001, 6:233–238.
22. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 2002, 324:819–823.
23. *Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: models and issues*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001.
24. *Better health in Africa: experience and lessons learned*. Washington, DC, Banco Mundial, 1993.
25. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
26. Maher D. The role of the community in the control of tuberculosis. *Tuberculosis*, 2003, 83:177–182.
27. Farmer P et al. Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introducción del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 6, 2002, 77–83.
28. Nsutebu EF. Scaling-up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:240–247.
29. Dovlo D, Nyongator F. Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999, 3:34–37.
30. Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet*, 2000, 356:245–246.
31. *Commonwealth code of practice for international recruitment of health workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2002 (www.commedas.org/files/COP/COP.pdf, visitado el 3 de octubre de 2003).
32. Issakha D., Abdoulaye L, Cheikhou S. Motocicletas para las enfermeras de las zonas rurales del Senegal. *Foro Mundial de la Salud*, 1995, 16:283–285.
33. Chomitz K. *What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*. Washington, DC, Banco Mundial, 1998 (Policy Research Working Paper No. 1888).
34. Nieves I, La Forgia G, Ribera J. Large-scale government contracting of NGOs to extend basic health services to poor populations in Guatemala. In: Rosenmöller M, ed. *Challenges of health reform: reaching the poor*. Barcelona, Estudios y Ediciones IESE, 2000:117–132 (<http://www.worldbank.org/lachealth>, visitado el 3 de octubre de 2003).
35. Loevinsohn B. *Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia: design and initial experience of a large pilot test*. Washington, DC, Banco Mundial, 2001.
36. Starfield B. Primary care and health: an international comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268–2271.
37. The National Coalition on Health Care and The Institute for Healthcare Improvement. *Curing the system: stories of change in chronic illness care. Accelerating Change Today*, mayo de 2002 (<http://www.qualityhealthcare.org/qhc/uploads/ACT3finalChronic.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).

38. Langley G et al. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1996.
39. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 2003, 289:1969–1975.
40. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001:64–78.
41. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
42. Mathers CD et al. *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54) (<http://www.who.int/evidence>, visitado el 3 de octubre de 2003).
43. Lopez AD et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www3.who.int/whosis/life/life_tables/life_tables.cfm?path=evidence,life,life_tables&language=english, visitado el 3 de octubre de 2003).
44. Boerma JT, Holt E, Black RE. Biological and clinical data collection in surveys in less developed countries. *Population and Development Review*, 2001, 27:303–314.
45. Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C. *Design and implementation of health information systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
46. *La financiación de los servicios de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 625).
47. OIT-Programa Universitas. *Extending social protection through community based health organizations: evidence and challenges*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002.
48. Uzochukwu BS, Onwujekwe OE, Akpala CO. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Health Policy and Planning*, 2002, 17:378–383.
49. Hutubessy RC et al. Generalized cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2002, 1:39–46.
50. Soucat A, Van Lerberghe W, Knippenberg R. *Buying results, budgeting for bottlenecks: the new performance frontier*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002. (Draft background paper, World Bank Policy and Sector Analysis Support Team–Africa Region Human Development (AFTHD)).
51. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002 (HNP Discussion Paper).
52. Filmer D, Hammer J, Pritchett L. Weak links in the chain II: a prescription for health policy in poor countries. *World Bank Research Observer*, 2002, 17:47–66.
53. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
54. Castro-Leal F et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? [Gasto público en atención de salud en África: ¿se benefician los pobres?]. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78: 66–74 (resumen en español).
55. Victora CG et al. The impact of health interventions on inequalities: infant and child health in Brazil. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 2001:125–136.
56. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. In: de Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17:297–317.
57. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum M, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Oxford University Press, 1993:330–353.
58. Birdsall N, Hecht R. Swimming against the tide: strategies for improving equity in health. In: Colclough C, ed. *Marketising education and health in developing countries: miracle or mirage?* Oxford, Oxford University Press, 1997.
59. Delamonica E, Minujin A, Vandemoortele J. Economic growth, poverty and children. *Environment and Urbanization*, 2002, 14:23–43.
60. Victora CG et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362:233–241.
61. *DAC guidelines and reference series: poverty and health*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos/Organización Mundial de la Salud, 2003: 31.
62. Durie M. Providing health services to indigenous peoples, *BMJ*, 2003, 327:408–409.
63. *Primary health care review project: region specific report*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002.

64. Rawlings L, Rubio G. *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: lessons from Latin America*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (World Bank Policy Research Working Paper 3119).
65. Jongudomsuk P, Thammatuch-aree J, Chittinanda P. Pro-equity health financing schemes in Thailand: a review of country experience. Bangkok, Ministerio de Salud (en prensa).
66. Sánchez F, Núñez J. La ley 100/93 sí llegó a las personas de menores ingresos. *Revista Via Salud*, 1999, 9:6–12 (<http://www.cgh.org.co/revista/>, visitado el 6 de octubre de 2003).
67. *Indicadores de Coyuntura Macroeconómica*. Departamento de Planeación Nacional, República de Colombia (<http://www.dnp.gov.co>, visitado el 6 de octubre de 2003).
68. Khan MM, Yoder RA. *Expanded programme on immunization in Bangladesh: cost, cost-effectiveness*, Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform, 1998 (<http://www.childredivaccine.org/files/Abt-PNACH278.pdf>, visitado el 6 de octubre de 2003).
69. Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. *La réforme du secteur santé au Mali 1989–1996*. Ambers, ITGPress, 1999. (Studies in Health Services Organisation and Policy, No. 12).
70. *Salud México 2002: Información para la rendición de cuentas*. México, DF, Secretaría de Salud, 2002.
71. *Forum on Health Care Reform*. Bangkok, Moh-Chao Ban Publishing House, 2000.
72. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003*. Madrid, Mundi-Prensa para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2003 (<http://www.undp.org/hdr2003/espanol/index.html>, visitado el 3 de octubre de 2003).