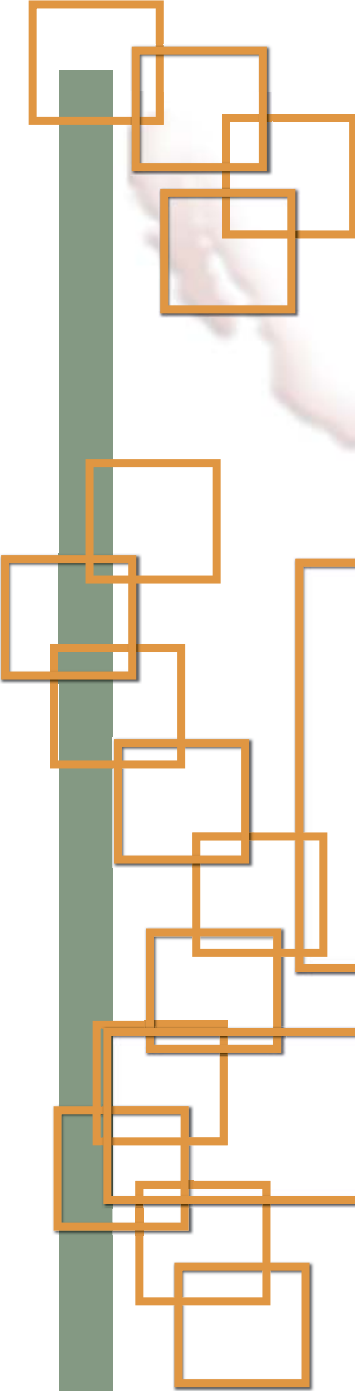




¿ES POSIBLE EXTENDER LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

Lecciones aprendidas de la extensión de los
programas verticales



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

¿Es posible extender los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud? Lecciones aprendidas de la extensión de los programas verticales.

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32848 4

I. Título

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - tendencias
2. SISTEMAS DE SALUD - tendencias
3. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD

NLM W 84.6

**Washington DC,
Julio 2007**

Esta publicación fue elaborada por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS/HP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La publicación de este documento fue posible gracias al apoyo recibido de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Buró para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según los términos del convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las ideas expresadas en esta publicación son las del autor (es) y no necesariamente reflejan la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

¿ES POSIBLE EXTENDER LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

Lecciones aprendidas de la extensión de los programas verticales

*Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS)
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP)
Oficina de la Subdirectora
OPS/OMS*

Agradecimientos

Este documento fue elaborado por Rafael E. Flores y se benefició ampliamente de la bibliografía anotada sobre la extensión de los sistemas de salud recopilada por Andrew Griffin y Zaida Zequeira, bajo la dirección de Priscilla Rivas-Loria; así como de una revisión guiada de la literatura seleccionada, efectuada para este propósito por Caroline Ramagen y Kate Van Brunt. Varias personas contribuyeron con sus observaciones a versiones previas de este documento, entre ellos: Carlos Ayala, Keith Carter, Mirtha del Granado, Eduardo Levcovitz, Cristina Puentes-Markides, Caroline Ramagem, José Ruales, Yamil Silva, y Javier Uribe de OPS/OMS, y C. Pastor Castell-Florit Serrate de la Escuela Nacional de Salud Pública, República de Cuba. Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de las personas mencionadas o de sus instituciones.

Tabla de Contenidos

RESUMEN EJECUTIVO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	4
UNA PERSPECTIVA DE SISTEMAS DE SALUD.....	8
LOS ELEMENTOS ESENCIALES DE LA APS.....	14
¿QUÉ SIGNIFICA EXTENDER LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA APS?	18
LECCIONES APRENDIDAS DE LA EXTENSIÓN DE LOS PROGRAMAS VERTICALES.....	21
LA CONVERGENCIA CON LOS ELEMENTOS DE LA APS.....	24
IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS Y LA PRÁCTICA	33
ANEXO 1: EJEMPLOS DE PAÍS EXTRAÍDOS DE LA BIBLIOGRAFÍA EXAMINADA.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	57

“Sin una mayor y más efectiva inversión en los sistemas de salud, no será posible lograr las metas nacionales de salud o los objetivos de desarrollo en salud que han sido acordados a nivel internacional, incluyendo los de la Declaración del Milenio”.

Informe del Secretariado, OMS, 8 de enero del 2007

Resumen Ejecutivo

La necesidad de fortalecer los sistemas de salud en las Américas ha surgido como un importante tema de política pública. Cada vez más las debilidades de los sistemas de salud son percibidas como “el principal cuello de botella para mejorar los resultados de salud”.¹ Al mismo tiempo, la renovación de la *Atención Primaria de Salud* (APS) se está posicionando en el debate regional, y la OPS/OMS propone que ésta se constituya en la base para fortalecer los sistemas de salud. Sin embargo, a pesar del apoyo general que existe para el fortalecimiento de estos sistemas se sigue prestando poca o ninguna atención a las principales limitaciones que ellos enfrentan, sobre todo aquéllas relacionadas a una débil gobernanza nacional en salud y/o a la falta de capacidad para obtener resultados sostenibles.

El presente trabajo introduce el concepto de extensión, en el contexto de los sistemas de salud, presenta los elementos esenciales de un sistema basado en la APS cómo propone OPS/OMS, y ofrece un análisis de la experiencia internacional en la extensión de los programas verticales, resultante de una revisión limitada de la literatura, como un primer esfuerzo para contestar la pregunta de si es posible o no extender un sistema basado en la APS. Para el propósito, se identificaron las experiencias de varios países seleccionados en base al número de elementos de APS presentes para así poder extraer lecciones que podrían ser útiles para guiar el proceso de extensión de tal sistema.

El documento se basa en dos búsquedas separadas de literatura en el idioma inglés sobre “la extensión”, (“scaling-up”) complementadas con una abundante bibliografía de fuentes relevantes a los temas tratados en el documento. La búsqueda inicial intentó localizar la literatura disponible acerca de “la extensión de los sistemas de salud” pero tuvo que ser ampliada por falta de materiales sobre este tema. La búsqueda ampliada incluyó artículos, estudios, e informes sobre el estado de arte en TB, malaria, y salud materna y neonatal; y una lista abstraída de estudios e informes sobre las experiencias de los países en extender las intervenciones prioritarias de salud.

Tras recibir comentarios internos a un primer borrador de trabajo, se realizó una búsqueda guiada de seguimiento. El propósito de la segunda revisión de literatura fue doble: (i) seleccionar las referencias originales que pudieran fortalecer el argumento para extender los sistemas de salud (dado que la mayoría de la literatura se refiere a la extensión de intervenciones específicas y no del sistema en su conjunto); e (ii) identificar buenas prácticas en los programas verticales (TB, malaria, otras enfermedades infecciosas, y SMI) relacionadas con los elementos de un sistema de salud basado en la APS y que son relevantes para extraer lecciones que podrían ser útiles en la extensión de este tipo de sistema.

La discusión sobre el mérito de la APS como base para los sistemas de salud apenas ha comenzado y no es el enfoque central de este documento. La evidencia disponible

¹ “Taking Forward the Health Systems Agenda: Report of a Consultation on Developing the Health Systems Action Network”, Partners for Health *Reformplus* Project, Draft for Comment, 8 February 2006.

demuestra algunas ventajas para los sistemas de salud más dependientes de la APS y la medicina general, en comparación con sistemas centrados más en la atención especializada. Sin embargo, se necesita una base más sólida de información y un análisis más profundo para establecer si la evidencia disponible es universalmente aplicable.²

El debate en torno a las prácticas más efectivas para extender los programas verticales, en el contexto de los sistemas de salud, es particularmente importante para la Región, dados los diversos niveles de desarrollo de sus sistemas nacionales de salud y la gran cantidad de fondos disponibles para las intervenciones que son específicas a ciertas enfermedades. Los recursos financieros tanto de iniciativas globales como de donantes individuales podrían proporcionar una oportunidad no sólo para combatir enfermedades específicas sino también para enfrentar las limitaciones sistémicas que restringen el acceso universal.

La limitada información encontrada no permite contestar de manera concluyente la interrogante principal planteada aquí sobre si es posible o no extender los sistemas de salud basados en la APS. Sin embargo, las experiencias de extensión de los programas verticales examinados sugieren que los enfoques parciales son insuficientes para afectar cambios en todo el sistema y a la inversa; sin cambios sistémicos, los enfoques parciales solo tienen un éxito limitado.

Los principales obstáculos a la extensión identificados en la literatura examinada incluyen: (i) recursos humanos limitados, (ii) frágil gobernanza nacional en salud, (iii) sistemas de adquisiciones lentos, (iv) recursos financieros y sistemas de gestión pobres, (v) limitado potencial de sostenibilidad, (vi) poca o ninguna información de salud, y (vii) falta de coordinación entre el gobierno y las organizaciones privadas. Los ejemplos de país analizados se habrían beneficiado mucho de ser implementados dentro de un “sistema de salud que funciona y que responde”.

Además, mientras las buenas prácticas relacionadas con los programas verticales muestran qué es posible extender una estrategia que depende mucho de los elementos propuestos de la APS, también hay información que sugiere que los programas verticales no pueden ser extendidos basados exclusivamente en estos elementos. Las intervenciones a nivel local, aunque centrados en elementos de la APS, a menudo resultaron limitadas cuando se extendieron a nivel nacional.

Sí bien sería ideal tener presentes los elementos de la APS en una extensión nacional de los sistemas de salud, los problemas de financiamiento, las políticas gubernamentales, y la centralización administrativa juegan un rol importante y muchas veces hacen que se vuelva más difícil lograr mejoras a nivel nacional dentro del sistema de salud. Está claro que los esfuerzos nacionales de extensión de cualquier tipo deben considerar primero la situación actual del país y la condición prevaleciente en su sistema de salud.

Esto lleva a la conclusión de que los esfuerzos para construir los sistemas de salud basados en la APS requerirán de un enfoque sistémico y la interfaz de todas las funciones

² “What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?, Health Evidence Network, WHO Europe, January 2004.

de los sistemas de salud para tener éxito. Lo que a su vez señala la necesidad de que la *Autoridad Sanitaria Nacional* (ASN) ejerza una *Función Rectora* eficaz a lo largo del proceso y así, la importancia crítica de adquirir la capacidad de hacerlo previamente al lanzamiento de una estrategia de extensión.

En este sentido, un examen más cuidadoso del grado de integración o de verticalidad de los programas nacionales en los países de la Región podría ser un punto de partida útil para identificar las limitaciones del sistema de salud que necesitan ser superadas para implementar una estrategia exitosa para la extensión de los sistemas de salud basados en la APS.

Introducción

Ante una dura contienda por los recursos públicos, los ministros de salud también tienen que enfrentar objetivos múltiples y demandas que compiten entre sí. Mientras que se esfuerzan por lograr una mayor eficiencia y obtener más valor por su dinero, al mismo tiempo tienen que buscar maneras de lograr mayor equidad en el acceso a, y en los resultados de, la atención de salud. Las autoridades de salud están bajo la presión de asegurar que los servicios sean efectivos, de calidad, y accesibles, y que los proveedores de salud sean receptivos a las necesidades de los pacientes.³

El fortalecimiento de los sistemas de salud en los países de las Américas ha surgido como un tema importante de política de salud. Al mismo tiempo, la renovación de la *Atención Primaria de Salud* (APS) también está logrando prominencia en el debate regional, y la OPS/OMS propone que ésta sea la base para fortalecer los sistemas de salud. Aunque ese trabajo está en la fase inicial de desarrollo, la OPS/OMS ya ha identificado los elementos esenciales que se requieren para construir un sistema de salud basado en la APS.

El enfoque en el fortalecimiento de los sistemas de salud surge mayormente de la prevalencia de inequidades en salud en los países de la región, pero también resulta parcialmente de un nivel sin precedentes de fondos globales para los programas nacionales de VIH/SIDA, TB, y malaria. A pesar de la abundancia de recursos, estos programas enfrentan problemas en la extensión debido a las debilidades de los sistemas nacionales de salud. Actualmente, muchos de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe están intentando hacer frente a muchas limitaciones; incluyendo: una infraestructura inadecuada de salud pública, servicios de salud disponibles pero de bajo uso, un modelo regresivo de gastos en salud, inequidad extrema en el acceso a los servicios, y una serie de resultados adversos de salud. Los desafíos a la extensión de los programas verticales revelan, y en algunos casos causan o exacerban, las debilidades en los sistemas nacionales de salud, los cuales de por sí ya son frágiles.

Los programas regionales de VIH/SIDA y TB también enfrentan sus propios retos; como la sostenibilidad a largo plazo, una vez el financiamiento internacional haya terminado, y una respuesta eficaz a las amenazas emergentes como la TB multi-droga resistente y la co-infección con el SIDA. El programa regional de TB, por ejemplo, ha empezado a examinar sus debilidades y fortalezas, al mismo tiempo que recoge información de manera sistemática sobre los programas nacionales acerca de su grado de integración o verticalidad; todo lo cual puede tener implicaciones importantes para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.

Estos esfuerzos proporcionan una oportunidad singular de examinar los éxitos en la extensión de los programas verticales; de identificar su contribución potencial y las tendencias que son relevantes para el fortalecimiento de los sistemas de salud; así como de explorar las estrategias y acciones que podrían ser útiles para los países cuando

³ “Health Systems”, Report by the Secretariat, Executive Committee 120th Session, WHO, 8 January 2007.

comiencen a extender los sistemas nacionales de salud en base a los elementos propuestos de la APS.

El presente documento introduce el concepto de la extensión, en el contexto de los sistemas de salud, presenta los elementos esenciales de un sistema basado en la APS cómo propone OPS/OMS, y ofrece un análisis de la experiencia internacional en la extensión de los programas verticales identificados en una búsqueda limitada de la literatura, como un primer paso para contestar la pregunta de si es posible o no extender los sistemas de salud basados en la APS. Se seleccionaron experiencias de países en base a su inclusión de los elementos de la APS; con el propósito de extraer lecciones aprendidas que podrían ser útiles para orientar el proceso de extender tal sistema.

Los Métodos

Este documento se basa en dos búsquedas separadas de literatura en el idioma inglés sobre la extensión (“scaling-up”), realizadas durante un período de 18 meses y complementadas por una abundante bibliografía de materiales de diversas fuentes, relevantes a los temas discutidos. El propósito de la revisión inicial era buscar la literatura disponible sobre “la extensión de los sistemas de salud”. Esta búsqueda produjo sólo un número limitado de referencias, así que se expandieron los parámetros al incluir todas las referencias con los términos “extender” o “la extensión”. La búsqueda modificada produjo numerosos resultados, sólo algunos de los cuales se han incluido en este documento, dada su relevancia.

Adicionalmente, se hizo un esfuerzo para localizar las referencias a “la extensión” relacionadas con el TB y otras enfermedades infecciosas, y con la Salud Materno-Infantil (SMI); en la búsqueda extendida también se encontró un número importante de artículos (de los cuales sólo un grupo pequeño están incluidos en este documento). Los resultados incluyeron artículos, estudios, e informes acerca del estado de arte en los temas de TB, malaria, y salud materna y neonatal; y una lista resumida de estudios e informes sobre las experiencias de los países en extender las intervenciones prioritarias de salud.

Las fuentes consultadas incluyeron: revistas técnicas de diversos campos (salud, ciencias sociales, y desarrollo), y sitios Web designados (agencias de la ONU, instituciones financieras internacionales, universidades, programas globales de salud, ONGs internacionales). La selección de las referencias de la primera revisión, organizadas por tema y número de resultados, se presenta en el *Cuadro 1*.

Cuadro 1: Resultados de la Revisión Inicial de la Literatura, por Tema

Tema	Número de Referencias
La Extensión – General	26
La Extensión – TB, Malaria, y Otras Enfermedades Infecciosas (VIH/SIDA, Dengue, etc.)	28
La Extensión – Salud Materno-Infantil	15
El Fortalecimiento de los Sistemas de Salud	20
La Atención Primaria de Salud	12
El Estado de Arte – TB, Malaria, y Otras Enfermedades Infecciosas	15
El Estado de Arte – Salud Materno-Infantil	8
Experiencias de los Países – TB, Malaria, y Otras Enfermedades Infecciosas	11
Experiencias de los Países – Salud Materno-Infantil	8

Tras recibir comentarios internos a un primer borrador se realizó una revisión guiada de seguimiento. En esta búsqueda se incluyeron los materiales más recientes de los programas regionales de la OPS/OMS sobre las enfermedades transmisibles y la renovación de la APS; y los últimos documentos sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud del Banco Mundial, USAID, OMS, entre otros.

El propósito de la segunda revisión de literatura fue doble: (i) revisar las referencias originales para buscar información que pudiera fortalecer el argumento para extender los sistemas de salud (dado que la mayoría de la literatura se refiere a la extensión de intervenciones específicas y no del sistema en su conjunto); e (ii) identificar ejemplos de buenas prácticas en los programas verticales (TB, malaria, otras enfermedades infecciosas, y SMI) de los países que se relacionan con los elementos de un sistema de salud basado en la APS identificados por la OPS/OMS. Esto resultó en la identificación de varios ejemplos de “buenas prácticas” de los países; los cuales se presentan en el *Cuadro 2*, organizados por país y por tema. La bibliografía completa está disponible al final del documento, después del anexo técnico.

Cuadro 2: Resultados de la Segunda Revisión de la Literatura, por Tema y País

Tema	País	Número de Resultados
Tuberculosis	Perú, Brasil, Nepal, Vietnam, Japón	5
Malaria	Etiopía, Tanzania	2
Dengue	Cuba	1
Salud Materno-Infantil	Brasil, Perú, Camboya, Iniciativa AEIPI, Programa de Salud Materna y Neonatal	6
VIH/SIDA	Haití, Programa Socios en Salud, Zambia, Malawi, Iniciativa 3x5 de la OMS	5

Finalmente, con la intención de generar comentarios y retroalimentación una versión en borrador de este documento fue sometida a un amplio proceso de consulta que incluyó revisión por pares y discusiones con expertos nacionales e internacionales. Como parte

instrumental de dicho proceso el documento de trabajo elaborado en base a los resultados de la segunda revisión de literatura fue presentado para discusión ante una reunión de expertos de la Región el 1 de junio, 2007 en Lima, Perú. Simultáneamente se organizó un *Foro Virtual* de discusión (“e-Discussion Forum”), del 1 al 30 de junio, 2007, para reunir a un grupo de expertos en sistemas y servicios de salud, planificación internacional de salud, y en algunas de las enfermedades transmisibles, entre otros. El documento final incorpora las observaciones y comentarios recibidos.

Una Perspectiva de Sistemas de Salud

En muchos países, los recursos para la salud han aumentado en los presupuestos nacionales y, en los países de ingresos más bajos y medios, los fondos proporcionados por donantes externos también han incrementado substantivamente en los últimos años. En este último grupo de países, gran parte de la inversión adicional se ha enfocado a enfermedades específicas o a las condiciones de salud, sin prestar la debida atención a los medios por los cuales se proveen los servicios y se logran resultados en salud.⁴

En la mayoría de los países de las Américas, la constitución nacional y el marco legal proporcionan un conjunto de valores, principios, y metas en los cuales se basan sus sistemas de salud; sin embargo, los sistemas de salud comparten varias metas fundamentales:⁵

- *Lograr mejoras equitativas en la salud*
- *Reducir la exclusión, a través del acceso y uso de servicios más equitativo, independiente de edad, sexo o nivel de ingreso.*
- *Asegurar que los servicios sean eficaces, de calidad adecuada y seguros, y que las prácticas dañinas sean reducidas.*
- *Ser más receptivo a los usuarios - por ejemplo tratar a las personas con dignidad, y asegurar la confidencialidad - independientemente de quienes son.*
- *Reducir los decrecientes gastos de salud.*
- *Invertir “sabidamente”, asegurando que los recursos públicos no se desperdicien.*

Estas metas, a su vez, se cumplen mediante el ejercicio de las *funciones* de los sistemas de salud, las cuales son llevadas a cabo por las instituciones que constituyen el sistema de salud. Con base en el análisis de los procesos de reforma y reorganización del sector saludes emprendidas en varios países de la Región, la OPS/OMS clasifica estas funciones en tres categorías: (i) la *Función Rectora*, (ii) el *Financiamiento y Aseguramiento*; y (iii) la *Provisión de Servicios*.

- La **Función Rectora** se refiere al ejercicio de las responsabilidades relacionadas con las políticas de salud pública y las competencias inherentes a la ASN, dentro del marco de las relaciones entre el gobierno y la sociedad en un Estado moderno, las cuales no se pueden delegar. Incluye las decisiones y acciones públicas que son necesarias para garantizar y satisfacer, dentro del marco de desarrollo nacional, las necesidades de salud y las aspiraciones legítimas de los actores sociales. El desempeño de esta función implica diferentes dimensiones de responsabilidad para el sector público (ver *Recuadro 1*).
- La función de **Financiamiento y Aseguramiento** incluye dos aspectos separados pero relacionados.

⁴ “Health Systems”, Report by the Secretariat, Executive Committee 120th Session, WHO, 8 January 2007.

⁵ Everybody’s Business, WHO’s Health System Strengthening Strategy, Draft 26 Sept 2006 (es una versión expandida de la definición proveída en el Informe de Salud Mundial en el año 2000).

- El *Financiamiento* que normalmente se diferencia, en financiamiento *público* (derivado de los impuestos, las contribuciones, y el pago de tarifas para la provisión de servicios), y financiamiento *privado* (derivado de los ciudadanos, y entregado a las entidades de seguros, proveedores privados o proveedores públicos como pago para ciertos servicios). La función de *Financiamiento* incluye determinar los recursos financieros que están disponibles en el sistema de salud o en cada sub-sistema existente; recolectar recursos a través de impuestos, contribuciones al seguro social, co-pagos u otros recursos financieros; y distribuir y asignar estos recursos a través de gastos públicos para tratar los problemas de equidad en los sistemas de salud.
- El *Aseguramiento*, por otro lado, se refiere a una garantía pública de cobertura y acceso a los servicios de salud, en caso de necesidad, para toda la población. Implica una vigilancia de la provisión de servicios de salud (tanto público como privado) a lo largo del sistema; así como las modalidades para el manejo de riesgos para garantizar que el riesgo financiero asociado con las intervenciones de salud sea asumido por todos los miembros de la sociedad a través de un fondo común de riesgo y no individualmente por cada miembro; así cumpliendo el mandato del Estado de garantizar la “Salud para Todos”. Central a este concepto de *aseguramiento* es el derecho a un conjunto garantizado de beneficios y servicios en base a los derechos adquiridos (económicos, individuales, y basados en la familia); todos a cambio de una contribución financiera al sistema (impuestos generales, contribuciones al seguro social, primas de seguros privados o diferentes tipos de esquemas de contribuciones mixtas). El *aseguramiento* en salud trae consigo varios aspectos: (i) un marco legal, (ii) beneficios, (iii) estructura y gestión, (iv) cobertura de la población, (v) un fondo común, y (vi) mecanismos de pago al proveedor.
- La función de la ***Provisión de Servicios*** se refiere a una variedad de servicios proporcionados, o por los profesionales de salud o por aquéllos que están bajo su supervisión, con el propósito de mantener y/o recuperar la salud. Incluye todos los ámbitos para la atención de salud (hospitales, centros de salud, consultorios médicos, centros de atención intermedia, escuelas, y casas).

Uno de los papeles más importantes del Estado en los sistemas de salud se realiza a través del ejercicio de estas funciones, en particular la *Función Rectora*, a través de la *Autoridad Sanitaria Nacional* (ASN). La ASN es el guardián de la salud pública y su objetivo principal es proteger y promover la salud de su población. Sin embargo, su estructura y composición pueden variar entre países, reflejando la organización político-administrativa e institucional existente y el marco legal/regulatorio del país.

Recuadro 1: Las Dimensiones de la Función Rectora

Conducción Sectorial	Se refiere a la capacidad de la ASN de formular, organizar y manejar la implementación de la Política Nacional de Salud, definiendo objetivos viables y metas factibles; así como la capacidad de preparar e implementar los planes estratégicos de salud.
Regulación	Es el diseño y la garantía de cumplimiento del marco regulatorio de la salud, lo que protege y promueve la salud de la población. Se requieren la regulación y el seguimiento de su aplicación para garantizar que la producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud se basen en los principios de solidaridad y equidad.
Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	Estas representan el conjunto fundamental de acciones que se deben desempeñar para lograr el objetivo central de la salud pública: mejorar la salud de la población. La OPS ha definido 11 FESP (ver el <i>Recuadro 2</i> para más detalles).
Financiamiento	Se refiere a la función de garantizar, monitorear y ajustar las complementariedades en los recursos de las diferentes fuentes para asegurar acceso equitativo a los servicios de salud para la población.
Garantía del Aseguramiento	Significa acceso a un conjunto garantizado de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para ciertos grupos de la población.
Armonización de la Provisión de Servicios	Se refiere a la capacidad de la ASN de promover las complementariedades entre diversos proveedores de servicios y grupos de usuarios y extender la cobertura en la atención de salud de manera equitativa y eficiente.

Globalmente, las debilidades en los sistemas de salud se perciben cada vez más como “el principal cuello de botella para mejorar los resultados de salud”.⁶ Una muestra de países latinoamericanos indica que, en promedio, la tasa de acceso a servicios de salud es del 34 por ciento para el quintil de ingreso más pobre y de un 94 por ciento para el quintil de ingreso más rico.⁷

La falta de acceso a los servicios de salud determina, a su vez, el bajo grado de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, al cuidado prenatal, y a la atención obstétrica especializada y de emergencia; aumentando así el riesgo de muerte materna para estos grupos. La principal causa de muerte en niños menores de un año en la Región se relaciona a condiciones que se originan en el período perinatal; mientras la influenza y la neumonía están entre las cinco primeras causas de muerte.⁸ El embarazo, el parto y el puerperio están entre las cinco primeras causas de muerte (y la causa principal en algunos países) para mujeres de 25 a 44 años de edad.⁹ Entre las poblaciones más pobres están las personas indígenas y las personas de descendencia africana, quienes tienen el mayor riesgo de mortalidad materna como resultado de su falta de acceso a los servicios

⁶ “Taking Forward the Health Systems Agenda: Report of a Consultation on Developing the Health Systems Action Network”, Partners for Health *Reformplus* Project, Draft for Comment, 8 February 2006.

⁷ “The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean: Challenges, Actions, and Commitments”, IDB, May 2004.

⁸ Special Topic: The Ten Leading Causes of Death in the Countries of the Americas, Health Statistics for the Americas 2006 Edition, PAHO/WHO.

⁹ PAHO/WHO *Op cit.*

médicos y de salud debido a su estado socio-económico limitado.¹⁰

Recuadro 2: Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública3. Promoción de la salud4. Participación de los ciudadanos en la salud5. Desarrollo de políticas y capacidad de planificación y gestión en materia de salud pública6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos10. Investigación en salud pública11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud |
|---|

El fortalecimiento de los sistemas de salud en la Región ha pasado a primer plano con la intención de atender las áreas ignoradas por los procesos regionales de *Reforma del Sector Salud* (RSS), como son: (i) la relevancia de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional, (ii) aumentar el número y las competencias de los recursos humanos en salud, y (iii) garantizar la implementación de las funciones esenciales de salud pública.¹¹

Con respecto al desempeño de la *Función Rectora* en general, se realizó para este documento una revisión somera de siete casos de SMI de diferentes países de la Región: el *Seguro Universal Materno-Infantil* (Bolivia), el *Programa de Salud de la Familia* (Brasil), la Política de la Protección de la Salud de la Madre y el Hijo (Chile), la *Ley de Maternidad Gratuita* (Ecuador), el *Bono Materno-Infantil* (Honduras), el *Programa PROGRESA* (México), y el *Seguro Integral de Salud* (Perú). La revisión denotó una capacidad relativamente extensa con respecto a la dimensión de *Conducción/Dirección*; una capacidad limitada o inexistente en la mayoría de los países para la *Regulación*; limitada capacidad (aunque en proceso de desarrollo) para el *Financiamiento y Aseguramiento*; y una muy débil capacidad para la *Armonización de la Provisión de Servicios* en su conjunto.

En términos del desempeño de la dimensión de las FESP, y en particular de los resultados obtenidos de las medidas realizadas en 41 de los países de las Américas, estas demuestran que en general, las FESP que forman parte de la tradición de salud pública, tienen un mejor desempeño (FESPs 2 y 11). En contraste, aquellas que se desarrollaron más recientemente, como la *Garantía de la Calidad* (FESP 9), tuvieron un bajo desempeño. Cabe destacar el resultado del bajo desempeño del *Desarrollo de Recursos Humanos* (FESP 8). Esto representa una gran preocupación, ya que ésta es crucial para el fortalecimiento de la salud pública y de la capacidad institucional de la ASN. Los

¹⁰ ECLAC, Achieving the Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean, June 2005 (Capítulo VI).

¹¹ Editorial: "Challenges to Scaling-Up Health Systems" in Strengthening Health Systems and Reforms, PAHO/WHO – USAID Health Sector Reform Initiative, Issue #7, 2004.

resultados de la revisión de los siete estudios de caso de SMI y la evaluación regional de las FESP se resumen en el *Recuadro 3*.

Recuadro 3: Principales Resultados de una Revisión Regional sobre la Capacidad para ejecutar la Función Rectora

Las Dimensiones de la Función Rectora	Revisión de las Experiencias de los Países
<i>Conducción Sectorial</i>	En todos los países examinados las autoridades nacionales fueron capaces de establecer las prioridades de salud en base a un análisis situacional. En algunos casos éstas se volvieron prioridades nacionales. Hubo evaluación limitada de los resultados (Bolivia, Perú, y México) pero ninguna evaluación sobre el desempeño de todo el sistema.
<i>Regulación</i>	Todos los países examinados tienen sistemas fragmentados -con múltiples instituciones públicas y privadas. La autoridad de salud carece de los recursos para hacer cumplir la regulación, y en algunos casos del marco legal para hacerlo. Tres países (Chile, Brasil, y México) han logrado avances en este aspecto pero sólo para el sector público y no para el sistema entero; y ningún país tiene la capacidad de hacer cumplir las regulaciones de todo el sistema.
<i>Modulación del Financiamiento y Garantía del Aseguramiento</i>	La mayoría de los países examinados ha mostrado la capacidad de enfrentar las inequidades de salud que provienen de las barreras financieras, lo cual incluye la reasignación de los gastos públicos para propósitos de equidad. La mayoría (Chile, Bolivia, México, y Brasil) demostró un compromiso financiero para lograr sus metas de salud. Algunos de los países tienen un conjunto garantizado de servicios o beneficios de salud (Bolivia, Perú, y Chile), como base para el esquema de seguro nacional; pero solo un país (Brasil) lo utiliza como base para la cobertura universal de los servicios de salud. Los cuatro países han definido cobertura geográfica o poblacional, pero sólo Chile ha desarrollado la capacidad de vigilar su cumplimiento a nivel de todo el sistema.
<i>Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)</i>	Se observó el mejor desempeño relativo (según el estándar de 70% establecido para esta evaluación) para las FESP 11 y 2. El desempeño de las FESP 1, 7, 5, y 3 fue de nivel medio-superior; y las FESP 4 y 6 de nivel sub-intermedio. Se demostró un bajo nivel de desempeño para las FESP 9, 8, y 10.
<i>Armonización de la Provisión de Servicios</i>	Sólo uno de los países revisados (Bolivia) utiliza el criterio regional para la planificación de los

	servicios de salud, y tiene los mecanismos en marcha para garantizar las normas de atención de calidad.
--	---

El nivel de apoyo internacional para el fortalecimiento de los sistemas de salud también ha crecido a un ritmo más rápido en años recientes, a la vez que los académicos y los políticos han tomado mayor conciencia de los obstáculos a la extensión que son causados por sistemas de salud frágiles; los cuales incluyen: (i) recursos humanos limitados; (ii) débil gobernanza nacional en salud; (iii) sistemas de adquisiciones lentos; (iv) débiles sistemas de gestión financiera; (v) limitadas posibilidades de sostenibilidad; (vi) información de salud limitada o inexistente; y (vii) falta de coordinación y continuidad de iniciativas.¹² Las debilidades de los sistemas de salud no sólo han “impedido la extensión rápida de intervenciones eficaces conocidas”¹³ sino también amenazan severamente con “limitar futuras mejoras en los resultados de salud”.¹⁴

Sin embargo, a pesar del apoyo general que existe para el fortalecimiento de los sistemas de salud, se ha prestado poca atención a las principales limitaciones enfrentadas por los sistemas, sobre todo aquellas relacionadas con la falta de sostenibilidad de los resultados y una frágil gobernanza nacional de salud. En algunos casos, el hecho de que la extensión de los programas verticales no haya sido acompañada de esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud no sólo ha limitado el éxito de estos sino que ha resultado incluso en el debilitamiento mas profundo de los sistemas, como es el caso de la iniciativa para extender la cobertura del tratamiento antiretroviral (ART) en África subsahariana.¹⁵

También existe la preocupación de que los sistemas que ya son débiles pueden ponerse en mayor peligro por sobre-concentrar recursos en programas específicos, dejando otras áreas desprovistas de recursos.¹⁶ Una forma de superar estas limitaciones y lograr mayor sostenibilidad a largo plazo sería la de integrar las buenas prácticas de los programas verticales en los sistemas de salud como parte de un esfuerzo más amplio para fortalecer los resultados de salud.

Se necesita un enfoque integrado no sólo para analizar sistemáticamente cómo los programas verticales pueden contribuir a la extensión de los sistemas de salud basados en la APS; pero también, y quizás aún con mayor importancia, para identificar las acciones que se requieren a nivel de los sistemas para asegurar que así lo hagan. Las ventajas de un enfoque sistémico son que ésta estrategia aumenta el rango de opciones y enfrenta las causas desde la raíz; y que los beneficios cubren varias, y no solamente una prioridad (las eficiencias de escala serian por tanto posibles).

¹² Evans, Tim *et al.* “Making Health Systems Work.” *Partners for Health Reform Plus*, 2005. (1)

¹³ Evans, Tim, *Op cit.* (1)

¹⁴ Pielemeier, Nancy *et al.* “Lessons from Health System Strengthening Can Lead to Rapid Scale-Up of HIV Programs,” *Abt Associates*, 2005. (1)

¹⁵ “The Challenge of TB and Malaria Control,” DFID, 2005.

¹⁶ Phyllida T. *et al.* “Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals”, *The Lancet* 2004, 364:900-06.

Los Elementos Esenciales de la APS

En años recientes, los gobiernos han buscado formas de mejorar la equidad, la eficiencia, la efectividad, y la receptividad de sus sistemas de salud; y simultáneamente ha habido una mayor aceptación del importante papel que juega la *Atención Primaria de Salud* (APS) para ayudar a lograr estos objetivos. Sin embargo, no ha habido un examen sistemático de la APS comparada con los sistemas basados en la atención especializada, y tampoco se ha establecido firmemente el argumento a favor de ésta.¹⁷

No obstante, los estudios internacionales muestran que la fortaleza del sistema de atención primaria de salud de un país está asociada con mejores resultados de salud en la población con respecto a la mortalidad por todas las causas, la mortalidad prematura por todas las causas, y la mortalidad prematura por causa específica de las principales enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Esta relación es significativa después de controlar por los determinantes de la salud de la población a nivel macro (PIB per cápita, número total de médicos por población de un mil, porcentaje de ancianos) y a nivel micro (número promedio de consultas de atención ambulatoria, el ingreso per cápita, y el consumo de alcohol y tabaco).¹⁸

Además, una mayor disponibilidad de la APS está asociada con una mayor satisfacción del paciente y un menor gasto agregado en la atención de salud. Los estudios de los países desarrollados muestran que una orientación hacia un sistema basado en la atención especializada exacerba la inequidad en el acceso. Los sistemas de salud en los países de bajos ingresos con una orientación fuerte a la APS tienden a ser más pro-pobres, equitativos y accesibles. A nivel operativo, la mayoría de los estudios que comparan los servicios que podrían ser entregados como atención primaria de salud o como servicios de atención especializada muestran que el uso de los médicos de atención primaria reduce los costos y aumenta la satisfacción del paciente, sin ningún efecto adverso en la calidad de la atención o los resultados de los pacientes.¹⁹

La posición de la Organización Panamericana de la Salud es que la renovación de la APS debe ser una parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que basar los sistemas de salud en la APS es el mejor enfoque para producir mejoras sostenidas y equitativas en la salud de las personas de las Américas. La OPS/OMS define un sistema de salud basado en la APS como: *Un sistema que orienta sus estructuras y funciones hacia su meta principal de alcanzar el nivel de salud más alto posible mientras maximiza la equidad y la solidaridad.* Tal sistema se guía por los principios de la APS de capacidad de respuesta a las necesidades de salud de las personas, orientación de calidad, responsabilidad gubernamental, justicia social, sostenibilidad, participación, e intersectorialidad.²⁰

¹⁷ “What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), January 2004.

¹⁸ WHO, *Op cit.*

¹⁹ WHO, *Op cit.*

²⁰ “Renewing Primary Health Care in the Americas”: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization, 2007.

Un sistema de salud basado en la APS está así compuesto de un conjunto central de elementos funcionales y estructurales que garantizan la cobertura y acceso universal a los servicios que son aceptables para la población y que favorecen la equidad. Este proporciona una atención integrada, integral, y apropiada a través del tiempo, pone énfasis en la promoción y prevención de la salud, y asegura la continuidad en la atención desde el primer contacto. Las familias y comunidades son su fundamento para la planificación y la acción.

Un sistema de salud basado en la APS requiere de una base sólida legal, institucional, y organizacional así como recursos humanos, financieros, y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea óptimas prácticas de organización y gestión en todos los niveles para lograr calidad, eficiencia, y efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en la salud.

Un sistema de salud basado en la APS desarrolla acciones intersectoriales para atender los determinantes de salud y equidad.²¹ El *Recuadro 4*, a continuación presenta el listado de estos elementos y sus definiciones.

Recuadro 4: Los Elementos Esenciales de la APS y sus Definiciones

1. Cobertura y acceso universal	Los recursos suficientes para cubrir a toda la población, fomentando la equidad y la promoción de la salud; eliminando las barreras de acceso (geográficas, financieras, socio-económicas, culturales, étnicas, de género, y de edad); y promoviendo la “capacidad de obtener los servicios personales de salud que son necesarios, accesibles, convenientes, aceptables, y eficaces de una manera oportuna”.
2. Atención integrada, integral, y continua	Los servicios suficientes para las necesidades de toda la población, incluidos los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación, etc., así como la coordinación entre todas las partes del sistema de salud (las referencias, etc.).
3. Atención apropiada	Enfoque en la persona como un todo (tanto las necesidades sociales y de salud que son apropiadas para el contexto comunitario/cultural/social); no centrado en las enfermedades; atención basada en evidencias.
4. Políticas y programas pro-equidad	Reducir los efectos negativos de las inequidades sociales en salud, tratando los factores subyacentes.
5. Énfasis en promoción y prevención	Promover la educación en salud, la consejería, y los enfoques basados en políticas que mejoren las vidas de las personas.

²¹ PAHO/WHO, *Op Cit.*

6. Primer contacto	Hacer que el primer punto de entrada al sistema de salud sea accesible (la disponibilidad de proveedores de atención primaria).
7. Orientación familiar y comunitaria	Enfoques poblacionales, con la familia / la comunidad como el foco primario (no sólo las necesidades individuales).
8. Marco político, legal e institucional sólido	Define y empodera las acciones, los actores, los procedimientos, y los sistemas legales y financieros que se requieren.
9. Recursos adecuados y sostenibles	Las instalaciones, el personal, el equipamiento, los suministros, los medicamentos, los presupuestos operativos, etc.; son necesarios para proporcionar una atención integrada y de alta calidad.
10. Recursos humanos apropiados	Proveedores, trabajadores comunitarios y personal de apoyo con adecuada capacitación y conocimientos; con capacidades en su campo y atentos a las normas éticas.
11. Organización y gestión óptimas	Un marco político, legal, e institucional sólido; que organiza la provisión de servicios para que responda a los ciudadanos.
12. Mecanismos de participación activa	Estrategias para incluir los mecanismos de participación activa, empoderando a los individuos / a la comunidad, y promoviendo la rendición de cuentas.
13. Acciones intersectoriales	Vínculos entre las organizaciones públicas / privadas y las ONGs tanto al interior como fuera del sector salud (incorporando el empleo, el trabajo, la educación, la vivienda, lo alimentos, el medio ambiente, el agua / saneamiento, la atención social, etc.).

Desde una perspectiva de sistemas, los elementos esenciales de la APS pueden vincularse también a las tres funciones de los sistemas de salud en base a sus mandatos respectivos, como se ve en el *Cuadro 3*. Entre ellos el principal es la *Función Rectora* de la Autoridad Sanitaria Nacional y todos los aspectos que pertenecen a la gobernanza de los sistemas de salud; los cuales en la mayoría de los países de la Región son los más débiles, como se discutió en la sección anterior.

La gobernanza también es de particular importancia para lograr el marco político, legal, e institucional sólido que se requiere para llevar a cabo la estrategia de APS y evaluarla de una manera transparente, sujeto al control social, y libre de la corrupción resaltada en el documento de posición de la OPS/OMS.²²

²² PAHO/WHO, *Op Cit.*

**Cuadro 3: Vínculos Sugeridos entre las Funciones del Sistema de Salud
y los Elementos Esenciales de la APS**

Elementos Esenciales de la APS	Funciones del Sistema de Salud		
	Función Rectora	Financiamiento / Aseguramiento	Provisión de Servicios
1. Cobertura y acceso universal	√	√	√
2. Atención integrada, integral y continua	√	√	√
3. Atención apropiada			√
4. Políticas y programas pro-equidad	√	√	
5. Énfasis en promoción y prevención	√	√	√
6. Primer contacto			√
7. Orientación familiar y comunitaria	√	√	√
8. Marco político, legal e institucional sólido	√		
9. Recursos adecuados y sostenibles	√	√	
10. Recursos humanos apropiados	√	√	√
11. Organización y gestión óptimas	√	√	√
12. Mecanismos de participación active	√		√
13. Acciones intersectoriales	√	√	√

¿Qué significa extender los sistemas de salud basados en la APS?

Cada vez hay un mayor reconocimiento de que la “extensión” en salud no se refiere solamente al aumento del gasto público en salud. Los ministros de salud también están buscando maneras de hacer más con los recursos existentes. Ellos están buscando formas innovadoras de aprovechar las sinergias de las comunidades, organizaciones no-gubernamentales y el sector privado. Los ministros reconocen que no hay ninguna garantía de que los pobres se beneficiarán de las reformas a menos que éstas se diseñen cuidadosamente y con este fin en mente. Además, el éxito será limitado a menos que se permita que los esfuerzos desde otros sectores incidan en el logro de mejores resultados de salud.²³

La literatura en salud se caracteriza por la existencia de múltiples perspectivas conceptuales acerca de la extensión, sin embargo, el término se utiliza con más frecuencia para referirse a la noción de extender la escala; en particular, a la extensión del alcance o número de actividades de programas o proyectos verticales. La prevalencia del enfoque “vertical”²⁴ a la extensión en la literatura en salud refleja el hecho que las iniciativas globales de salud (como “Hacer Retroceder la Malaria”) generalmente enfocan sus esfuerzos en la extensión de programas o proyectos verticales para alcanzar una población más grande.²⁵

El hecho de que la mayoría de las iniciativas globales de salud priorizan la extensión rápida de los programas o proyectos verticales, a su vez, se explica por la necesidad de producir resultados rápidos para demostrar avances hacia los ODM relacionados con la salud. Sin embargo, a pesar del consenso general emergente de que los sistemas de salud más fuertes son un requisito previo para lograr los ODM relacionados con la salud, la mayoría de las experiencias para extender los programas verticales o proyectos se han dado en ausencia de esfuerzos paralelos para fortalecer los sistemas de salud.²⁶ En algunos casos, la extensión de proyectos verticales específicos (como la iniciativa para extender el tratamiento antiretroviral o la cobertura de ART en África subsahariana) han resultado en la práctica en un debilitamiento de los sistemas de salud.²⁷

También ha surgido nueva información que muestra que cuando los esfuerzos verticales de extensión no son acompañados por esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud, esto no sólo limita el éxito de estos esfuerzos sino que también produce un mayor debilitamiento de los sistemas de salud. Por ejemplo, según informes recibidos, los

²³ “Health Systems”, Report by the Secretariat, Executive Board 120th Session, WHO, 8 January 2007.

²⁴ La extensión con un enfoque vertical en salud se define en este documento como el enfoque que se centra principalmente en extender el alcance o número de actividades de los programas o proyectos verticales.

²⁵ Travis, Phyllida, *et al.* “Overcoming Health Systems Constraints to Achieving the Millennium Development Goals.” *The Lancet*, 2004. (395)

²⁶ Travis, Phyllida, *Op cit.*

²⁷ The Challenge of TB and Malaria Control.” *UK Department for International Development*, 2005. (5).

esfuerzos para extender los proyectos verticales de VIH/SIDA con el fin de ampliar la cobertura de ART han resultado para algunos países en desarrollo, en la distorsión de políticas, el desvío de los escasos recursos humanos, un aumento en los costos de transacción, y la pérdida de coordinación entre las estructuras de provisión de servicios.²⁸ Una reciente evaluación independiente de la respuesta del sistema de salud frente al VIH en la República Dominicana señala la necesidad de fortalecer los procesos nacionales que garantizan la armonía y la coherencia entre las prioridades y los recursos disponibles; y de realizar reformas del sistema de salud basadas en criterios de costo-efectividad y de sostenibilidad.²⁹

En este documento el concepto de la extensión, en el contexto de los sistemas de salud o el “enfoque de sistemas” a la extensión, se define como: *Un enfoque integrado para el desarrollo de los sistemas de salud que supone una amplia pero integral selección de estrategias que apuntan a mejorar el alcance y desempeño de las funciones principales del sistema de salud; específicamente (i) la función rectora; (ii) el financiamiento y aseguramiento; y (iii) la provisión de servicios de salud.*

La meta del enfoque de sistemas de salud referido a la extensión es contribuir a las mejoras en la salud a través de un mayor acceso, cobertura, calidad de atención, eficacia, y equidad, y el fortalecimiento del sistema en su conjunto. El *Cuadro 4* presenta una comparación entre estos dos enfoques.

Cuadro 4: El Enfoque Vertical a la Extensión Vs. El Enfoque de Sistemas a la Extensión

	<i>Enfoque Vertical</i>	<i>Enfoque del Sistema de Salud</i>
Definición	Un enfoque que busca principalmente una extensión en la cobertura o en el número de actividades para programas / proyectos verticales.	Un enfoque que enfatiza el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante estrategias que buscan mejorar una o más de las funciones del sistema de salud; contribuyendo a mejores resultados de salud mediante mejor un acceso, cobertura, equidad, o efectividad.
Fortalezas	• Genera resultados rápidos para vigilar el logro de los ODM • Este enfoque permite intervenciones enfocadas en una sola enfermedad	• Toma en cuenta los retos frente a la extensión del sistema de salud y permite el desarrollo de intervenciones para superar esos obstáculos • Integra la extensión de programas / proyectos verticales dentro de esfuerzos más amplios para mejorar los sistemas de salud
Debilidades	• Atención insuficiente a los obstáculos durante la extensión de los sistemas de salud, los cuales a su vez limitan el éxito de las intervenciones • Puede llevar al debilitamiento de los sistemas de salud; por	• La implementación de un enfoque sistémico requiere de más tiempo porque implica considerar el sistema en su totalidad tanto en términos de planificación como de beneficios • Los resultados de las intervenciones a lo largo del sistema no se perciben de inmediato

²⁸ UK Department for International Development, *Op Cit.*

²⁹ “VIH Noticias”, Número 13, Abril 2007, OPS/OMS.

	ejemplo, por el desvío de recursos humanos críticos al programa vertical	
Ejemplos	La extensión de la cobertura de ART en África subsahariana	La 6ta Llamada para Propuestas del Fondo Global, la cual requiere de una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud

La diferencia principal entre el enfoque vertical y el *enfoque de sistemas* a la extensión es que, mientras el primero pone énfasis en la necesidad urgente de ampliar los programas y proyectos verticales para cumplir ciertas metas, como los ODM; el segundo afirma que los esfuerzos verticales de extensión solo lograrán un éxito limitado, a menos que se integren a esfuerzos más amplios para fortalecer los sistemas de salud. Puesto de otra manera, el enfoque de sistemas argumenta que la sostenibilidad a largo plazo de los programas y proyectos verticales (como los programas para el tratamiento de VIH/SIDA) depende del grado al cual la extensión de estos programas y proyectos contribuya a ampliar de manera horizontal las capacidades de los sistemas de salud.³⁰

La aplicación del enfoque de sistemas a la extensión requiere de un análisis previo de los retos a la extensión ocasionados por las limitaciones del sistema nacional de salud. En base a este análisis y con una visión amplia del sistema y sus componentes, se pueden tomar las medidas apropiadas para asegurar que la estrategia o intervención propuesta contribuya al fortalecimiento y no el debilitamiento del sistema. Entonces, los esfuerzos para la extensión de las actividades pueden ser integrados dentro de ó combinados con otras iniciativas cuyo fin sería el de fortalecer el sistema en su conjunto.

La aplicación de un enfoque de sistemas a la extensión puede tomar diferentes formas. En este documento también concordamos con la posición de la OMS de qué la extensión de los sistemas de salud debe guiarse por los principios de la APS; y para este propósito se ha empleado, como una herramienta analítica, los elementos propuestos por la OPS/OMS para construir un sistema de salud basado en la APS. Se ha intentado determinar la presencia o la convergencia de estos elementos con las buenas prácticas, basados en las experiencias internacionales de la extensión de los programas verticales seleccionados, para así poder comenzar a explorar la viabilidad de extender los sistemas de salud basados en la APS.

³⁰ “The World Health Report 2003: Shaping the Future.” WHO, 2003.

Lecciones aprendidas de la extensión de los programas verticales

Dada la importancia atribuida a basar un sistema de atención de salud en los elementos esenciales de la APS, la pregunta sobre si es posible o no extender los sistemas de salud correspondientemente es muy relevante. En ese sentido, las lecciones aprendidas de los éxitos en la extensión de los programas verticales para enfermedades específicas, las cuales incluyen los elementos esenciales de la APS, adquieren particular relevancia. La gran cantidad de fondos globales disponibles para la extensión de los programas verticales también refuerza la importancia de esta interrogante. Sí es posible para los programas verticales fortalecer los sistemas de salud en su conjunto, los recursos monetarios disponibles para los programas podrían constituirse en una gran oportunidad para que los países receptores superen las limitaciones en los sistemas nacionales de salud.

De lo contrario, el reciente incremento en el financiamiento internacional disponible para los programas verticales podría tener efectos potencialmente negativos para el sistema de salud en su conjunto, si estos programas no se integran de manera apropiada en la estructura básica de los sistemas nacionales de salud. Estos programas de financiamiento independiente necesitan ser coordinados más estrechamente con los gobiernos nacionales y locales para ayudar a crear un plan de acción más cohesivo que utilice los fondos lo más eficazmente posible mientras promueve al mismo tiempo el fortalecimiento general del sistema de salud. Si no se coordinan los recursos financieros de los donantes y de la salud global con las políticas nacionales, el ingreso de fondos para tales programas incluso podría volverse una carga para el país.

Además, resulta esencial el entender a profundidad los programas verticales; incluyendo su estructura, funcionamiento, e implementación para determinar si estos pueden utilizarse para extender los sistemas de salud basados en la APS. Así, para propósito de análisis, se puede considerar la extensión dentro de los siguientes cuatro contextos:³¹

- **Extensión Cuantitativa:** aumentando el número de personas beneficiado por un programa, normalmente de inmediato:
 - Nueva población objetivo, extensión geográfica, adopción del programa por otra organización.
 - Requiere de Integración: estos programas verticales ya han mostrado su potencial individual, pero para que la extensión realmente tenga éxito, necesitan ser integrados a la estructura de atención primaria existente.
 - El gobierno necesita involucrarse en la gestión de tales programas verticales exitosos, para aumentar el impacto y asegurar la sostenibilidad.

³¹ Adaptado de Uvin, Peter and Miller, David. "Scaling-Up: Thinking Through the Issues." The World Hunger Program, 1994.

- **Extensión Funcional:** extendiendo la amplitud del programa, el número y los tipos de áreas técnicas incluidas en el programa:
 - Para incluir un rango amplio de áreas técnicas que aumentarán el impacto del programa.
- **Extensión de Políticas:** la capacidad de superar las barreras a los programas eficaces y servicios de AS a nivel nacional:
 - Resulta en la institucionalización de herramientas, productos, estrategias, y enfoques basados en el conocimiento para estandarizar y fortalecer los sistemas de provisión de servicios
- **Extensión Organizacional:** mejorando la capacidad de apoyar la iniciativa de una manera efectiva/sostenida:
 - Organizar o aumentar la base financiera, construir alianzas estratégicas

Sí bien el análisis de los éxitos relacionados a la extensión puede ofrecer recomendaciones de buenas prácticas, los ejemplos de los países también aportan información sobre situaciones en que la extensión es muy difícil. Por ejemplo, la extensión ha mostrado no ser exitosa en ambientes: (i) donde falta un fuerte apoyo político, (ii) donde falta tecnología, o (iii) cuando los procesos no son sostenibles o son muy intensivos. El apoyo político para los esfuerzos de extensión depende de la clara documentación del programa, dado que los oficiales gubernamentales tienden a ser más escépticos cuando los datos sobre las “buenas prácticas” no están disponibles y documentados. Por ejemplo, la implementación de un programa para la extensión de una tecnología de cultivo en Brasil tenía datos fácilmente disponibles que resumían un claro costo-beneficio de extender la tecnología, lo cual a su vez facilitó el proceso de ganar el apoyo de los oficiales estatales.³² Este caso ejemplifica la necesidad del procesamiento de datos por parte del sistema para que se puedan documentar y diseminar las historias de éxito y conseguir apoyo.

Los principales obstáculos a la extensión de los enfoques verticales, identificados en la literatura examinada, incluyen: (i) recursos humanos limitados, (ii) débil gobernanza nacional en salud, (iii) sistemas de adquisiciones lentos, (iv) pobres recursos financieros y sistemas de gestión, (v) limitado potencial de sostenibilidad, (vi) poca o ninguna información sobre la salud, y (vii) falta de coordinación entre el gobierno y las organizaciones privadas. Está claro que, para sacar el mejor provecho de los fondos y recursos disponibles, los programas verticales examinados necesitaban ser implementados dentro de un “sistema de salud funcional y con capacidad de respuesta”.

En medio de todas las limitaciones a la extensión, también se han propuesto alternativas para fortalecer los sistemas de salud. Los argumentos que apoyan la extensión como un mejor método resaltan la necesidad de que los programas tengan la capacidad de responder al nivel local para lograr éxito. Por ejemplo, en el programa STEPS de Malawi, se planteó si los gobiernos necesitan “reducirse” para proporcionar el espacio necesario

³² The World Bank, *Scaling-Up the Impact of Good Practices in Rural Development* (Washington, D.C.: 2003).

para extender los programas descentralizados de la comunidad.³³ Bajo este argumento, si los gobiernos adoptan modalidades de funcionamiento que permitan que las comunidades y organizaciones locales desarrollen sus capacidades conceptuales, operacionales, e institucionales, puede establecerse un equilibrio entre los gobiernos y las comunidades en el que el gobierno es más flexible y receptivo a la demanda local para los servicios de salud.

³³ Gillespie, Stuart, *Scaling Up Community-Driven Development: A Synthesis of Experience*, International Food Policy Research Institute: Washington, D.C., 2004. pp. 14, 18.

La Convergencia con los Elementos de la APS

Para el presente trabajo se examinaron cuidadosamente los éxitos en la extensión de los programas verticales identificados en la literatura examinada, usando como guía los elementos esenciales de la APS propuestos por la OPS/OMS. La siguiente sección resume los resultados y logros destacados de los ejemplos nacionales disponibles.

Los primeros dos programas examinados fueron los de Tuberculosis (TB) y malaria. La situación internacional que rodea las elevadas tasas de infección y las opciones de tratamiento para la TB y malaria hacen que estas enfermedades sean una preocupación urgente para muchos sistemas de salud. La tuberculosis y la malaria juntas causan la muerte de más de 3 millones de personas cada año, con ese número aumentando continuamente en la mayoría de los países de las regiones en África subsahariana y el Sureste de Asia.

En las Américas, el control de la TB enfrenta dificultades relacionadas al acceso de la población a una red de servicios de salud, la necesidad para atención gratuita y para consultas y diagnósticos rápidos, la adhesión del paciente al tratamiento, y el acceso al apoyo de la familia y la comunidad, lo cual frecuentemente falta dado el estigma social asociado con la enfermedad.³⁴ Esta situación se exagera por el VIH/SIDA, el cual aumenta el riesgo de desarrollar la tuberculosis de un 5 por ciento a un 15 por ciento por año.³⁵ Estas enfermedades afectan principalmente a personas pobres y vulnerables, ya que las barreras de acceso financieras y culturales a la atención juegan un rol importante en la falta de detección y tratamiento oportunos. Las enfermedades también son agobiantes para los sistemas de salud, porque un programa de tratamiento eficaz para la TB requiere de la supervisión del paciente durante un periodo de 6 meses de tratamientos diarios. Existe también el problema de la resistencia a los medicamentos de ambas enfermedades, lo cual exige que los países procuren medicamentos más caros que están fuera del alcance de sus presupuestos.

Tuberculosis

El tratamiento basado en la información está disponible, como el programa de Terapia Directamente Observada de Corta Duración (DOTS) para la TB, que ha tenido éxitos en el tratamiento de un 88% comparado con un 51% en los enfoques de tratamiento tradicional.³⁶ La OMS ha promovido el DOTS como la estrategia recomendada a nivel internacional para el control de la TB, mediante la extensión del marco de DOTS y el desarrollo de un plan para aumentar la cobertura. En las áreas donde se implementó la estrategia de la OMS, se evaluó el 92% de los casos registrados, comparado con sólo el 54% en las áreas que no estaban dentro de la estrategia de la OMS, demostrando la alta tasa de cobertura con este tratamiento. A través de la declaración de casos y métodos de

³⁴ Regional Strategy for the Control of Tuberculosis for 2005-2015, PAHO/WHO (CD46/18, Rev. 1).

³⁵ CD46/18, *Op cit.*

³⁶ Evans, Ann R. "Opportunities for TB Collaboration: Proceedings of a CORE Group Workshop," *The Child Survival Collaborations and Resources Group*. 2003 p. 9

tratamiento confiables, muchos países documentaron una alta tasa de detección de casos de TB, como 81% para Botswana, 93% para Marruecos, 94% para Perú, 80% para Tanzania, y 67% para Vietnam.³⁷

Sin embargo, mientras esta “buena práctica” es muy conocida, su implementación en los sistemas de salud ha sido lenta y difícil al no contar con el financiamiento necesario y una infraestructura básica en el sistema de salud. Los recursos financieros para este programa vertical en particular están aumentando, pero para que un enfoque específico a cierta enfermedad tenga éxito, debe adoptar un enfoque basado en la APS más amplio y más horizontal. Para muchos países que intentan erradicar la enfermedad, sus fracasos “proviene de la insuficiencia de el [su] sistema de atención de salud subyacente... [porqué] está claro que se necesitan enfoques más amplios para responder a las formas complejas en que la pobreza y el acceso inadecuado engendran resistencia”.³⁸ Estos países necesitan una colaboración más estrecha con organizaciones internacionales como la OMS para crear la correspondencia entre los programas horizontales del sector salud y las iniciativas verticales con mucho financiamiento.

El éxito de los programas verticales de TB basados en enfoques más horizontales de la APS proporciona información sólida que apoya la extensión basada en los elementos esenciales de la APS. La convergencia entre el programa vertical de DOTS y los elementos de la APS permitieron la implementación exitosa en los países de Perú, Brasil, Nepal, Vietnam, y Japón, reduciendo a la mitad las muertes por TB durante los años 90. Una característica común de cada uno de estos programas es el monitoreo continuo del progreso del paciente, un sistema sólido para el manejo y vigilancia de los casos, y el apoyo continuo al paciente a través de consultas de seguimiento. Estas características corresponden a los elementos importantes de la APS, como la *provisión descentralizada y universal de servicios, continuidad en la atención*; así como un sistema *costo-efectivo* de gestión e implementación.³⁹

Dentro del contexto de extender la cobertura a nivel comunitario al mayor número posible de pacientes, estos 5 ejemplos de programas exitosos de TB exigieron el fortalecimiento del personal de salud en todo el sistema para posibilitar la extensión. El análisis de los datos de la Alianza Público-Privada para la extensión de DOTS (APP) muestra ganancias considerables de un 25-30% en la notificación de casos y altas tasas de curación de 75-90%, demostrando que “el *compromiso de los proveedores privados de atención de salud* es de suma importancia para el control de la TB en una comunidad”.⁴⁰ Además, para asegurar los recursos humanos apropiados y mejorar la cobertura, normalmente es necesario, antes de nada, adquirir los recursos médicos adecuados y sostenibles. En el caso del centro de Haití, se podría decir que hay un fuerte argumento que apoya el efecto positivo que tiene la obtención de medicamentos esenciales u otras

³⁷ Raviglione MC et al. Assessment of worldwide tuberculosis control. *Lancet* 1997; 350:624-629.

³⁸ “Global plagues and the Global Fund: Challenges in the fight against HIV, TB, and Malaria.” Tan, et. al. *BMC International Health and Human Rights* 3:2 (TB Binder, Volume I, Section 1, p. 5/19)

³⁹ “Renewing Primary Health Care in the Americas”: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization, 2007.

⁴⁰ *Progress Report on the Global Plan to Stop Tuberculosis*. WHO: Stop TB Partnership, 2004. p. 15

formas de infraestructura básica en el número de pacientes y/o trabajadores de salud en esa institución.⁴¹ La provisión de recursos adecuados requiere financiamiento sostenible y costo-efectivo para comprar los medicamentos esenciales, construir infraestructuras básicas, y animar a los profesionales de salud para que trabajen. Todas estas acciones contribuyen a la extensión general de la cobertura y mejoras en la asistencia de los pacientes dentro de las clínicas.

Malaria

La Malaria, junto con la Tuberculosis, también representa una carga enorme en las infraestructuras de salud pública en todo el mundo. Esta enfermedad infecta alrededor de 400 millones de personas todos los años, causando entre 1-3 millones de muertes al año. Mientras no hay ninguna vacuna disponible para la malaria, pueden tomarse medicamentos preventivos para reducir el riesgo de infección y medicamentos antimaláricos para tratar las infecciones. Sin embargo, estos tratamientos preventivos y curativos son a menudo demasiado caros para los debilitados sistemas de salud y para las economías de los países en desarrollo. La resistencia a los medicamentos antimaláricos también está convirtiéndose en un problema dentro de los países. Por estos motivos, no hubo tantas historias de éxito citadas en la extensión de los programas de malaria alrededor del mundo. Pero entre esos programas verticales que *han* podido reducir los impactos negativos de la enfermedad en la salud y en el estatus socio-económico, los datos sobre las “buenas prácticas” han demostrado que la incorporación de ciertos elementos del sistema basado en la APS a los esfuerzos de extensión juega un rol integral en su éxito.

Un tema común entre los programas exitosos de extensión relacionados con la malaria es el uso de un *sistema de información comunitario* descentralizado, por ejemplo el Proyecto de Intervenciones Sanitarias Esenciales de Tanzania (TEHIP); que utiliza los Sistemas de Vigilancia Demográfica (DSS) como un medio para monitorear los problemas de salud a nivel del hogar.⁴² La capacidad de vigilar y manejar los datos sobre las prácticas de prevención y tratamiento a nivel local es crítica para supervisar los avances de cualquier programa. También es necesario asegurar que el programa actual proporcione el tipo de tratamiento más apropiado y costo-efectivo. Los siguientes Sistemas de Información son ejemplos de medidas de datos exitosas que, cuando se combinan, producen un sistema integrado de datos para medir el impacto de la enfermedad eficazmente y proponer una mejor asignación de recursos:⁴³

- **Sistemas de Vigilancia Demográfica (DSS):** Los sitios comunitarios del DSS vigilan enfermedades y muertes en poblaciones grandes, integrando los datos de los censos y las encuestas longitudinalmente.
- **Encuestas Demográficas y de Salud (DHS):** Estas encuestas nacionales de hogares se

⁴¹ Joia S. Mukherjee, “HIV-1 care in resource-poor settings: a view from Haiti,” *Lancet*. 362(2003):994-995.

⁴² Teklehaimanot, Awash. “Coming to grips with malaria in the new millennium,” *UN Millennium Project Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB and Access to Essential Medicines* (2005): 42.

⁴³ Teklehaimanot, Awash, *Op Cit* (74).

- enfocan en la salud reproductiva y del niño.
- **Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS):** Estas encuestas se relacionan con la prevención y el tratamiento.
- **La Encuesta de Indicadores de Malaria (MIS):** Típicamente hecho a nivel nacional o sub-nacional, los tamaños de muestra normalmente son más pequeños que el DHS/MICS y tomados durante el pico de la transmisión de malaria.

El empleo de estas técnicas de encuestas permite que la extensión de un programa vertical corresponda con más elementos de la APS, ayudando a identificar las mejores prácticas de organización y gestión, las formas de atención más costo-efectivas y apropiadas, y la capacidad de recursos humanos necesaria para asegurar que el programa sea exitoso. La coordinación entre estos sistemas de vigilancia y los programas de salud puede resultar también en un mecanismo más eficaz para la procura de los recursos esenciales para la atención. Además, las intervenciones antimaláricas exitosas requieren un compromiso político sostenido a nivel local, nacional, e internacional. En general, los esfuerzos fragmentados de extensión que carecen de ciertos elementos de la APS tienen poco impacto en mejorar la salud y extender la cobertura a todos.

Dengue

El tratamiento para el dengue depende fuertemente de la terapia de apoyo, dado que se les exige a los pacientes mantener una ingestión de fluidos orales o complementarla con fluidos intravenosos para prevenir la deshidratación. No existe ninguna vacuna disponible comercialmente para el dengue, y la principal medida de prevención es eliminar o reducir el vector del mosquito a través de mallas, repelentes, fumigaciones, etc. Los programas Nacionales de Control del Dengue son tradicionalmente verticales, pero para tener éxito, los países primero deben tener un compromiso político y económico sostenido con los programas de vigilancia y control. Además, estos esfuerzos de control requieren fuertes alianzas intersectoriales y redes de apoyo. Como los brotes tienden a tener ciclos cada 3-5 años, muchos de los programas verticales esporádicos apuntados al tratamiento y prevención han fallado.

De estos fracasos, se han aprendido valiosas lecciones con respecto a la clase de cambios de comportamiento sostenibles y a largo plazo que deben lograrse para que cualquier programa tenga éxito. La OMS, junto con la OPS/OMS y los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU., han establecido como una prioridad el desarrollo de una vacuna y los esfuerzos de control del dengue, y a través del análisis de los programas vigentes, han identificado algunos elementos claves que necesitan ser enfatizados. Los siguientes aspectos del tratamiento del dengue corresponden a muchos de los elementos de la APS que deben ser implementados en el sistema de salud del país para crear un Programa de Control del Dengue efectivo:⁴⁴

- **Atención Integrada e Integral:** La atención al paciente debe ocurrir dentro y fuera del sector formal de salud. Esto incluye el diagnóstico, reconocimiento, referencia apropiada

⁴⁴ PAHO/WHO's 128th Session of the Executive Committee: "Dengue Prevention and Control," June 2001, Washington, D.C.

de la enfermedad, y servicios de rehabilitación. Se necesitan los Sistemas de Información para la vigilancia epidemiológica y entomológica para facilitar la integración de la atención.

- **Recursos Adecuados y Sustentables:** Se necesitan herramientas de evaluación eficaces, así como un sistema para la eliminación de desechos, el suministro de agua limpia, y fumigaciones con insecticidas apropiados.
- **Orientación Familiar y Comunitaria/Mecanismos de Participación Activa:** Deben poner énfasis en la Participación Comunitaria y la Comunicación Social para asegurar la adecuada declaración de casos y la adhesión a las medidas de prevención y tratamiento.
- **Énfasis en la Promoción y Prevención:** El Control del Vector del Mosquito es un método fundamental para la prevención del brote. También se necesita la educación de salud formal a todos los niveles.
- **Las Acciones Intersectoriales:** Se necesitan alianzas y redes para el apoyo político y financiero.

Las lecciones aprendidas de los éxitos y fracasos del programa indican que la implementación de un método de prevención sostenible y costo-efectivo es crucial para el éxito. Como estos programas nacionales generalmente son grandes, la sostenibilidad se vuelve un problema en lo que se refiere al financiamiento a largo plazo y la adhesión al curso de acción a nivel de la comunidad. Cuando no se mantienen los programas para el control del vector, las poblaciones de mosquitos resurgirán rápidamente después de la finalización del programa. Como la mayoría de las transmisiones ocurren dentro y alrededor del domicilio, se ha identificado que los enfoques basados en la comunidad son más exitosos y sustentables. Sin embargo, estos enfoques son comúnmente procesos sumamente lentos. Entonces, el enfoque ideal para lograr el éxito inmediato mientras se mantiene el programa combinaría características de arriba hacia abajo (“top down”) y abajo hacia arriba (“bottom-up”).⁴⁵

Salud Materno-Infantil

Alrededor del mundo, y específicamente dentro de la Región de LAC, las mejoras en la SMI se relacionan estrechamente con el mejoramiento de los servicios primarios de salud. Muchos de los determinantes de salud materna, como la salud reproductiva y la planificación familiar, están asociados con el acceso general a los servicios de salud. Por esta razón, tratar los problemas de SMI dentro del nivel básico de atención primaria se ha vuelto una prioridad para muchos de los países que están adoptando este “enfoque basado en derechos” a la maternidad sin riesgo. Durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978 (patrocinada por la OMS/UNICEF), se hizo un compromiso para universalizar la APS “por tratar las causas sociales, económicas, y políticas de la mala salud así como la atención de la salud materno-infantil”.⁴⁶ El enfoque para promover la SMI a nivel local a través de la investigación basada en la comunidad, campañas públicas de educación, talleres, reuniones, y eventos de los medios de comunicación fue relativamente exitoso en el área de la salud del niño, pero descuidaron otros aspectos de la salud de las mujeres como la seguridad durante el embarazo y parto.

⁴⁵ Gubler, Duane J. *Op cit.*

⁴⁶ AbourZahr, Carla. “Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947-2002.” *British Medical Bulletin* 67 (2003): 13-25.

En su conjunto, los enfoques empleados para mejorar la SMI han mostrado que es necesario integrar la planificación familiar y la salud reproductiva en los programas de SMI para proporcionar todos los servicios necesarios para la paciente en una consulta. Este enfoque fue mencionado en muchos de los ejemplos de país como “la extensión de los servicios en un continuo de atención”.

El hallazgo más significativo de estos programas es el mensaje de que los programas verticales por sí mismos no han tenido éxito en la reducción de la mortalidad materna. Una sola intervención que no pasa por la infraestructura del sistema de salud, falla en considerar la gama más amplia de intervenciones que se requieren para mejorar la salud de las madres y niños. El concepto de integración es crucial para un programa exitoso de SMI, y los programas deben esforzarse para incorporar lo siguiente:⁴⁷

- *Un sistema integrado de registro a nivel distrital y niveles subsiguientes*
- *Un sistema integrado de provisión de servicios para dirigir el flujo de clientes, referencias, etc.*
- *“Estándares de calidad de los servicios” definidos que pueden ser operacionalizados a través de guías para la provisión de servicios y protocolos clínicos integrados, y después diseminados a todos los proveedores de servicios de salud reproductiva*
- *Un sistema integrado de vigilancia para reforzar, vigilar, y fortalecer las normas de atención de salud*
- *Un sistema de incentivos para manejar los temas del personal de atención de salud*
- *Un módulo para la capacitación del personal que contiene capacitación por niveles y cursos de actualización para introducir nuevas capacidades y mantener el interés del proveedor / supervisor en proporcionar atención de calidad*

Este enfoque más exhaustivo corresponde a los siguientes elementos de la APS:

- **Atención Integrada e Integral:** Se debe proveer atención de salud a las mujeres a lo largo del embarazo y del parto a través de los sistemas de referencia y las redes de los proveedores de servicios. En el caso de complicaciones, el acceso a la atención médica calificada debe estar disponible.
- **Recursos Humanos Apropriados:** Parteras, médicos, y paramédicos adecuadamente capacitados son necesarios para asegurar que personal calificado está disponible antes, durante, y después del parto.
- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** El programa debe proporcionar el acceso a los medicamentos, equipamiento, y suministros necesarios.
- **Mecanismos de Participación Activa:** El programa debe ser parte de una estrategia de desarrollo nacional y local que ocurre en un ambiente político, regulatorio, y legal favorable.

La creación de un sistema basado en la atención primaria de salud, que funcione, es el paso más importante en la construcción del ambiente necesario para mejorar el cuidado obstétrico esencial. Las *Iniciativas de Maternidad Sin Riesgo* ofrecen oportunidades para

⁴⁷ “Integration of Family Planning/Reproductive Health and Maternal and Child Health Services: Missed Opportunities and Challenges.” *Catalyst Consortium/TAHSEEN Project*, November 2003.

los países de proporcionar una eficaz atención de salud, pero solamente si se vinculan a los mecanismos (financieros y otros) que mejoren la calidad del sistema en su conjunto.

Los proyectos verticales de salud materna producen resultados fácilmente visibles a corto plazo, mostrando que mejoras en la SMI son posibles. Y el éxito de estos programas sumamente focalizados crean un ambiente positivo que ayuda a mejorar la provisión de servicios en todo el sistema. Otra manera en que el éxito de los programas verticales puede producir cambios sistémicos es a través de esfuerzos para promover al financiamiento continuo de los donantes. Al mismo tiempo, por emplear solamente un enfoque vertical se presenta el problema de la sostenibilidad, dado que el personal de salud se centra en el desempeño inmediato y no en los resultados a largo plazo. Por lo tanto, las “mejoras que resultan de los enfoques verticales pueden elevar las expectativas mientras minan el sistema general”.⁴⁸ La Alianza GAVI reconoció que la inversión exclusivamente en los programas de inmunización no era suficiente para aumentar y sostener la cobertura de inmunización o para contribuir al logro de los ODM y ahora ofrece fondos (GAVI HSS) para fortalecer la capacidad del sistema de salud de proporcionar inmunizaciones y otros servicios de salud.⁴⁹

Por estos motivos, se piensa que los enfoques en todo el sector ofrecen “mejores posibilidades de éxito que los proyectos poco sistemáticos financiados por separado... [como tienen el] potencial de eliminar la duplicación de actividades y las distorsiones creadas dentro de los sistemas de salud por programas financiados verticalmente y que tratan un solo problema.”⁵⁰ Y con las numerosas intervenciones de salud involucradas en la salud materno-infantil, tiene más sentido para los programas de SMI vincularse financiera y políticamente a un esfuerzo de más amplio del desarrollo del sector salud.

VIH/SIDA

Para muchos países en desarrollo alrededor del mundo y específicamente dentro de la Región de LAC, las altas tasas de transmisión del VIH están ocasionando una sobre-carga en las infraestructuras del sistema de salud de por sí ya debilitadas. La provisión de la atención de salud generalmente representa un desafío para estos países, así que cualquier clase de programa de prevención y tratamiento del VIH/SIDA tendrá probablemente un éxito limitado. Aunque en el momento hay mucho apoyo y fondos disponibles de las organizaciones internacionales, si estos grupos no pueden integrarse con éxito en la infraestructura de atención de salud existente al nivel local de atención primaria no van a ser capaces de lograr la extensión exitosa del tratamiento del VIH/SIDA. Por ejemplo, la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA en África (entre el Gobierno de Botswana, la Fundación de Bill y Melinda Gates, y la Fundación de la Empresa Merck) ha mostrado apoyo considerable para programas de terapia con tratamiento antiretroviral (ART), pero el progreso de tales programas en Botswana ha sido lento debido a la falta de “la

⁴⁸ Goodburn, Elizabeth and Oona Campbell. “Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key.” *British Medical Journal* 322(2001): 917-920.

⁴⁹ GAVI Alliance, Guidelines on Country Proposals For Support to: Immunizations Services, Health Systems Strengthening and Injection Safety, 18 May 2006.

⁵⁰ Goodburn and Campbell, *Op cit.*

necesaria infraestructura y capacidad de recursos humanos para mantenerse al ritmo de la tremenda demanda para la terapia”.⁵¹ Para que programas como éstos tengan éxito, las organizaciones externas necesitan colaborar con los gobiernos locales para integrar sus programas verticales al nivel de atención primaria del sistema de salud existente.

Brasil ha logrado implementar exitosamente su programa nacional de VIH/SIDA, con un balance de prevención y tratamiento que ha traído la epidemia bajo control. La experiencia de Brasil se menciona frecuentemente en el contexto del llamado a extender el acceso universal a los anti-retrovirales, ya que este ha sido uno de los principales logros del programa. No obstante, la provisión de anti-retrovirales es solo uno de los muchos esfuerzos que han realizado los Brasileños para enfrentar la epidemia y sus logros deben enmarcarse en el contexto mas amplio de las características económicas, políticas, sociales, y epidemiológicas de la epidemia en Brasil y de las múltiples respuestas a esta. Sí bien hay capacidades y otros factores que son relevantes a la experiencia de Brasil y que no son únicos a este país, tampoco son necesariamente universales. Otros países necesitan evaluar sí cuentan o no con condiciones similares y suficientes para implementar un programa del tipo y forma en que lo ha hecho Brasil⁵².

- **Una Respuesta Rápida y Coordinada de Gobierno y Sociedad Civil.** El fracaso inicial de las autoridades nacionales en dar respuesta a la epidemia de SIDA generó una gran movilización social. La respuesta fue coordinada a través de alianzas involucrando al sector público, sector privado, y ONGs. Un fuerte liderazgo de la sociedad civil jugó un papel importante en la coordinación de la respuesta.
- **Una Respuesta Integral del Sistema.** El tratamiento, incluyendo anti-retrovirales, es solamente una parte de un programa balanceado que enfatiza fuertemente la prevención y la protección de los derechos humanos.
- **Alta Capacidad de Resolución del Sistema de Salud.** En relación a la infraestructura, el programa de SIDA de Brasil ha establecido una red de servicios, no necesariamente creando nuevas instalaciones, sino más bien fortaleciendo las existentes con recursos adicionales.
- **Baja Prevalencia de la Enfermedad y una Capacidad Fiscal Substantiva.** La tasa de prevalencia del SIDA en Brasil de 0.7% en la población adulta (15-49 años) es bastante baja comparada con otros países. Por lo anterior, la presión que ésta pone sobre el sistema de salud y sobre el gasto público para combatir el SIDA, incluyendo el acceso universal a anti-retrovirales, es correspondientemente menor y más manejable que en otros países.

En la República Dominicana, la OPS/OMS, UNICEF, ONU-SIDA, en conjunto con otras agencias, llevaron a cabo una evaluación independiente de la respuesta del sistema de salud a la epidemia del VIH. Utilizando una metodología cuantitativa y cualitativa, el equipo de evaluación analizó la efectividad de los recursos invertidos en el logro de metas nacionales de salud, resaltó las brechas, e identificó los obstáculos a la implementación eficaz de la política nacional en todo el sistema de salud. Sus resultados

⁵¹ “Scaling Up Health Investments in Developing Countries: Lessons About What Works,” *Report on Wilton Park Conference WP751, West Sussex, UK, 16-18 June 2004*, 7.

⁵² *Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS “success story”- can others do it?*, Tropical Medicine and International Health, Volume 9 No. 1 PP 192-197, February 2004.

demuestran que a pesar del alto nivel de inversión, los avances logrados en la implementación de los diversos proyectos de VIH/SIDA no son los que se esperaban a la luz de las tecnologías y protocolos disponibles, y que todavía persisten brechas significativas en la cobertura para la prevención y el tratamiento. Estos resultados se deben parcialmente a un bajo nivel de desempeño del sistema nacional de salud y a las debilidades significativas en la capacidad de la Función Rectora de la ASN, las cuales ponen en peligro su capacidad de llevar a cabo esta función.⁵³

La epidemia de VIH/SIDA ha resaltado las principales debilidades que existen en la mayoría de los sistemas de salud. Esto se debe en parte a la respuesta integral que requiere el virus de todos los componentes del sistema. Si estos no colaboran adecuadamente, o si alguno de ellos está subdesarrollado, los programas verticales de VIH/SIDA no podrán extenderse rápidamente para aumentar la cobertura. Al resaltar las áreas más débiles de la infraestructura del sistema de salud, la respuesta al VIH/SIDA puede realmente trabajar hacia el fortalecimiento de estas limitaciones. Los sistemas de salud que responden inadecuadamente en general son aquéllos que carecen de los principios básicos de una infraestructura de salud basada en la atención primaria. La incorporación de estas normas de atención primaria en los programas verticales de VIH/SIDA no sólo aumenta el acceso a la terapia de ART, sino también puede fortalecer el sistema de salud en su conjunto durante el proceso de extensión.

⁵³ “VIH Noticias”, Número 13, Abril 2007, OPS/OMS.

Implicaciones para las Políticas y la Práctica

La discusión sobre el mérito de que la APS se constituya en la base de los sistemas de salud apenas ha comenzado y no es el enfoque central de este documento. La evidencia disponible demuestra algunas ventajas para los sistemas de salud que se basan más en la APS y la medicina general, en comparación con los sistemas que se basan más en la atención especializada, en términos de lo que se refiere a mejores resultados de salud a nivel poblacional, así como mejor equidad, acceso y continuidad, y un menor costo. Sin embargo, se necesita una base más sólida de evidencias para poder generalizarlas a nivel universal.⁵⁴

El debate sobre las prácticas más eficaces para extender los programas verticales, en el contexto de los sistemas de salud es particularmente importante para la Región, dados los diversos niveles de desarrollo de sus sistemas nacionales y la gran cantidad de fondos disponibles para las intervenciones que son específicas a ciertas enfermedades. Los recursos financieros tanto de iniciativas globales como de donantes individuales podrían proporcionar una oportunidad no sólo para combatir enfermedades específicas sino también para enfrentar las limitaciones en todo el sistema que influyen en la provisión de atención universal.

En base a la limitada información examinada no se puede contestar de manera concluyente la pregunta central planteada en este documento sobre si es posible o no extender los sistemas de salud basados en la APS. Sin embargo, las experiencias de la extensión de los programas verticales examinados sugieren que los enfoques parciales no son suficientes para afectar cambios en todo el sistema y que a su vez, sin cambios sistémicos, los enfoques parciales sólo tienen un éxito limitado.

Es más, el análisis de las “buenas prácticas” de los programas verticales realizado para este documento muestra que los esfuerzos para extender las estrategias que contienen muchos de los elementos propuestos para la APS han sido probados con diversos grados de éxito. Sin embargo, también existe la indicación de que la extensión de todo el sistema no podría basarse exclusivamente en los elementos de la APS. Las intervenciones a nivel local, aunque se han enfocado en los elementos de la APS, a menudo han tenido limitaciones cuando se han extendido a nivel nacional.

Sí bien sería ideal tener los elementos de la APS en una extensión nacional de los sistemas de salud, los problemas de financiamiento, las políticas gubernamentales, y la centralización administrativa juegan un rol y muchas veces hacen que se vuelva más difícil lograr mejoras a nivel nacional dentro del sistema de salud. Está claro que los esfuerzos nacionales de extensión de cualquier tipo deben considerar primero la situación actual del país y la condición existente de su sistema de salud.

⁵⁴ “What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?, Health Evidence Network, WHO Europe, January 2004.

Específicamente, la extensión de los sistemas de salud basados en la APS requiere de un plan integral de acción y los éxitos de la extensión de los programas verticales pueden ofrecer algunas pautas sobre la implementación efectiva de cambio a lo largo del sistema. Por ejemplo, para maximizar la efectividad, un enfoque estratégico necesita identificar las necesidades específicas de salud en el país y vincular estas prioridades a las intervenciones apropiadas a un nivel descentralizado.

Los ejemplos de los países identificados también muestran que la mayoría de las instituciones gubernamentales y las ONGs enfrentaron dificultades en la estimación de los costos potenciales de la extensión cuando estaban en el proceso de planear como proporcionar la intervención más costo-efectiva y económicamente sostenible dentro de los programas verticales. Hay una falta de análisis de los datos de costo-beneficio, y los pocos datos que existen no siempre pueden ser aplicados a distintas culturas y regiones geográficas. Los factores importantes que juegan un rol en el costo de un programa incluyen el tipo de intervención usado y el clima específico (físico, social, económico, etc.) en que se introduce.

El problema de la eficiencia también es de suma importancia. Esto incluye la evaluación de oportunidades para auto-financiamiento, y la mezcla de financiamiento público-privado para que los programas puedan mantener sus logros a largo plazo. Las “buenas prácticas” verticales sugieren que las expansiones exitosas son aquéllas con las intervenciones más simples, transparentes, y de bajo costo. También se han documentado éxitos en los casos con una mezcla de la provisión pública y privada de atención. Esto ofrece otra opción para aumentar costo-efectividad, como la contratación de los servicios de salud a los proveedores del sector privado, lo cual ha mostrado más éxitos que fracasos en lo referente a la extensión del acceso a y la utilización de los servicios.⁵⁵ Sin embargo, la sub-contratación eficiente crece bajo el efectivo control y regulación, lo cual no se cumple en la mayoría de los países de ingresos más bajos y medios.⁵⁶

La infraestructura del sistema de salud existente también juega un papel importante en determinar si una intervención será costo-efectiva. Por ejemplo, si existe una estructura funcional de gestión y organización, la intervención no tendrá que gastar tanto dinero en contratar el personal, promover la capacitación del trabajador, y facilitar la comunicación entre los actores importantes del sistema de salud. Otros factores que complican la evaluación de los costos de la extensión son las diferencias en los costos unitarios entre las comunidades rurales y urbanas, y los costos administrativos típicamente altos que se requieren para iniciar un programa.

Dado el diverso desarrollo en los sistemas de salud en la Región, se necesita más análisis a nivel nacional para identificar los retos específicos que presenta un sistema de salud frente a cualquier estrategia de extensión. Los esfuerzos para construir los sistemas basados en la APS en la región requerirán de un enfoque sistémico y de la interfaz de

⁵⁵ Valeria Oliveira-Cruz, et al., “Approaches to Overcoming Constraints to Effective Health Service Delivery: A Review of the Evidence,” *Journal of International Development*. 15(2003): 52-53.

⁵⁶ Unger Jean-Pierre et al, “Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries”, *International Journal of Integrated Care* – Vol. 6, 18 September 2006.

todas las funciones de los sistemas de salud. Por ejemplo, se necesita que la ASN pueda ejercer una *Función Rectora* eficaz a lo largo del proceso; lo cual a su vez, señala la importancia crítica de adquirir la capacidad de hacerlo.

En este sentido, un examen más cuidadoso del grado de integración o de verticalidad de los programas nacionales en los países de la Región puede ser un punto de partida útil para identificar los retos al sistema de salud que necesitan ser superados para implementar una estrategia exitosa para la extensión de los sistemas de salud basados en la APS.

Anexo 1: Ejemplos de país extraídos de la bibliografía examinada

Tuberculosis

Perú⁵⁷

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis Revisado (ESN-PCT) en Perú fue extremadamente exitoso en el año 1998, con una tasa de tratamiento con DOTS de 100% entre los casos reportados y una tasa de curación de 90%.⁵⁸ Este programa implementó la terapia de corta duración a través de una priorización nacional de la TB que permitió la vinculación de las intervenciones en TB de las unidades de salud centrales/regionales con las intervenciones de atención primaria de salud en las clínicas comunitarias locales. La vigilancia diaria de tratamientos a nivel de la APS fue esencial para el éxito del programa, incorporando los siguientes elementos:

- **Cobertura y Acceso Universal:** Todos los componentes del tratamiento son gratuitos y están disponibles en casi todos los establecimientos de salud.
- **Políticas y Programas Pro-equidad:** El programa también incluyó los costos de transporte a los establecimientos de salud, lo cual eliminó las barreras de acceso importantes (tanto financieras como geográficas) para muchos pacientes.
- **Énfasis en Promoción y Prevención, a través de Recursos Humanos Apropriados:** Se establecieron Agentes de Promoción de la salud en las zonas rurales para administrar y hacer seguimiento al tratamiento de la TB en las áreas con bajo acceso.
- **Mecanismos de Participación Activa:** Como parte de la estrategia de desarrollo nacional, el programa de Perú mostró un sostenido compromiso político y financiero por parte del gobierno en todos los niveles.
- **Atención Integrada:** El programa de Perú tuvo un alto nivel de coordinación entre los diferentes componentes del servicio de salud.
- **Prácticas Óptimas de Gestión:** El ESN-PCT mostró una mejora continua de la calidad del programa a través de un eficaz sistema de información, capacitación, seguimiento y evaluación.

Como resultado, el programa peruano de ESN-PCT condujo a una disminución anual en la incidencia de TB de aproximadamente 6%. Debido a la mejora en la detección de casos y la vigilancia del tratamiento, el programa de Perú logró prevenir aproximadamente 158.000 casos pulmonares y 91.000 muertes (casos con baciloscopía positiva) entre los años 1991 y 2000. Si la tasa de éxito del programa continúa, la incidencia de TB se reducirá a la mitad entre el 2000 y el 2012.

⁵⁷ Suarez PG, Watt CJ, Alarcón E, et al. The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Peru. *Journal of Infectious Disease* 2001; 184: 473-478.

⁵⁸ Suarez PG, Watt CJ, Alarcón E, et al, *Op cit*.

Brasil⁵⁹

Otro exitoso Programa Nacional de Control de Tuberculosis es la Alianza Brasileña Contra la Tuberculosis, que se creó originalmente en los años cincuenta como un programa vertical especializado pero que en el 2003 se incluyó en la agenda nacional para “descentralizar el diagnóstico y el tratamiento a todas las unidades de atención primaria... [e] implementar DOTS en al menos 50% de las unidades de atención primaria”.⁶⁰ La descentralización y el enfoque basado en la atención primaria de este programa fueron cruciales para su éxito, junto con los siguientes elementos de la APS:

- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** El programa aseguró un presupuesto operativo para proveer atención apropiada mediante fondos públicos nacionales, el apoyo de USAID y el financiamiento de las ONGs.
- **Énfasis en Promoción y Prevención:** A través de numerosas cuñas de televisión y una campaña nacional en los medios de comunicación que presentó a celebridades. El programa utilizó estrategias de promoción que pusieron énfasis en la movilización social y la sensibilización.
- **Acciones Intersectoriales:** El Ministerio de Salud realizó audiencias públicas y talleres para trabajar con ONGs, iglesias y otras organizaciones.
- **Recursos Humanos Apropriados:** 30 profesionales de salud pública fueron contratados para reforzar la coordinación del programa de TB entre el nivel nacional y local.

Estas importantes características del programa resultaron en una tasa de detección de TB de más del 70% y una tasa de curación de un 73% para Brasil.

Nepal⁶¹

El éxito del Centro Nacional de Tuberculosis de Nepal en Dirgh Singh Bam demuestra la importancia de la familia y la orientación de la comunidad en los esfuerzos para aumentar la detección de casos y el éxito del tratamiento. Para que el programa supere las limitaciones ambientales y socioculturales de Nepal (como la pobreza, la migración, la geografía y el clima), se promovió la participación comunitaria activa mediante la formación de los Comités de DOTS. Cada centro de tratamiento con DOTS formó un comité constituido por asistentes sociales, líderes políticos, proveedores de servicios de salud, periodistas y profesores. La función de estos comités descentralizados fue identificar los problemas locales, incrementar la conciencia pública acerca de DOTS y TB, y proveer a los pacientes de DOTS con observadores de tratamiento que garantizarán la participación de los pacientes. Además, estos comités apoyaron la formación de alianzas intersectoriales al fomentar la cooperación entre los centros de salud, sus

⁵⁹ Brazilian Partnership Against Tuberculosis. *Stop TB Partnership*.
<www.stoptb.org/national_partnerships/assets/documents/Stop%20TB%20Brazil%20Factsheet%202005.pdf>.

⁶⁰ Brazilian Partnership Against Tuberculosis, *Op cit*.

⁶¹ Suchi M, Tateno S. Tuberculosis in Asia. *Kekkaku* 2002; 77:693–697. (artículo originalmente en japonés, resumen del sitio web)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12440145&dopt=Abstract>).

trabajadores, las ONGs, y los líderes de gobierno. En términos generales, la orientación descentralizada del programa facilitó los mecanismos de participación activa y las acciones intersectoriales, los cuales aumentaron las detecciones de casos de TB y el éxito del tratamiento. Como resultado, Nepal ahora tiene una tasa de detección de casos de un 69%, y casi un 95% de los casos diagnosticados de TB en el país están recibiendo tratamiento con DOTS.

Vietnam⁶²

Los esfuerzos para alcanzar la meta mundial para el control de la TB en Vietnam comenzaron en el año 1957, y experimentaron una reorganización en el año 1986 con la apertura del Centro Pham Ngoc Thach de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares en la ciudad de Ho Chi Minh, Vietnam. Mediante este Nuevo Programa Nacional de Control de TB, se emplearon las prácticas respaldadas por la OMS para la detección de casos, la quimioterapia y el manejo. Desde el año 1989, la estrategia de DOTS ha sido introducida dentro de los distritos y las comunas de cada provincia. Esta descentralización se logró a través de una organización óptima a nivel nacional, con la creación de los Comités Directivos Provinciales y Nacionales de Control de TB para proveer de incentivos para los casos detectados. Esta estructura organizacional descentralizada le dio al gobierno la habilidad de fortalecer la capacidad de recursos humanos del personal de gestión y de supervisión, lo cual promovió la cooperación intersectorial entre todos los actores relacionados con la TB. Por ejemplo, se formaron eficaces alianzas a nivel internacional y local, mientras que se mantuvo un alto compromiso político tanto por parte de los gobiernos nacionales como por los provinciales. La participación activa de todos los niveles resultó en una tasa de cobertura de DOTS de un 99,8% para la población en el 2000. La tasa de curación de TB subió de un 85,3% en el 1989 a un 90,3% en el 1999.

Japón⁶³

La extensión del tratamiento de la TB basada en la integración en Japón ha sido el programa de extensión nacional más exitoso. Mediante el lema “Piensa en APS, haz TB”, se realizaron acciones integrales a nivel de la APS para el control de la TB. Además el gobierno japonés ejecutó rigurosamente estas acciones al establecer una red de centros y hospitales para TB. La extensión en Japón integró con éxito a la TB en el sistema de atención primaria de salud, demostrando la correspondencia entre el programa específico a la enfermedad y los siguientes elementos de la APS:

- **Cobertura y Acceso Universal / Políticas Pro-equidad:** El gobierno procuró cubrir todo el costo de la atención a los pacientes infectados (con 50% del financiamiento proveniente de subsidios del gobierno y 50% proveniente de seguros). Los subsidios del gobierno redujeron los pagos de bolsillo a menos del 10% en el año 1963. Cada diagnóstico de TB fue acompañado de una notificación y una solicitud para subsidios del gobierno. Un Comité Consultivo de TB aseguraría luego el uso apropiado del

⁶² Suchi M, Tatenos S. *Op cit* (abstract)

⁶³ Akihiro, Seita, “Think PHC, Do TB”: Integration-based scale up of tuberculosis control in Japan. <<http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP217.htm>>.

financiamiento, proporcionando un incentivo a los médicos para proveer el tratamiento a todos.

- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** El Gobierno Japonés aprovechó la red existente de médicos generales como base para la atención y también logró aumentar el número de camas destinadas para TB en los hospitales.
- **Prácticas Óptimas de Organización y Gestión:** A través de un marco regulatorio esbozado por la Ley de Control de la TB de 1951, se organizó explícitamente la provisión de subsidios gubernamentales. Además, las empresas japonesas grandes establecieron una red de atención de TB para sus empleados.
- **Énfasis en Promoción y Prevención:** Las ONGs y las enfermeras de salud pública promovieron cambios de comportamiento, tamizaje masivo de salud, y educación en salud para ir más allá de los aspectos clínicos del diagnóstico y tratamiento de TB.

Después de que este programa empezó a tomar acción en los años cincuenta, la mortalidad por TB disminuyó a 50% en el 1955, a 80% en el 1960, y a 90% en el 1970. Estos datos proporcionan importante información para la extensión de los sistemas de salud basados en elementos de APS, pero el contexto en el cual se logró el éxito del Japón también debe tomarse en cuenta. El éxito de la extensión del programa contra la TB se debió en gran parte a la fuerte infraestructura económica, social y médica del país. Mientras estos factores permitieron que sucediera una extensión extremadamente organizada, costo-efectiva y casi universal, muchos otros países no comparten la estabilidad de Japón. Por consiguiente, tratar la tuberculosis como una enfermedad nacional podría no ser tan fácil en la Región de ALC, dado que estos países en desarrollo usualmente carecen de infraestructura básica y de estabilidad política.

Malaria

Los siguientes ejemplos de Etiopía y Tanzania destacan la importancia de crear un programa descentralizado y orientado a la comunidad, con los recursos humanos y sistemas de información apropiados para proveer cobertura costo-efectiva y universal.

Etiopía⁶⁴

Reconociendo la necesidad de controlar la malaria durante el nuevo milenio, la región Tigray de Etiopía intentó un enfoque en todo el sistema a comienzos de los años noventa para un mejor control de la enfermedad. El programa siguió un enfoque descentralizado y con mayor enfoque en la familia, manejando los casos en la casa, lo cual desplazó el diagnóstico y el tratamiento a los trabajadores comunitarios de salud. Para maximizar la cobertura al nivel de la comunidad, se puso énfasis en el desarrollo de los Recursos Humanos apropiados a través del manejo central del desarrollo de los RRHH que incluyó la capacitación y la movilización de los trabajadores. Como resultado, una red de casi 700 trabajadores voluntarios de salud fue responsable de la movilización social, el diagnóstico y el tratamiento clínico a nivel comunitario. La estructura organizacional del programa también permitió las acciones intersectoriales entre los programas de VIH/SIDA, TB y

⁶⁴ Teklehaimanot, Awash. "Coming to grips with malaria in the new millennium," *UN Millennium Project Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB and Access to Essential Medicines* (2005): 42.

Salud Materno-infantil, todos los cuales se centraron a nivel comunitario para alcanzar el mayor número de pacientes posibles. Mediante estos esfuerzos, la región de Tigray observó una reducción de 40% de la tasa de mortalidad general en niños menores de 5 años entre los años 1994 y 1996.

Tanzania⁶⁵

El Proyecto de Intervenciones Esenciales en Salud de Tanzania (TEHIP), iniciado en el año 1997 como un proyecto integrado de investigación y desarrollo, ha enfrentado el tema de malaria usando un enfoque descentralizado (a nivel distrital), basado en conocimientos para tratar la enfermedad. Mediante el uso de los Sistemas de Vigilancia Demográfica (DSS) como un medio para vigilar los problemas de salud a nivel del hogar, el proyecto pudo incorporar información importante en su planificación en salud a nivel distrital, que proporcionó la base para una asignación apropiada del financiamiento, materiales y recursos humanos. El éxito de este proyecto avala el argumento de que contar con el financiamiento es inútil si los sistemas de salud carecen de una infraestructura apropiada para gastarlo. Por consiguiente, mediante el uso apropiado de sistemas de información a nivel comunitario, los presupuestos sanitarios existentes a nivel distrital se asignaron mejor en aquellas áreas necesitadas. En términos generales, el TEHIP indica que las intervenciones de todo el sistema y el fortalecimiento general de los sistemas de salud son mejores en la provisión de servicios que los programas verticales aislados. Mediante el uso de tales enfoques sistémicos, el TEHIP redujo de manera significativa la probabilidad de mortalidad de niños menores de 5 años a 38% para el distrito Morogoro y a 55% para el distrito Rufiji entre los años 1998 y 2003.

El éxito observado en Etiopía y Tanzania es similar a las tendencias de extensión vistas en los programas exitosos de TB, pero también demuestran algunas nuevas estrategias de intervención que corresponden a otros elementos claves de la APS. A la vanguardia de estas “estrategias” está el uso de sistemas de monitoreo de información eficaces para hacer seguimiento a las actividades del programa y evaluar el desempeño de las intervenciones basadas en evidencias. Y así como las estrategias observadas en los programas exitosos de TB, las “buenas prácticas” antimaláricas fueron aquellas que ocurrieron a nivel comunitario mediante la participación comunitaria activa y los recursos humanos apropiados. Conociendo esto, el reto de ampliar la cobertura del tratamiento antimalárico ahora reside primero en el fortalecimiento de la infraestructura del sistema de salud y de las capacidades del sistema de información para suministrar eficazmente las intervenciones necesarias.

⁶⁵ Teklehaimanot, Awash, *Op cit* 47-48.

Dengue

Cuba⁶⁶

Cuba proporciona un ejemplo interesante de la estructuración vertical mediante su programa nacional para la erradicación de *Aedes aegypti* y su Sistema de Vigilancia Integrada para la Prevención del Dengue en el año 1997. Mientras estas intervenciones parecen tener una infraestructura sostenible y apropiada que incorpora diversos elementos de la APS, la frecuencia de brotes del dengue en realidad ha aumentado con el tiempo (especialmente desde el 2000). Este ejemplo de hecho provee información *en contra* del argumento de que los programas de extensión basados en los elementos de la APS son el enfoque óptimo. El programa de Cuba intentó prevenir la transmisión del dengue a nivel local al emplear una estrategia integrada y participativa para una mejor gestión sanitaria. Incluía los siguientes elementos de la APS:

- **Énfasis en Promoción y Prevención:** El programa fue apoyado en todos los niveles por las autoridades, las organizaciones y la comunidad.
- **Atención Integrada:** A través del *Sistema de Vigilancia Integrado para la Prevención del Dengue*, los siguientes subsistemas operaron juntos para alcanzar la meta a largo plazo de transformación social-
 - *Subsistema de Vigilancia Ambiental:* Identificación y estratificación de riesgos
 - *Subsistema de Vigilancia Entomológica:* Búsqueda activa de riesgos de infestación
 - *Subsistema Clínico y Epidemiológico:* Apoyado por pruebas de laboratorio, análisis de individuos en riesgo, casos probables y vigilancia serológica
- **Mecanismos de Participación Activa:** El Modelo de Participación Social del programa promueve y desarrolla la salud ambiental mientras contribuye a un ecosistema saludable. Este modelo se basó en los principios de manejo participativo y de co-gestión en salud.
- **Orientación Familiar y Comunitaria:** Un Grupo de Vecinos identificó los problemas y barreras de acceso y ayudó a ejecutar el plan de acción a nivel comunitario. Los Consejos de Salud sirvieron para integrar el programa a nivel local.
- **Cobertura y Acceso Universal:** El gobierno cubano asume completa responsabilidad fiscal y administrativa de las necesidades de atención de salud de todos sus ciudadanos, prestando servicios de prevención, curación y rehabilitación gratuitos.
- **Acciones Intersectoriales:** La situación sanitaria de Cuba se discutió con las ONGs, el gobierno y otras organizaciones involucradas en la comunidad. Estas discusiones y análisis complementaron los informes de vigilancia comunitaria al recomendar un plan de acción.

⁶⁶ Diaz, Cristina, et al. "An ecosystem approach to human health for the prevention of Dengue at local level," Global Forum for Health Research, Forum 8. Mexico City: November 2004.

Salud Materno-Infantil

Brasil⁶⁷

El Programa Brasileño de Agentes de Salud, o *Agentes de Saúde*, se aplicó originalmente en el año 1987 en la ciudad de Fortaleza para proporcionar empleos a los damnificados por una sequía durante ese año. El gobierno decidió restaurar y reestructurar el programa mediante los recursos estatales de la tesorería, y ha empleado a casi 7.300 agentes de salud desde el año 1994 con la finalidad de ayudar a las comunidades a promocionar y mejorar sus propias atenciones de salud. Enfocado principalmente en el Estado de Ceará, esta intervención destaca la importancia de la descentralización, sostenibilidad y costo-efectividad del programa para fortalecer la infraestructura del sistema de salud basado en la APS a través de los siguientes elementos:

- **Organización y Gestión Óptimas:** Agentes de salud es un programa de atención primaria orientado a la equidad que combina la descentralización administrativa y la centralización financiera. Con este programa, la supervisión local y la gestión central en las clínicas públicas dependían de las enfermeras en lugar de los médicos. Los Agentes se asignan a territorios geográficos bien definidos y trabajan dentro de las áreas donde viven.
- **Acciones Intersectoriales:** La toma de decisiones se realizó de manera compartida con las ONGs a través de los nuevos consejos municipales de salud. La Secretaría de Salud del Estado de Brasil y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia colaboraron para desarrollar las prioridades de salud materno-infantil.
- **Políticas y Programas Pro-equidad:** Los abogados públicos y el gobierno local presionan para conseguir la protección de los niños y las leyes de educación.
- **Recursos Humanos Apropriados:** A partir de enero del 1989, cerca de 1.500 asistentes rurales de salud se reclutaron para convertirse en parte del nuevo sistema de agentes (~ 1 agente por cada 75 hogares en zonas rurales y cada 225 hogares en zonas urbanas). Para el 1998, el programa empleó 8.698 agentes y 225 enfermeras-supervisoras.
- **Cobertura y Acceso Universal:** El programa buscó la cobertura universal para un número pequeño de intervenciones prioritarias. La mayoría (alrededor del 90%) del tiempo de un agente de salud se emplea en estas intervenciones - lactancia materna exclusiva, toma de peso/consejería nutricional mensual para niños, referencias para las vacunas del niño, rehidratación oral para niños con diarrea, tratamiento de heridas menores, y tamizaje para TB, diabetes e hipertensión.
- **Énfasis en Promoción y Prevención:** La educación y consejería en salud a nivel individual fueron apoyadas mediante estrategias de promoción de la salud a nivel poblacional.
- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** El financiamiento para los sueldos de los agentes provino directamente de los ingresos tributarios del gobierno estatal. Al obtener el financiamiento desde afuera de las comunidades locales, la estabilidad financiera del programa se aisló de la política local. El programa era generalmente de bajo costo, dado que proporcionó pocos medicamentos y no empleó a ningún médico. Mientras los sueldos de los agentes fueron relativamente altos para la comunidad, fueron modestos en comparación con los servicios basados en médicos.

⁶⁷ Svitone, Ennio Cufino et al. "Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the *Agentes de Saúde* Program." *Revista Panamericana de Salud Pública* 7 (2000).

Como resultado de este esfuerzo de extensión de recursos humanos, los indicadores de salud materno-infantil mejoraron extraordinariamente entre el año 1987 y el 1994. Hubo un incremento general en la inmunización, dado que el sistema de monitoreo del programa basado en la población permitió la identificación de las áreas con baja cobertura de inmunización. El aumento en el número de trabajadores de salud capacitados redujo las barreras de acceso a los recursos médicos y brindó atención crítica de una manera oportuna. Además, las tasas nacionales de mortalidad infantil descendieron un 10% entre los años 1987-1990, de 52 muertes por 1.000 nacimientos a 47 muertes por 1.000 nacimientos. La consejería prenatal/postnatal implementada en la comunidad en 1991 llevó a un aumento de 35-50% en las tasas de lactancia materna. Y en respuesta a los éxitos de gran alcance del programa, se produjo un aumento en la demanda de enfermeras que condujo a una ampliación de los programas de formación de enfermeras a nivel de las universidades estatales. Además, el éxito de este programa preparó las condiciones para un esfuerzo a nivel nacional mediante el Programa de Salud de la Familia que ahora cubre al 80 por ciento de brasileños.

Perú⁶⁸

La extensión nacional de la iniciativa Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se lanzó en Perú en el año 1996 para reducir la mortalidad de niños menores de 5 años por neumonía, diarrea, sarampión, malaria, y malnutrición. Las lecciones aprendidas de esta extensión se centran en la provisión de atención comunitaria sostenible, así como el aseguramiento de los recursos humanos apropiados para reducir la mortalidad infantil en la nación. Los elementos de APS encontrados en correspondencia con este programa son los siguientes:

- **Recursos Humanos Apropiados:** El número total de doctores y enfermeras capacitados entre los años 1996-2001 aumentó en forma sostenida, con un total de 53 trabajadores capacitados en el año 1996, 457 en 1997, 442 en 1998, 591 en 1999, 377 en el 2000 y 386 en el 2001.
- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** La extensión se focalizó en el fortalecimiento de la disponibilidad de medicamentos y vacunas.
- **Atención Integral e Integrada:** Esto se promovió mediante diversas actividades supervisoras, un fuerte sistema de referencia, y apoyo administrativo suficiente.
- **Orientación Familiar y Comunitaria:** La extensión puso énfasis en la capacitación de los Trabajadores Comunitarios de Salud, aumentando el número de TCS de 0 a 2.500 entre los años 1996 y 2001.
- **Cobertura y Acceso Universal:** El programa se centró en la cobertura al 100% de vacunación contra enfermedades como la poliomielitis y la tuberculosis.

Como esta fue una de las primeras intervenciones de AIEPI a nivel nacional y subnacional, las limitaciones de la extensión y las lecciones aprendidas de Perú serán útiles para otros países dentro de la Región de ALC que están apuntando a mejorar sus programas de AIEPI. Algunos factores que repercutieron en el éxito de estas intervenciones de salud del niño ocurrieron a los siguientes niveles de la atención:

⁶⁸ Huicho, Luis, et al. "Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievements and challenges in Peru." *Health Policy and Planning* 20 (1): 14-24.

- **Nivel de Comunidad/Hogar:** Los bajos niveles de educación y las barreras culturales a la atención afectaron el logro de la cobertura y acceso universal.
- **Nivel de Provisión de Servicios de Salud:** Hubo insuficiente capacitación de pre-servicio/en servicio/pos-servicio para el personal de salud. También hubieron escasos facilitadores de AIEPI disponibles para la supervisión a nivel del distrito de salud. La rotación de personal también afectó al éxito del programa.
- **Nivel de Gestión Estratégica/de Política:** La salud del niño no era una prioridad en las políticas del Ministerio de Salud o en los presupuestos distritales. La gestión deficiente de información a nivel distrital, el recambio elevado de personal en el sector público, las repetidas crisis políticas, y la falta de compromiso político también repercutieron de manera negativa en la extensión.
- **Entorno Físico:** Las barreras geográficas de Perú (áreas montañosas/selváticas) fueron un factor en el acceso a la atención.

En términos generales, el programa tuvo éxito en mejorar la capacidad de recursos humanos y en ampliar la cobertura de la atención. Los niveles de cobertura de vacunación comprendieron de un 76,4% para la poliomielitis a casi 96,2% para la tuberculosis. Pero desde el año 1998, ha habido una menor disponibilidad de las vacunas y una disminución en los medicamentos y el equipamiento. Estas estadísticas traen a discusión el tema de la sostenibilidad, y ofrecen algunas implicaciones importantes para otros países que apuntan a extender sus iniciativas de AIEPI. El ejemplo de Perú destaca la necesidad de institucionalizar la AIEPI en los niveles nacionales y distritales para asegurar los presupuestos y las estructuras organizacionales adecuadas. Los recursos humanos también se recalcaron mediante la atención específica prestada a coordinar la capacitación clínica y de AIEPI comunitario y el recambio de personal. Para fines de sostenibilidad, es importante no solo mantener el personal una vez que ha recibido capacitación, sino también continuar con actividades para la actualización de capacitación mucho más allá de la implementación inicial del programa.

Camboya⁶⁹

Camboya ha obtenido notables logros en inmunización entre los años 2000 y 2005, con rápidas mejoras en la cobertura (de 39% a 66% de niños con inmunizaciones completas) y una aguda disminución en enfermedades notificables prevenibles por vacunación (de más de 12.000 presuntos casos de sarampión en el año 2000 a menos de 400 presuntos casos en el 2005). Ha habido una disminución de 33% en la mortalidad infantil en el mismo período.

Sin embargo, quedan varios retos importantes del sistema de salud para la sostenibilidad y alcance de los servicios de inmunización en Camboya, los cuales han sido identificados en una variedad de estudios de investigación, revisiones sectoriales y planes nacionales. Estos son los siguientes:

⁶⁹ Health System Strengthening Proposal, Cambodia, GAVI, October 26, 2006.

- *Existe un alto abandono de inmunización (BCG-sarampión) en zonas rurales y remotas (>10%)*
- *Existe una menor cobertura y menor demanda en grupos de alto riesgo y niños de familias con bajo grado de instrucción (53% de niños con padres que no tienen ningún ingreso a la escuela primaria están plenamente inmunizados, comparados con un 83% de niños cuyos padres han ingresado a la escuela secundaria)*
- *Existe una alta dependencia en la extensión de los servicios de salud para alcanzar los objetivos del programa (80% de niños se vacunan dentro de la extensión a los pueblos)*
- *Existen límites para la calidad y cobertura de los recursos humanos y de la logística del servicio de salud en zonas rurales y remotas*
- *Financiamiento retrasado e incompleto de los costos operacionales de los servicios de atención primaria limita la calidad y cobertura de inmunización y otros programas de salud*
- *La introducción de los servicios de MPS (conjunto mínimo de actividades para el nivel primario de atención) en el país no es uniforme; sólo 429 centros de salud están equipados para ofrecer servicios totales de MPA (menos de 50% de establecimientos)*
- *Existen deficientes capacidades para formular planes operativos anuales, en particular a nivel del distrito operativo y del centro de salud; hay una falta de conocimientos y aptitudes en la medición de indicadores comunes, e incapacidad para organizar datos para realizar análisis*
- *Existe una constante falta de participación de los líderes comunitarios en la planificación e implementación a nivel local.*

La Iniciativa de AEIPI en la Región de ALC⁷⁰

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es un enfoque holístico para el manejo de los temas de salud del niño que se centra en el bienestar general del niño tanto en salud como en cuanto a las necesidades sociales. Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, los elementos preventivos y curativos de la estrategia buscan reducir la muerte, la enfermedad y la discapacidad al promover un mejor crecimiento y desarrollo entre los niños menores de 5 años de edad.⁷¹

La Iniciativa de AIEPI de la Región de ALC se inició en el año 1997 mediante una colaboración entre la USAID, la OPS/OMS y el BASICS I para iniciar la implementación del programa en Bolivia, Ecuador, Perú, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Haití. Esta iniciativa contiene tanto elementos preventivos como curativos, que se implementan dentro de las infraestructuras sanitarias existentes en los países a través de trabajadores de salud, familias y comunidades. Al enfatizar la prevención de enfermedades mediante la inmunización y mejor nutrición, la naturaleza vertical del programa se modificó a un enfoque más integrado de atención de salud del niño. Los siguientes elementos de la APS resultaban estar en convergencia con la Iniciativa:

- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** La iniciativa incluía una metodología de evaluación de medicamentos esenciales, instrumentos, y manuales de capacitación. Estos recursos

⁷⁰ “Basics I Regional Program: LAC IMCI Initiative”
<<http://www.basics.org/programs/ri/imcibasics1.html>> .

⁷¹ <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

- buscaron hacer disponibles medicamentos de bajo costo y equipamiento sencillo, dado que el suministro de medicamentos ha sido el área de mayor debilidad para los países.
- **Recursos Humanos Apropriados:** La AIEPI ejecutó un curso de capacitación para los auxiliares de enfermería y los trabajadores comunitarios de salud. Estos cursos capacitaron a los trabajadores de salud en nuevos métodos para examinar/tratar/aconsejar a niños y familias, mejorando las aptitudes de manejo de casos de los trabajadores. Las cifras de la OPS/OMS indicaron que 5.500 trabajadores de salud se capacitaron bajo la Iniciativa de AIEPI.
 - **Prácticas Óptimas de Organización y Gestión:** A través del curso de administración y organización distrital, la Iniciativa de AIEPI promovió la planificación, dirección, organización, coordinación, y control apropiados a todos los niveles para crear una red funcionalmente estructurada de servicios.
 - **Promoción y Prevención:** Mediante el módulo de consejería “hablando con las madres”, materiales informativos, esfuerzos educativos, y estrategias de cambio de comportamiento, la Iniciativa fue más allá de la orientación clínica para tomar una estrategia de promoción de la salud basada en la población.
 - **Atención Integrada e Integral:** La Iniciativa incluía un seguimiento extenso después de las visitas clínicas.
 - **Orientación Familiar y Comunitaria:** Como parte de la iniciativa, la “AIEPI para el Hogar y la Comunidad: Marco Conceptual” creó los mecanismos de apoyo dentro de las comunidades para prevenir enfermedades, ayudar a familias en el cuidado de niños enfermos, y animar a las familias a que lleven sus hijos a las clínicas y hospitales.
 - **Acciones Intersectoriales:** La AIEPI funcionaba conjuntamente con numerosos otros programas verticales dentro del sector salud, adoptando un enfoque más holístico de la salud del niño. La Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH) coordinó la ejecución de AIEPI conjuntamente con Hacer Retroceder el Paludismo (RBM), Nutrición (NUT), el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y el Manejo Integrado del Embarazo y el Parto (IMPAC).

La Iniciativa de AIEPI en la Región de ALC intentó aplicar el programa en el marco existente de los programas y servicios de salud de cada país. Parte del éxito de la Iniciativa vino de adaptar las normas clínicas ordinarias de AIEPI a las condiciones específicas del país y de adoptar un enfoque integrado a las políticas sanitarias específicas de cada nación. Los resultados del programa se tomaron directamente de cada país, y se diagramaron las tendencias de mortalidad infantil y neonatal durante todo el curso de la implementación de estrategias. Los informes resumidos de las encuestas nacionales de salud en Bolivia y El Salvador revelan una reducción de las tasas de mortalidad para los niños menores de 5 años desde fines de los años ochenta al 2003. Por ejemplo, en Bolivia la mortalidad neonatal se redujo de 49 muertes por 1.000 nacimientos durante los años 1989-1993 a 27 muertes por 1.000 nacimientos en el 2003.⁷² El hincapié hecho en la capacitación del personal de salud dio lugar a una mayor capacidad de los trabajadores de manejar los casos. Las cifras de la OPS/OMS indican que antes de los esfuerzos de capacitación en el año 1997, sólo el 54% de trabajadores manejó correctamente los casos de diarrea. Pero después de la capacitación en 1998, el 93% de casos se manejaron correctamente. Esta iniciativa corresponde con los programas brasileños y peruanos en su énfasis de ampliar la capacidad de recursos humanos

⁷² Cordero, Dilberth, et al. “An Analysis of the IMCI Implementation Process in Four Countries of Latin America.” Basics II.

mediante esfuerzos de capacitación. Al mantener a un adecuado personal capacitado y capaz, los países pueden extender el enfoque en establecer un sistema basado en la atención primaria que ofrece servicios profesionales a nivel local a todos los ciudadanos.

Mejorando la Salud Neonatal⁷³

Además de reducir ambas tasas de mortalidad materna e infantil, se han establecido numerosas “buenas prácticas” al abordar el tema de la salud neonatal. Las muertes de los recién nacidos durante el período neonatal son tan numerosas como las muertes que ocurren en los próximos 11 meses de vida y entre los niños de 1-4 años de edad. Para reducir con éxito esta carga de salud pública, los programas verticales de reducción de la mortalidad neonatal deben integrarse en los programas de salud materno-infantil para prestar atención continua antes, durante y después del embarazo. Los informes de la OMS han encontrado que en vez de implementar programas y tecnologías sumamente especializadas focalizadas en la salud neonatal, los países deben centrarse en cambio en hacer que un único trabajador de salud brinde atención a lo largo de todo el curso del embarazo y lactancia. Numerosos países a nivel mundial han demostrado éxito en mejorar sus servicios de salud materna y neonatal al aumentar la capacidad de los trabajadores profesionales de salud durante el parto. Entre los países que muestran un compromiso de alto nivel y avances notables en esta área están Bolivia, Egipto, Indonesia, Marruecos y Nepal. Por ejemplo, Bolivia creó Grupos de Mujeres para promover estrategias de salud del recién nacido y participación de madres, que dió lugar a una reducción de la mortalidad perinatal de 117 a 44 muertes por 1.000 nacidos vivos. Nepal también desarrolló una red de grupos de mujeres para aumentar su captación de servicios de salud, y redujeron las tasas de mortalidad neonatal en un 30%.

Las intervenciones de salud neonatal sumamente exitosas son costo-efectivas y dependen de poca tecnología, por lo que las muertes neonatales podrían reducirse aún en entornos de recursos limitados. La Serie de Supervivencia Neonatal del Lancet ha analizado las causas detrás de las 4 millones de muertes neonatales anuales y ha identificado 16 intervenciones para prevenir casi 3 millones de ellas. Todas las 16 intervenciones son de bajo costo y baja tecnología y se han probado eficaces para reducir la mortalidad neonatal.⁷⁴

1. *Atención obstétrica calificada y atención inmediata al recién nacido, incluida la reanimación*
2. *Atención obstétrica de emergencia para manejar las complicaciones*
3. *Atención al recién nacido de emergencia para enfermedades y bebés de bajo peso al nacer*
4. *Parto higiénico*
5. *Cuidado higiénico del cordón/piel, atención térmica, promoción de lactancia temprana y exclusiva*
6. *Conjunto prenatal de cuatro visitas que incluye vacunación antitetánica, detección y*

⁷³ WHO, *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count* (Geneva, Switzerland: 2005) 79-101.

⁷⁴ WHO, *The Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series* (Geneva, Switzerland:) http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NEONATAL/Lancet_NSS.htm.

- tratamiento de infecciones, pre-eclampsia y otras complicaciones*
7. *Administración de suplementos de Ácido fólico*
 8. *Detección y tratamiento de bacterias*
 9. *Terapia presuntiva intermitente de la malaria*
 10. *Atención postnatal para promover las prácticas saludables*
 11. *Temprana detección y referencia de complicaciones*
 12. *Parto seguro y promoción de la demanda de atención y preparación para emergencias*
 13. *Consejería y preparación para la atención al recién nacido*
 14. *Cuidado domiciliario saludable, incluida la promoción de demanda de atención*
 15. *Atención extra para bebés de bajo peso al nacer*
 16. *Manejo comunitario de casos de neumonía*

Estas intervenciones son costo-efectivas y recalcan la continuidad de atención a lo largo del embarazo, parto, y período postnatal. Las tres esferas generales de intervenciones - atención clínica, servicios de extensión, y atención de familia/comunidad - procuran proporcionar la continuidad completa de tratamiento dentro del contexto de un sistema de salud basado en la APS.

El Programa de Salud Materna y Neonatal (SMN)⁷⁵

El Programa de Salud Materna y Neonatal, iniciado en el año 1998 a través del Centro para Programas de Comunicación de Johns Hopkins (JHPIEGO), es un programa establecido para aumentar el uso de prácticas de salud materna y neonatal seguras y eficaces en 11 países en África, Asia y América Latina. A través de la agenda global del programa para extender los esfuerzos internacionales de la maternidad sin riesgo, se crean servicios clínicos e intervenciones de políticas a nivel de país. El programa de SMN ha expandido sus prácticas a nivel mundial, regional y del país, lo cual ha proporcionado lecciones valiosas para enfoques de extensión basados en los elementos de la APS. El programa ha tenido éxito internacional debido a su dependencia de los principios básicos de la atención basada en la APS, que se destacan de la siguiente manera:

- ***Cobertura y Acceso Universal:*** Bajo un plan para la ampliación geográfica, el programa alcanzó un adicional de 392.931 personas en Guatemala mediante colaboraciones con el Ministerio de Salud, CARE, Proyecto HOPE, y Médicos Mundiales.
- ***Énfasis en Promoción y Prevención:*** El Proyecto de Maternidad sin Riesgo de Nepal transmitió 7 dramas radiales de maternidad sin riesgo en las emisoras de radio locales para difundir información acerca de los preparativos para el nacimiento, participación masculina, y cuidado obstétrico esencial. El programa también se centra en la construcción de una base de evidencias para las intervenciones de cambios sociales y de comportamiento para generar demanda informada y acción colectiva para la maternidad sin riesgo.
- ***Recursos Humanos Apropriados:*** El programa procura aumentar el número de trabajadores de salud capacitados al ejecutar las normas en política, los currículos, y la capacitación basada en competencias. El programa también invirtió en un grupo central de instructores expertos para abogar por las buenas prácticas maternas/del recién nacido

⁷⁵ Robb-McCord et al, *Scaling Up Practices, Tools, and Approaches in the Maternal and Neonatal Health Program*. JHPIEGO: Baltimore, 20003.

en toda la región, y casi 30 organizaciones diferentes han usado a estos “expertos” para capacitar a sus proveedores de atención de salud.

- **Orientación Familiar y Comunitaria/Participación Activa:** El programa genera acción coordinada hacia la responsabilidad compartida entre los responsables de la política, los establecimientos de salud, los proveedores, las comunidades, las familias y las mujeres.
- **Acciones Intersectoriales:** El programa colabora con aliados mundiales y nacionales para extender las prácticas de maternidad sin riesgo basadas en evidencias, herramientas, y enfoques. Estas alianzas trabajan para promover las normas de atención internacionales, basadas en evidencias, al formar relaciones colaborativas con otras organizaciones de maternidad sin riesgo.
 - *Alianzas formadas con el Programa de SMI:* OMS, CDC, Coalición de Acción de la Malaria, FNUAP, Concilio Global de la Salud, Redes de ONGs
 - *Alianzas entre SMI y otros Programas Verticales:* Iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo”, Iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” de la OMS (para combatir la malaria durante el embarazo)
 - *Alianzas con otros países:* Burkina Faso, Guatemala, Indonesia, Nepal, Zambia están formando alianzas para compartir los éxitos y fracasos del programa.
- **Políticas y Programas Pro-equidad:** La Resolución Ministerial #0496 de Bolivia actualizó 18 prácticas de atención de salud materna/del recién nacido, que eliminaron las barreras a nivel nacional a la provisión de atención de salud de alta calidad para las madres y recién nacidos. El Conjunto Nacional de Intervenciones de Salud Reproductiva y del Niño de Tanzania (NPERCHI) definió el conjunto mínimo de atención esencial que debe ofrecerse a cada nivel del sistema de provisión de servicios.

En términos generales, el programa internacional de SMI utiliza enfoques de extensión cuantitativos, funcionales, políticos y organizacionales para lograr éxito en la promoción de la salud materna y neonatal. Mientras el programa tiene diversas raíces en un sistema basado en la APS, su éxito internacional se debe en gran parte a las alianzas valiosas que ha formado a nivel mundial, nacional y local. Mediante estas relaciones, las intervenciones más eficaces pueden compartirse entre países.

Con la abundancia de prácticas basadas en evidencias y los numerosos programas de SMI que se han aplicado con éxito en todo el mundo, se ha establecido una fundación sólida para cumplir los 4.º y 5.º Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Específicamente dentro de la Región de ALC, es necesario crear un ambiente de acción, monitoreo, y evaluación continúa de los servicios de SMI que se centra en el logro de los resultados y la implementación de acciones costo-efectivas y basadas en evidencias. Los ejemplos del país han recalcado que el acceso adecuado a los servicios promocionales y preventivos de salud sexual y reproductiva es esencial para el SMI, y que el aumento en la educación en salud sexual y reproductiva en las escuelas puede ayudar a bajar las tasas de embarazo en adolescentes. Pero todavía existen importantes retos para los países en las prácticas de SMI, especialmente dentro de la Región de ALC. A pesar de los esfuerzos, hay todavía una falta de programas de comunicación social que empleen los medios de comunicación para educar a los jóvenes sobre sus derechos y roles de salud reproductiva. Existen también brechas financieras para los programas dirigidos al SMI, con falta de contribuciones financieras de parte de ambos, el gobierno y los organismos externos, así como una exclusión de la SMI de los presupuestos distritales. Además, existe una falta de

programas para incluir a los *hombres* en los servicios de salud reproductiva ofrecidos. Hacer a los hombres conscientes de su función es crucial para el éxito de los programas.⁷⁶

VIH/SIDA

Brasil⁷⁷

La experiencia de Brasil se menciona frecuentemente en el contexto del llamado a extender el acceso universal a los anti-retrovirales, ya que éste ha sido uno de los principales logros del programa nacional lo que conjuntamente con la data epidemiológica que indica que el avance del SIDA en ese país está bajo control hace que al programa se le considere “una historia de éxito”.

Al principio del 2003 las estadísticas oficiales mostraban que había alrededor de 125,000 pacientes con SIDA beneficiándose de una política que asegura que estos reciban el rango completo de tratamientos con anti-retrovirales completamente gratis en el sistema público. El programa ofrece 15 anti-retrovirales, 8 de los cuales se producen en el país. El número de pacientes en tratamiento corresponde aproximadamente al 100% de los pacientes registrados y a 20% del total estimado de infectados con SIDA en el Brasil.

El acceso universal a anti-retrovirales es uno de los principales logros de los pacientes de SIDA en Brasil y uno de los elementos más destacados del programa nacional. No obstante, el acceso universal a estos es solamente uno de los muchos esfuerzos Brasileños para enfrentar la epidemia del SIDA y estos logros tienen que enmarcarse dentro del contexto económico, político, social, y epidemiológico que caracteriza la epidemia del SIDA en este país y las múltiples respuestas a ésta.

- ***Una Respuesta Rápida y Coordinada de Gobierno y Sociedad Civil.*** El fracaso inicial de las autoridades nacionales en dar respuesta a la epidemia de SIDA generó una gran movilización social, particularmente de los grupos de homosexuales que fueron de las primeras ONGs en organizarse.
 - La respuesta fue coordinada a través de alianzas involucrando al sector público, sector privado, y ONGs.
 - Estos sectores aunaron y complementaron experiencia y recursos, logrando así extender el rango y cobertura de las intervenciones de VIH/SIDA.
 - Un fuerte liderazgo de la sociedad civil jugó un papel importante en la coordinación de la respuesta.
 - La sociedad civil participa activamente en la formulación y evaluación de políticas publicas a través del Comité Conductor del Programa Nacional de VIH/SIDA y en otros espacios gubernamentales.
 - Las ONGs también colaboran con la provisión de medicamentos del programa, particularmente a los grupos de más alto riesgo.

⁷⁶ Medici, André. “Mejorar la salud maternal en América Latina y el caribe,” *Los objetivos de desarrollo del milenio en América latina y el caribe*.

⁷⁷ Based on excerpts from *Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS “success story”- can others do it?*, Tropical Medicine and International Health, Volume 9 No. 1 PP 192-197, February 2004.

- Finalmente, la sociedad civil organiza grupos de presión fuera de las estructuras formales cuando surgen decisiones críticas de gobierno.
- **Una Respuesta Integral del Sistema.** El tratamiento, incluyendo anti-retrovirales, es solamente una parte de un programa balanceado que enfatiza fuertemente la prevención y la protección de los derechos humanos. El gobierno ha implementado una serie de actividades integrales de prevención, que incluyen campañas de media y sistemas de distribución de materiales para la prevención, enfocados tanto al público en general como a grupos específicos de alto riesgo.
- **Alta Capacidad de Resolución en el Sistema de Salud.** En relación a la infraestructura, el programa de SIDA de Brasil ha establecido una red de servicios, no necesariamente creando nuevas instalaciones sino mas bien fortaleciendo las existentes con recursos adicionales, la cual incluye:
 - 375 hospitales convencionales y 79 hospitales de día acreditados para la atención del VIH/SIDA;
 - 53 servicios terapéuticos para atención en el hogar;
 - 381 servicios ambulatorios para atención de SIDA;
 - 73 laboratorios para el conteo TCD4+;
 - 65 laboratorios para el conteo de la carga viral;
 - 12 laboratorios para el genotipo de la resistencia a los anti-retrovirales;
 - 1126 puestos de salud con servicios de atención para ITS sobre la base del manejo sindrómico;
 - 220 centros de consejería y prueba (VCT).
- **Baja Prevalencia de la Enfermedad y una Capacidad Fiscal Substantiva.** La tasa de prevalencia del SIDA en Brasil de 0.7% en la población adulta (15-49 años) es bastante baja comparada con otros países.
 - Por lo anterior, la presión que ésta pone sobre el sistema de salud y el gasto público para combatir el SIDA, incluyendo el acceso universal a anti-retrovirales, es correspondientemente menor y más manejable que si el número de infectados fuera tan alto como lo es en otros países.
 - Al mismo tiempo, el acceso universal a anti-retrovirales no sólo depende de drogas patentadas sino que también se utilizan medicamentos genéricos producidos en el país por laboratorios públicos.

Brasil ha sido capaz de implementar un programa nacional de VIH/SIDA exitoso con un balance de prevención y tratamiento que trajo la epidemia bajo control en ese país. La experiencia Brasileña muestra que los gobiernos tienen que reconocer que “el cuidado de la salud es una responsabilidad tan fundamental como la defensa nacional” y que “la integralidad implica que la responsabilidad del gobierno para con la salud no se limita a medidas básicas de prevención (...) (...) la prevención debe estar integrada con el cuidado y tratamiento”.⁷⁸ El grado de replicabilidad o aplicabilidad que esta experiencia pudiera tener para otros países de la Región depende de la interacción de varias condiciones importantes que anteceden a la epidemia en el Brasil y que si bien no son únicas, tampoco son universales. Otros países van a requerir de evaluar hasta que grado cuentan con condiciones similares para implementar un programa del tipo y forma similar al del Brasil.

⁷⁸ “A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries”, Public Health Matters, American Journal of Public Health, July 2005, Vol. 95, No. 7.

Haití⁷⁹

La extensión del tratamiento con ARV en Haití adoptó un enfoque integral a nivel comunitario que recalcó las opciones de tratamiento con tecnología baja. Mientras que el programa no presentó un incremento extremadamente rápido, fue bastante integral en cuanto a formar capacidad dentro de las clínicas de salud locales y aumentar la demanda de la comunidad para el tratamiento de VIH/SIDA y para otros servicios generales de salud pública. Haití también adoptó el Enfoque de Socios en Salud al usar "*accompagnateurs*" para visitar a los pacientes en sus hogares una vez o dos veces al día. Estos *accompagnateurs* siguieron aproximadamente 4 pacientes cada uno y fueron supervisados estrechamente por una enfermera jefe para asegurar adherencia al tratamiento. Como resultado, el enfoque del programa sobre los recursos humanos y la descentralización permitió el seguimiento de 700 personas infectadas con VIH y el tratamiento para más de 1.500 pacientes mediante este programa de terapia "de observación directa".

Programa de Iniciativa de Equidad de Socios en Salud: VIH/SIDA⁸⁰

También lanzado en Haití, esta iniciativa de salud pública fue uno de los primeros programas en todo el mundo para proporcionar tratamiento y prevención de VIH en forma gratuita para los pobres. Hizo énfasis en el tratamiento y la prevención de SIDA en el contexto de la atención primaria, incorporando los siguientes elementos del sistema basado en la APS:

- **Énfasis en Promoción y Prevención:** La iniciativa estuvo orientada a mejorar el tamizaje y el tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, dado que las ITS sin tratar pueden elevar diez veces la tasa de transmisión de VIH, causar cáncer del cuello uterino e infertilidad, y poner a las mujeres embarazadas y a sus bebés en un mayor riesgo.
- **Atención Integral e Integrada:** La iniciativa brindó apoyo nutricional y social junto con los medicamentos y tratamiento necesarios.
- **Acciones Intersectoriales:** La iniciativa funcionaba estrechamente con los programas de Tuberculosis y de Salud Materno-infantil para centrarse en las necesidades de salud integrales de la comunidad.
 - **Tuberculosis:** La iniciativa reconoció la importancia de tratar el VIH y la tuberculosis juntos. La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas VIH-positivas en todo el mundo, y tratar las dos enfermedades simultáneamente puede aumentar la eficacia de ambas intervenciones.
 - **Salud Materno-Infantil:** Al tratar el VIH/SIDA conjuntamente con los programas de SMI, la iniciativa procuró prevenir la transmisión materno-infantil y permitir diagnósticos más tempranos de VIH en los recién nacidos.
- **Primer contacto:** El énfasis de este programa sobre la Salud Materno-Infantil también proporcionó un punto de acceso para consejerías y pruebas de VIH.

⁷⁹ "Scaling Up Health Investments in Developing Countries: Lessons About What Works," *Report on Wilton Park Conference WP751, West Sussex, UK, 16-18 June 2004*, 7-8.

⁸⁰ <http://www.pih.org/issues/hiv aids.html>

El enfoque comunitario integral de este programa fue tan exitoso que aún durante el golpe de estado en Haití durante el 2004, ningún paciente de SES perdió ni una dosis del medicamento. El éxito del programa también promovió una afluencia de financiamiento para el tratamiento de enfermedades de los pobres.

Zambia⁸¹

La rápida extensión del tratamiento antiretroviral en los establecimientos de atención primaria en Zambia era una de las expansiones evaluadas más grandes de la provisión de ARV en un entorno de recursos limitados. Este aumento sustancial incrementó la cobertura y facilitó el acceso mediante el uso de un sistema integrado de información para seguir el tratamiento de pacientes y sus resultados. Este sistema ayudó a la organización y gestión clínica, la adherencia de pacientes, y la identificación de pacientes que requerían un seguimiento. Los elementos de APS de cobertura universal, atención integral, e integración del sistema fueron cruciales para el éxito de la extensión.

Malawi⁸²

El programa “La Extensión Mediante la Ampliación de Alianzas” (STEPS) comenzó en Malawi en el año 1995 como un programa de provisión de servicios a domicilio en un distrito para ayudar a niños infectados con VIH/SIDA. STEPS fue orientado para reorganizar los comités nacionales del SIDA y movilizar la acción colectiva a nivel del distrito, la comunidad, y el pueblo bajo la Comisión Nacional del SIDA (NAC). STEPS ahora se ha ampliado a 4 distritos más y planea abarcar dos más (casi 15% de la población de Malawi) para el 2005. Este programa vertical se estructura alrededor de estos comités del SIDA a nivel comunitario, pero también converge con estos otros elementos de la APS:

- **Acciones Intersectoriales:** STEPS expandió las intervenciones de VIH/SIDA mediante su amplio espectro de aliados dentro de los sectores público y privado, la sociedad civil y las comunidades de fe.
- **Orientación Familiar y Comunitaria:** Al descentralizar la implementación de la atención a nivel comunitario, el programa STEPS pudo movilizar la participación colectiva dentro de las regiones.
 - El programa STEPS de Malawi encontró que las comunidades rurales con modos de vida agrarios y tradiciones de “acción colectiva” tuvieron una ventaja clara al implementar el programa, comparado con las zonas urbanas de medios de vida más individualizados/turísticos.
 - Relaciones Inter-comunitarias se facilitaron mediante el programa de “días abiertos”, donde se visitaron entre si las comunidades de STEPS para compartir sus éxitos y fracasos.
- **Prácticas Óptimas de Organización y Gestión:** Mediante la formación de comités del pueblo contra el SIDA, STEPS pudo brindar la apropiada prevención, atención y apoyo que atendió las necesidades locales. Este marco de organización descentralizado fue un

⁸¹ <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=jl-01-02>

⁸² Gillespie, Stuart, *Scaling Up Community-Driven Development: A Synthesis of Experience*, International Food Policy Research Institute: Washington, D.C., 2004. pp. 14, 18.

factor principal en el éxito del programa.

- **Atención Integral e Integrada:** El programa de Malawi adoptó un Sistema de Información para la Gestión (MIS), que incluía una base de datos de 53 indicadores de monitoreo en 3 niveles (distrito, área de captación para la salud, y pueblo). Se discutieron los datos recopilados dentro de los comités comunitarios, y se usaron para influir en acciones a nivel de la comunidad para satisfacer todas las necesidades de salud.
- **Recursos Humanos Aprovechados:** El personal de salud y los miembros del comité encontraron que el liderazgo local era el factor más importante al generar una acción colectiva y garantizar la alta participación comunitaria.
 - La propuesta de Malawi de un plan de VIH/SIDA y Malaria integrado identificó el *desarrollo de los recursos humanos* como una de las áreas prioritarias claves para el sector salud y un “requisito previo para la aplicación eficaz del Conjunto Esencial de Servicios de Salud... y la ejecución eficaz de la Respuesta Nacional Integrada al VIH/SIDA y Malaria”.⁸³
- **Mecanismos de Participación Activa:** El presidente de Malawi mantuvo el compromiso político del gobierno al declarar al VIH/SIDA como una emergencia nacional en el año 1999. Esto dio lugar a la adopción de un marco estratégico nacional con enfoque integral y multisectorial para el VIH/SIDA. El VIH/SIDA también se convirtió en parte de las estrategias de desarrollo nacional y local mediante el establecimiento de la Comisión Nacional del SIDA en el 2000.
- **Políticas y Programas Pro-equidad:** Entre los años 1998-2001, un estudio del Proyecto "Policy" reveló que el ambiente de política en el cual se abordaron los temas de salud de Malawi ha mejorado enormemente para siete indicadores.

La Respuesta Nacional Integrada de Malawi adopta un enfoque descentralizado que depende en gran medida de los aportes a nivel comunitario mediante la formación de los comités comunitarios del SIDA. El enfoque descentralizado también permitió un mayor nivel de interacción entre los líderes del programa y la comunidad, permitiendo un área mayor de cobertura y un mayor éxito de tratamiento en general.

Iniciativa “3x5” de la Organización Mundial de la Salud⁸⁴

La iniciativa de la OMS para proporcionar ARV de por vida a 3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA para fines del 2005 ha recalcado la importancia de hacer del acceso al tratamiento con ARV un derecho humano en todo el mundo. Esta iniciativa incorporó los siguientes elementos de la APS:

- **Énfasis en Promoción y Prevención:** Esta iniciativa integró la prevención y el tratamiento, lo que condujo a una mayor demanda de servicios de consejería y pruebas de VIH. Según aumenta el acceso al tratamiento con ARV, las familias y las parejas nuevas están aprovechando sus opciones de pruebas y están dándose cuenta de su estado de VIH.
- **Acceso Universal y Equitativo:**⁸⁵ La iniciativa hizo del acceso a ARV un derecho humano para los que lo necesitan. El número de hombres/mujeres/niños con VIH que recibió tratamiento con ARV aumentó de 400.000 a 3.000.000 entre diciembre del 2003 y

⁸³ Ronda 1 de la propuesta integrada de VIH/SIDA y malaria de Malawi

⁸⁴ World Health Organization, *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy* (Geneva, Switzerland: 2003) 1-60.

⁸⁵ WHO, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An update on “3x5”* (Geneva, Switzerland: 2005) 18.

diciembre del 2005. Y los datos de África subsahariana indican que casi 6 de 10 adultos en tratamiento con ARV son mujeres, mostrando una distribución equitativa ya que hay más mujeres infectadas que hombres. Sin embargo, la cobertura no se ha extendido con éxito a los niños. Los cálculos de la asociación OMS/UNICEF/ONUSIDA indican que 660.000 niños a nivel mundial todavía necesitaban tener acceso al Tratamiento con ARV en el 2005.

- **Acciones Intersectoriales:**⁸⁶ La iniciativa se concentró en establecer un liderazgo mundial y formar alianzas fuertes. El número de organizaciones socios involucradas en la iniciativa aumentó de 10 a 200 entre diciembre del 2003 y de diciembre del 2005. El número de organizaciones y ONGs prestando servicios públicos aumentó de 1.000 a 20.000 entre junio del 2004 y diciembre del 2005.
- **Mecanismos de participación activa / Políticas pro-equidad:**⁸⁷ 40 de cada 49 de los países foco han establecido metas nacionales de tratamiento, y 34 de los 49 países están elaborando (o han finalizado) los planes de extensión de tratamientos nacionales. Esto es un aumento significativo desde los 3 países que estaban desarrollando metas hace 18 meses.
- **Recursos Adecuados y Sostenibles:** La iniciativa procuró proporcionar un suministro eficaz y confiable de los medicamentos y los medios de diagnóstico.
- **Primer Contacto:** Muchos países han ampliado el acceso a pruebas y consejerías al hacer un uso eficaz de los puntos de acceso en los servicios de salud. Kenia, por ejemplo, reportó un aumento del número de pacientes probados y aconsejados entre el 2000 y el 2004, gracias a una ampliación de los lugares de prueba en clínicas y entornos comunitarios.
- **Recursos Humanos Apropriados:**⁸⁸ La iniciativa ha adoptado los enfoques de otras expansiones exitosas en el desplazamiento de un modelo centrado en los médicos a un equipo ampliado de enfermeras, funcionarios de clínicas, y actores comunitarios de apoyo.
 - o El número del personal adicional que se ha alineado de nuevo a las oficinas nacionales de la OMS para este programa aumento de 25 a 480 entre diciembre del 2003 y diciembre del 2005.
 - o El número de módulos de capacitación y documentos guías creció de 5 a 18 durante este período.
 - o El número de proveedores de servicios de salud y defensores comunitarios de tratamiento capacitados para aplicar tratamiento con ARV fue aumentado de 10.000 a 100.000 entre junio del 2004 y diciembre del 2005.

Numerosos factores han contribuido al éxito que impulsa el acceso al Tratamiento con ARV en países alrededor de todo el mundo. Los avances que se han logrado para alcanzar la meta inicial fueron posibles mediante la fuerte relación entre esta iniciativa vertical y los numerosos elementos de un sistema de salud basado en la APS. Al incorporar estos elementos dentro del contexto de las funciones generales del sistema de salud, la iniciativa se ejecutó conjuntamente con una regeneración general de los sistemas de salud de los países. A través de las alianzas intersectoriales con donantes, la extensión de la

⁸⁶ WHO, *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy* (Geneva, Switzerland: 2003) 53-55.

⁸⁷ WHO, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An update on "3x5"* (Geneva, Switzerland: 2005) 8.

⁸⁸ WHO, *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy* (Geneva, Switzerland: 2003) 53-55.

capacidad de los recursos humanos, el énfasis en la prevención, y el apoyo político sostenido desde el interior de los países, esta iniciativa logró avances importantes en la provisión de terapia universal y costo-efectiva a nivel comunitario. Al analizar la estructura y los resultados del programa, podemos recomendar ciertas técnicas que pueden aplicarse a las expansiones dentro de otros países. En términos generales, estos resultados nos proporcionan la importante lección que al trabajar para fortalecer la capacidad de sistemas de salud en general, los programas verticales “no pueden ejecutarse aislados de una regeneración de los sistemas de salud”.⁸⁹

⁸⁹ Evans, Tim, et al, “Making health systems work,” *Global HealthLink* 133 (2005): 1-4.

Bibliografía

- AboutZahr Carla *Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947-2002.* British Medical Bulletin 67 (2003): 13-25.
- Abreu A., I. Noguera, K. Cowgill *HIV/AIDS in Latin American Countries: The Challenges Ahead*, Human Development Network; Health, Nutrition, and Population Series, 2003.
- Akihiro Seita *Think PHC, Do TB: Integration-based scale up of tuberculosis control in Japan.* <<http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP217.htm>>.
- Basics I *Regional Program: LAC IMCI Initiative* <<http://www.basics.org/programs/ri/imcibasics1.html>> .
- Behrman Jere, A. Gaviria and M. Székely *Who's in and Who's Out. Social Exclusion in Latin America*, Inter-American Development Bank (IDB), Washington DC, 2003.
- Bengoia Rafael., J.M. Fernandez, P. Key, D. Nichol, and R. Nuño *A Descriptive Review of the Health Systems of Latin American Countries.*
- Berkman Alan, J. Garcia, M. Muñoz-Loboy, V. Plava, and R. Parker *Public Health Matters, A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries*, American Journal of Public Health, July 2005.
- Catalyst Consortium *Integration of Family Planning/Reproductive Health and Maternal and Child Health Services: Missed Opportunities and Challenges. TAHSEEN Project*, November 2003.
- CEPAL *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2004-2005.*
- Cordero D., R. Salgado and C. Drasbek *An Analysis of IMCI Implementation Process in Four Countries in Latin America.* Edited by Tina G. Sanghvi and Mireille Mather. Arlington, Virginia: BASICS II for the United States Agency for International Development and the Pan American Health Organization, 2004. *An Analysis of the IMCI Implementation Process in Four Countries of Latin America.* Basics II.
- Darrell HS Tan, R. EG Upshur, and N. Ford *Global plagues and the Global Fund: Challenges in the Fight Against HIV, TB and Malaria*, BMC International Health and Human Rights, 20035.
- De Savigny, D., H. Kasale, C. Mbuya, and Graham Reidon *Fixing Health Systems*, International Development Research Center in collaboration with the Ministry of Health of Tanzania, 2004.
- Declaración de Sevilla *Comprometidos con la Salud de la Población*, I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.

DFID	<i>The Challenge of TB and Malaria Control</i> , UK Department for International Development, 2005.
DFID	<i>Scaling Up Health Investments in Developing Countries: Lessons About What Works, Report on Wilton Park Conference WP751, West Sussex, UK, 16-18 June 2004</i> , 7.
Diaz Cristina, G. Kourí, M. Bonet, Á. M. Álvarez, D. Torres, A.M. de la Cruz, O. Fuentes, L. Alfonso, B. Galindo, A. Reyes, D.M. Torres, M. Rodríguez, A.M. Ibarra, M. Concepción, L. Rufino. M.A. Mariné, M.E. Piquero, I. Valdés, A. Valero, I. Castillo, and B. Ramírez	<i>An ecosystem approach to human health for the prevention of Dengue at local level</i> , Global Forum for Health Research, Forum 8. Mexico City: November 2004.
ECLAC	<i>Achieving the Millennium Development Goals in Latin American and the Caribbean</i> , June 2005.
Evans Ann R.	<i>Opportunities for TB Collaboration: Proceedings of a CORE Group Workshop</i> , CORE, 2003.
Evans Tim, S. Bennettii, P. Davis, P. Travis, S. Wibulpolprasert, and P. Zeitz	<i>Making Health Systems Work</i> , Partners for Health Reform Plus, 2005.
Frenk J., F. Knaul, E. Gonzalez-Pier, and M. Barraza-Llorens	<i>International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries</i> , Keynote address: "Poverty, health and social protection", Berlin, Germany, December 6, 2005.
Gillespie Stuart	<i>Scaling Up Community-Driven Development: A Synthesis of Experience</i> , International Food Policy Research Institute: Washington, D.C., 2004. pp. 14, 18.
Global Health Policy Research Network	<i>Millions Saved: Proven Successes in Global Health</i> , CGD Brief, October 2004, Volume 3, Issue 3.
Gonzalves Julian and R. Armonia (eds.)	<i>Scaling Up: Can We Bring More Benefits to More People More Quickly? An Executive Summary</i> . International Institute of Rural Reconstruction (IIRR), 2000.
Goodburn Elizabeth and O. Campbell.	<i>Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key</i> . British Medical Journal 322 (2001): 917-920.
Gubler Duane J.	<i>Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever</i> . Clinical Microbiology Reviews. 11(1998): 480-496.

Hancock, Jim, F. Proctor and C. Csakiet	<i>Scaling-Up the Impact of Good Practices in Rural Development.</i> The World Bank, 2003.
Health Canada	<i>Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper,</i> Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security, 2005.
Huicho Luis, M. Dávila, M. Campos, C. Drasbek, J. Bryce, and C. G Vitora	<i>Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievements and challenges in Peru.</i> Health Policy and Planning 20 (1): 14-24.
IADB	<i>The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean: Challenges, Actions, and Commitments,</i> May 2004.
IADB	<i>Poverty Reduction and Promotion of Social Equity,</i> Strategy Document, Washington, DC, July 2003.
Johns Benjamin and T. Torres	<i>Costs of Scaling-Up Health Interventions: A Systematic Review.</i> WHO-CHOICE, 2005.
Jong-Wook Lee	<i>Global Health Improvement and WHO: Shaping the Future,</i> The Lancet, 2003.
Journal of International Development	<i>Expanding Access to Priority Health Interventions: A Framework for Understanding the Constraints to Scaling-Up,</i> 2003.
Kohl Richard and L. Cooley	<i>Scaling-up – A Conceptual and Operational Framework.</i> Management Systems International, 2005.
LACHSR/LACRSS	<i>Challenges to Scaling-up Health Systems,</i> Strengthening Health Systems and Reforms, Issue #7, 2004.
Levcovitz Eduardo	<i>Trends in Health Sector Reform in Latin America in the 90's and Challenges for Social Protection in Health in the 21st Century,</i> GTZ-ILO-WHO International Conference, Social Health Insurance in Developing Countries, Powerpoint presentation.
Lloyd Linda S.	<i>Best Practices for Dengue Prevention and Control in the Americas,</i> Environmental Health Project, 2003.
Londono J.L. and J. Frenk	<i>Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America,</i> Health Policy 41 (1997) 1-36.
López-Acuña Daniel	<i>The Nature of Health Sector Reform in the Americas and its Significance for PAHO/WHO's Technical Cooperation,</i> Background Paper for the Annual PAHO/WHO Managers Retreat, October 23-24 2000.
Mackintosh M.	<i>Do Health Care Systems Contribute to Inequalities? Poverty, Inequality and Health: An International Perspective,</i> Oxford University Press,

- 2001.
- Magnussen Leslie., J. Ehiri and P. Jollyet *Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy*, Health Affairs, Volume 23, Number 3.
- McCoy D. *Expanding Treatment Access and Strengthening HIV/AIDS Programmes in Wats that Strengthen the Broader Health Systems Agenda*, Issues for the Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB, and Malaria, Medical Research Council of South Africa, 2005.
- McIntyre Diane, M. Thiedea, G. Dahlgrenb and M. Whitehead *What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low and middle-income country contexts?*, Health Economics Unit, University of Cape Town, Cape Town, South Africa, University of Liverpool, UK, Social Science & Medicine, Volume 62, Issue 4, February 2006, Pages 858-865.
- Medici André. *Mejorar la salud maternal en América Latina y el caribe*, Los objetivos de desarrollo del milenio en ufino latina y el caribe.
- Mills Anne *Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches?* Bull World Health Organ, April 2005, Vol. 83, no.4, p. 315-316.
- Mukherjee, Joia S. *HIV-1 care in resource-poor settings: a view from Haiti*, Lancet. 362(2003):994-995.
- National Academy Press *Primary Care: America's Health in a New Era*.
- Northrup Robert S. *Critical Elements For Improved Global health*, Book Review, Health Affairs, Volume 24, Number 3.
- Oliveira-Cruz Valeria, J. Kowalski and B. McPake *Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS "success story"- can others do it?*, Tropical Medicine and International Health, Volume 9, No. 1, pp. 191-197. February 2004.
- Oliveira-Cruz Valeria, K. Hanson and A. Mills. *Approaches to Overcoming Constraints to Effective Health Service Delivery: A Review of the Evidence*, Journal of International Development. 15(2003): 52-53.
- Oxford University Press *Anthropology in Public Health, Bridging Differences in Culture and Society*, 1999.
- PAHO/WHO *Reduction of Maternal Mortality and Morbidity*, Interagency Strategic Consensus for Latin America and the Caribbean, Washington, DC, 2003.
- PAHO/WHO *Health Situation and Trends in the Americas*, Draft, June 2006.
- PAHO/WHO *Excerpts from Reduction of Maternal Mortality and Morbidity*, Interagency Strategic Consensus for Latin America and the Caribbean, 2003.

PAHO/WHO	<i>La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas</i> , Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 1995.
PAHO/WHO	<i>Investment in Health: Social and Economic Returns</i> , Scientific and Technical Publication No. 582, 2001.
PAHO/WHO	<i>The Health-Development Link</i> , 1994.
PAHO/WHO	<i>Editorial: Challenges to Scaling-Up Health Systems</i> , Strengthening Health Systems and Reforms, LAC HSR Initiative, Issue #7, 2004.
PAHO/WHO	<i>Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/WHO</i> , Draft for discussion, July 2005.
PAHO/WHO	<i>Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas</i> , Washington DC, 2001.
PAHO/WHO	<i>Dengue Prevention and Control</i> , 2001
PAHO/WHO	<i>Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment</i> , Washington, DC, May 8 10, 2001.
PAHO/WHO	<i>Situación de Salud Sub-Region Andina</i> , Versión Preliminar, Representación OPS/OMS La Paz, Bolivia, Oficina de Apoyo a los Países (CSU), Washington, DC, March 13, 2006.
PAHO/WHO	<i>Proceso de Programación Subregional BPB 2006-2007, Análisis de Situación de Salud, Subregión Centroamericana y Rep. Dominicana</i> , (CSU) Country Support Unit, Documento de Trabajo, Borrador Febrero 2, 2006.
PAHO/WHO	<i>Plan Estratégico de Tuberculosis 2006-2015</i> (Forthcoming).
PAHO/WHO	<i>Regional Strategy for the Control of Tuberculosis for 2005-2015</i> , CD46/18, Rev. 1 (Eng), 16 September 2005.
PAHO/WHO	<i>Malaria and the Internationally Agreed-upon Development Goals, Including those contained in the Millennium Declaration</i> , CD46/17 (Eng), 15 July 2005.
PAHO/WHO	<i>Americas Commit to 100% ART Access by 2005</i> , Fact Sheet.
PAHO/WHO	<i>Renewing Primary Health Care in the Americas: Rationale for and Evidence on the Proposed Elements and Principles of a Primary Health Care-based Health System</i> , Draft June 2006.
PAHO/WHO	<i>Special Topic: The Ten Leading Causes of Death in the Countries of the Americas</i> , Health Statistics for the Americas 2006 Edition.

PAHO/WHO	<i>Health Conditions in the Americas</i> , Washington, DC, 1994.
PAHO/WHO	128 th Session of the Executive Committee: “Dengue Prevention and Control,” June 2001, Washington, D.C.
PAHO/WHO-SIDA	<i>Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean</i> , Series No. 1 Extension of Social Protection in Health, Washington DC, 2004
PAHO/WHO-USAID	<i>Health Systems Profiles: Methodological Guidelines for Monitoring and Analyzing Health Systems Change/Reform</i> , Washington 2006.
Pan American Journal of Public Health	<i>Special Issue on Health Sector Reform</i> , Vol 8, No.1 and No. 2, July/August 2000.
Partners for Health Reformplus Project	<i>Taking Forward the Health Systems Agenda: Report of a Consultation on Developing the Health Systems Action Network</i> , Draft for Comment, 8 February 2006.
Phyllida T., S. Bennet, A. Haines, T. Pang, Z. Bhutta, A. Hider, N. Pielmeier, A. Mills, and T. Evans	<i>Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals</i> , The Lancet 2004, 364: 900-06.
Pielemeier Nancy, P. Bhatt and O. Smith	<i>Lessons from Health System Strengthening Can Lead to Rapid Scale-Up of HIV Programs</i> , Abt Associates, 2005.
Pioccotto Robert.	<i>Scaling Up: A Development Strategy for the New Millennium</i> . Global Policy Project. 2003.
Rajesh Gupta, A. Irwin, M. C Raviglione, and J. Yong Kim .	<i>Scaling-up Treatment for HIV/AIDS: Lessons Learned from Multi-drug Resistant Tuberculosis</i> , World Health Organization (WHO). The Lancet, Vol. 363, 2004.
Raviglione M.C., C. Dye, S. Schmidt, and A. Kochi	Assessment of worldwide tuberculosis control. <i>Lancet</i> 1997; 350:624-629.
Robb-McCord J. and W. Voet	<i>Scaling Up Practices, Tools, and Approaches in the Maternal and Neonatal Health Program</i> . JHPIEGO: Baltimore, 20003.
Rojas R. and N. Shuqair	<i>Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas</i> , Estudio de las Legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México, y Honduras, OPS/OMS, 1998.
Ruxin J., Paluzzi, P. Wilson, Y. Tozan, M. Kruk, and A. Teklehaimanot	<i>Emerging Consensus in HIV/AIDS, Malaria, Tuberculosis, and Access to Essential Medicines</i> , The Lancet, Volume 365, 2005. (618)
Sang-Yi, L. and C. Chang-Bae	<i>The National Health Insurance as One Type of New Typology : The Case of South Korea and Taiwan</i> .

Simmons Ruth, J. Brown, and M. Diaz	<i>Facilitating Large-scale Transitions to Quality of Care: An Idea Whose Time Has Come.</i> Studies in Family Planning. Volume 33, Number 1, 2002.
Stop TB Partnership	<i>Brazilian Partnership Against Tuberculosis</i> < www.stoptb.org/national_partnerships/assets/documents/Stop%20TB%20Brazil%20Factsheet%202005.pdf >.
Suárez Pedro G., C. J. Watt, E. Alarcón, J. Portocarrero, D. Zavala, R. Canales, F. Luelmo, M. A. Espinal, and C. Dye	<i>The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Peru.</i> Journal of Infectious Disease 2001; 184: 473-478.
Suchi M and S. Tateno	<i>Tuberculosis in Asia. Kekkaku</i> 2002; 77:693–697. (Article originally in Japanese, abstract taken from website < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?Cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12440145&dopt=Abstract >).
Svitone Ennio Rufino, R. Garfield, M. I. Vasconcelos, and V. Araujo Craveiro	Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the <i>Agentes de Saúde</i> Program. Revista Panamericana de Salud Pública 7 (2000).
Tan Darrell HS, R. EG Upshur, and N. Ford	<i>Global plagues and the Global Fund: Challenges in the fight against HIV, TB, and Malaria</i> , BMC International Health and Human Rights 3:2 (TB Binder, Volume I, Section 1, p. 5/19)
Teklehaimanot Awash	<i>Coming to grips with malaria in the new millennium</i> , UN Millennium Project Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB and Access to Essential Medicines (2005): 74.
The Lancet Series	<i>Indigenous Health 2: Indigenous Health in Latin America and the Caribbean</i> , Vol. 367, June 3, 2006.
The Lancet Series	<i>Making Health Systems More Equitable</i> , Vol. 364, October 2, 2004.
UBC Centre for Health Services and Policy Research	<i>Measuring the Performance of Primary Health Care, Existing capacity and future information needs</i> , College of Health Disciplines, The University of British Columbia, October 2006.
UN Millennium Project	<i>Combating Aids in the Developing World</i> , UN Millennium Project, Task Force on AIDS, Malaria, TB, Other Major Diseases, and Access to Essential Medicines, 2005.
Unger Jean Pierre, P. DePaepe, P. Ghilbert, H. Mcomm, W. Soors, and A. Green	<i>Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries</i> , International Journal of Integrated Care – Vol. 6, 18 September 2006.

Unger Jean Pierre, P. DePaepe, P. Ghilbert, H. Mcomm, W. Soors, and A. Green	<i>Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries</i> , International Journal of Integrated Care – Vol. 6, 18 September 2006.
United Nations	<i>The Millennium Development Goals Report, 2006.</i>
Uvin, Peter and D. Miller	<i>Scaling-Up: Thinking Through the Issues</i> . The World Hunger Program, 1994.
WHO	The World Health Report 2000, <i>Health Systems: Improving Performance</i> .
WHO	<i>Towards Unity for Health: Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development</i> .
WHO	<i>Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development</i> , 2001.
WHO	<i>Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World, Alma-Ata revisited</i> .
WHO	<i>Health and the Millennium Development Goals</i> , Geneva, 2005.
WHO	<i>The World Health Report 2003: Shaping the Future</i> .
WHO	<i>An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control</i> ., 2002
WHO	<i>Expanding DOTS in a Changing Global Health Systems</i> , 2003.
WHO	<i>Scaling-up the Responses to Infectious Diseases: A Way out of Poverty</i> , WHO Commission on Macroeconomics and Health, 2002.
WHO	<i>Report on the Meeting of the Second Ad Hoc Committee on the TB Epidemic</i> , Stop TB Partnership, 2003.
WHO	<i>Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health</i> , Commission on Social Determinants of Health, Discussion paper, Draft 5 May 2005.
WHO	<i>Addressing Poverty in TB Control: Options for National TB Control Programmes</i> , Geneva, 2005
WHO	<i>Costs of Scaling up Priority Health Interventions in Low-Income and selected Middle-income Countries: Methodology and Estimates</i> , Commission on Macroeconomics and Health, CMH Working Paper Series, Paper No. WG5:18. October 2001.
WHO	<i>Progress Report on the Global Plan to Stop Tuberculosis</i> . WHO: Stop TB Partnership, 2004. p. 15

WHO	<i>The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count</i> (Geneva, Switzerland: 2005) 79-101.
WHO	<i>The Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series</i> (Geneva, Switzerland:) http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NEONATAL/Lancet_NSS.htm .
WHO	<i>Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy</i> (Geneva, Switzerland: 2003).
WHO	<i>Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An update on “3x5”</i> (Geneva, Switzerland: 2005).
WHO	<i>Everybody’s Business, WHO’s Health Systems Strengthening Strategy</i> , Draft 26 Sept. 2006.
WHO	<i>Health Systems, Report by the Secretariat, 120th Session of the Executive Board</i> , 8 January 2007.
WHO	<i>What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?</i> , Health Evidence Network, WHO (Europe), January 2004.
WHO	<i>The Maputo Report, WHO support to countries for scaling up essential interventions towards universal coverage in Africa</i> , WHO Regional Office for Africa (AFRO), 2006.
Wolfowitz P.	<i>Charting a Way Ahead: The Results Agenda</i> , 2005 Annual Meetings Address, The World Bank Group, Washington DC, September 24, 2005.
World Bank	<i>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</i> , December 2002.
World Bank	<i>Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn’t, and Why</i> , 2005.
World Bank	<i>Priorities in Health</i> , 2006.
World Bank	<i>World Development Indicators</i> , 2006.
World Bank	<i>Social Exclusion and Poverty Reduction in Latin America and the Caribbean</i> , 2001.
World Bank	<i>Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America</i> , 2006.
World Bank	<i>Scaling-Up the Impact of Good Practices in Rural Development</i> (Washington, D.C.: 2003).

World Bank

Healthy Development, The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results, April 24, 2007.