

Introducción y panorámica

Informe sobre la salud en el mundo 2008

*La atención
primaria de salud*

Más necesaria que nunca



Organización
Mundial de la Salud



Mensaje de la Directora General

Cuando asumí el cargo en 2007 me comprometí claramente a reorientar el interés de la OMS hacia la atención primaria de salud. Más importante que mi propia convicción al respecto es que ello responde a una demanda creciente y generalizada de servicios de atención primaria por parte de los Estados Miembros. Esa demanda refleja a su vez un interés cada vez mayor de las instancias normativas por los conocimientos disponibles sobre la manera de conseguir unos sistemas de salud más equitativos, integradores y justos. Refleja asimismo, más fundamentalmente, un giro de constatación de la necesidad de una perspectiva más integral sobre la eficacia del conjunto del sistema de salud.

Este año se conmemora el 60° aniversario de la OMS y el 30° aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, de 1978. Si bien nuestro contexto sanitario mundial ha sufrido grandes cambios durante las últimas seis décadas, los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención.

Posibles ejemplos son esa madre con complicaciones del parto pero sin acceso a asistencia cualificada, ese niño que no recibe las vacunas esenciales que debería, o tantos habitantes de tugurios urbanos sumidos en la miseria. Podemos citar también la falta de sistemas de protección de los peatones junto a unas carreteras y autopistas plagadas de tráfico, y el empobrecimiento que causan los pagos del propio bolsillo entre quienes carecen de seguro médico. Estas y muchas otras realidades de la vida diaria reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que merman la eficacia de nuestros sistemas de salud.

Para avanzar, es importante que aprendamos del pasado, y si volvemos la vista atrás se impone la idea de que podemos hacerlo mejor en el futuro. Así, en este Informe sobre la salud en el mundo se

recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud. El Informe brinda una excelente oportunidad para aprovechar las enseñanzas del pasado, examinar los retos que nos aguardan e identificar las principales posibilidades de que disponen los sistemas de salud para reducir los intolerables desfases existentes entre las aspiraciones y la realidad.

Esas posibilidades de acción se concretan en el Informe en cuatro conjuntos de reformas que reflejan la convergencia de los valores de la atención primaria, las expectativas de los ciudadanos y algunos retos comunes de naturaleza transversal para el desempeño de los sistemas de salud; a saber:

- *reformas en pro de la cobertura universal* que garanticen que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud;
- *reformas de la prestación de servicios* que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados;
- *reformas de las políticas públicas* que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales;

- *reformas del liderazgo* que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el *laissez-faire* del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

Aunque de aplicación universal, esas reformas no constituyen un modelo o manifiesto para la acción. Las medidas requeridas para hacerlas realidad en cada país deben establecerse en función del contexto y las condiciones específicas y a partir de la mejor evidencia disponible. Sin embargo, no hay razón alguna para que los países, ricos o pobres, demoren sus primeras iniciativas en pro de esas reformas. Como han demostrado las tres últimas décadas, se pueden lograr progresos considerables.

Si queremos hacerlo mejor durante los próximos 30 años, debemos invertir hoy en cuanto contribuya a poner nuestro desempeño real a la altura de nuestras aspiraciones y expectativas, así como de los rápidos cambios de una salud mundial interdependiente. Unidos por el reto común de la atención primaria de salud, ha llegado la hora, hoy más que nunca, de que fomentemos el intercambio y aprendizaje de experiencias entre países para trazar la ruta más directa hacia la salud para todos.



Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

La atención
primaria
de salud

Más
necesaria
que nunca



Introducción y panorámica

¿Por qué renovar la atención primaria de salud (APS), y por qué ahora más que nunca? La respuesta inmediata es que los Estados Miembros lo están pidiendo claramente, y no sólo los profesionales de la salud, sino también los responsables políticos.

La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían.

La gente está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. Y la APS puede afrontar esos desafíos.

| | |
|--|----|
| Respuesta a los desafíos de un mundo en transformación | 6 |
| Expectativas crecientes de mejores resultados | 8 |
| De los paquetes de prestaciones del pasado a las reformas del futuro | 9 |
| Cuatro conjuntos de reformas de la APS | 10 |
| Aprovechar las oportunidades | 14 |

Actualmente se reconoce que hay poblaciones rezagadas y que se están desaprovechando oportunidades que recuerdan lo que dio lugar, hace 30 años, al cambio de paradigma de Alma-Ata en la forma de concebir la salud. La Conferencia de Alma-Ata favoreció la aparición de un «movimiento en pro de la atención primaria de salud», impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación «política, social y económicamente inaceptable»¹ de desigualdad sanitaria en todos los países. En la Declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad¹. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores.

La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad sanitaria ocupa un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud², al igual que en las estructuras locales de gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil.

Los valores de la APS en pro de la salud para todos requieren que los sistemas de salud «*pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria*»³. Lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades – esto es, lo que las personas valoran – constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud. La APS ha seguido siendo el punto de referencia del discurso sobre salud de casi todos los países, precisamente porque el movimiento en pro de la APS intentó aportar respuestas racionales, basadas en datos científicos y con visión de futuro, a las necesidades sanitarias y a esas expectativas sociales^{4,5,6,7}. Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar por tener en cuenta las «*expectativas sobre la salud y la atención sanitaria*» de los ciudadanos y garantizar que «*su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud*»⁸.

En un estudio reciente sobre la APS se expresa esta perspectiva como el «*derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible*», «*con la mayor equidad y solidaridad*», considerando la necesidad de «*dar respuesta a las necesidades de salud de la población*»⁴. Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados. Esto entraña una reorientación y reforma sustanciales del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad: esas reformas constituyen la agenda de renovación de la APS.

Respuesta a los desafíos de un mundo en transformación

En general, las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. Si las tasas de mortalidad en la niñez fueran hoy las mismas que en 1978, en 2006 se habrían registrado 16,2 millones de defunciones infantiles en todo el mundo. En realidad, el número de tales defunciones fue de sólo 9,5 millones⁹. Esa diferencia de 6,7 millones equivale a salvar la vida de 18 329 niños cada día. El concepto otrora revolucionario de medicamentos esenciales se ha convertido en algo común. Se han registrado avances notables en el acceso al agua, el saneamiento y la atención prenatal.

Eso demuestra que es posible hacer progresos. Y esos progresos también se pueden acelerar. Nunca se había contado con tantos recursos para la salud como ahora. La economía de la salud mundial está creciendo a un ritmo mayor que el producto interno bruto (PIB), pues la proporción que representa del PIB mundial pasó de un 8% a un 8,6% entre 2000 y 2005. En cifras absolutas, y teniendo en cuenta la inflación, esto supone un crecimiento del gasto mundial en salud del 35% en un periodo de cinco años. Los conocimientos en materia de salud también están creciendo rápidamente. La acelerada revolución tecnológica está multiplicando las posibilidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria en el contexto de una sociedad global más educada y en proceso de modernización. Está surgiendo una rectoría mundial, gracias al aumento de los

intercambios entre países – propiciados a menudo por el reconocimiento de amenazas, oportunidades o desafíos comunes –, a una solidaridad cada vez mayor y al compromiso mundial de eliminar la pobreza, como demuestran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Sin embargo, no hay que pasar por alto otras tendencias. En primer lugar, los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales; ha habido una convergencia hacia una mejora de la salud en gran parte del mundo, pero al mismo tiempo numerosos países están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno. Además, ahora existe una amplia documentación, no disponible hace 30 años, sobre las marcadas y, a menudo, crecientes desigualdades sanitarias dentro de los países.

En segundo lugar, la naturaleza de los problemas sanitarios está cambiando en un sentido poco previsible y a un ritmo totalmente inesperado. El envejecimiento y las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización aceleran la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementan la carga de trastornos crónicos y no transmisibles. El hecho de que cada vez haya más personas con síntomas complejos y varias enfermedades plantea a los servicios de salud el reto de llevar una gestión integrada e integral de los casos. Esa situación obedece a un complejo entramado de factores, entre los que figuran el incremento gradual pero a largo plazo de los ingresos y la población, el cambio climático, los problemas relacionados con la seguridad alimentaria y las tensiones sociales, todos los cuales influirán en la salud en los años venideros, aunque se desconoce en gran medida hasta qué punto.

En tercer lugar, los sistemas de salud no están al margen del rápido ritmo de cambio y transformación que caracteriza al actual proceso de globalización. Las crisis económicas y políticas plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud y la prestación y financiación de éstos. Además de que existe una atención no regulada de carácter comercial, los límites entre agentes públicos y privados no están claros y la negociación de las prestaciones y los derechos está cada

vez más politizada. La era de la información ha transformado las relaciones entre ciudadanos, profesionales y políticos.

En muchos sentidos, las respuestas del sector de la salud a un mundo en transformación han sido inadecuadas e ingenuas. Inadecuadas, en la medida en que no han sido previsoras ni oportunas: a menudo no se ha hecho lo suficiente, se ha hecho demasiado tarde o se ha hecho demasiado en el lugar equivocado. E ingenuas, porque cuando un sistema falla se deben aplicar soluciones, no remedios transitorios. Los problemas relacionados con los recursos humanos para la salud y la atención sanitaria, la financiación, la infraestructura o los sistemas de información invariablemente van más allá del sector de la salud en sentido estricto, no se limitan a un solo ámbito de políticas y, cada vez con mayor frecuencia, trascienden las fronteras; esto hace que resulte más difícil que todos los gobiernos e interesados trabajen de forma eficaz.

Aunque el sector de la salud sigue adoleciendo de una enorme falta de fondos en demasiados países, la base de recursos para la salud no ha cesado de crecer en los diez últimos años. Las oportunidades que ofrece ese crecimiento de promover cambios estructurales y crear sistemas de salud más eficaces y equitativos a menudo se pierden. Los procesos mundiales – y cada vez más nacionales – de formulación de políticas se han centrado en cuestiones concretas, en situaciones en que distintos interesados compiten por recursos escasos, y apenas se ha concedido atención a los factores fundamentales que frenan el desarrollo de los sistemas de salud en los contextos nacionales. En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir.

Hoy en día está claro que, si los sistemas de salud son abandonados a su propia suerte, no se encaminarán de forma natural a los objetivos de la salud para todos por medio de la atención primaria, como se establece en la Declaración de Alma-Ata. Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen

los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos. Existen tres tendencias particularmente preocupantes:

- los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;
- los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios;
- los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Esas tendencias son contrarias a una respuesta global y equilibrada a las necesidades sanitarias; en algunos países, la falta de acceso equitativo, los gastos empobrecedores y la pérdida de confianza en la atención de salud que provocan suponen una amenaza para la estabilidad social.

Expectativas crecientes de mejores resultados

El apoyo a la renovación de la APS se debe a que los formuladores de las políticas sanitarias son cada vez más conscientes de que la atención primaria puede propiciar un rumbo más claro y una mayor unidad en el actual contexto de fragmentación de los sistemas de salud, y constituye una alternativa a las soluciones improvisadas presentadas actualmente como remedio de los males del sector de la salud. También se tiene cada vez más conciencia de que, por distintos motivos, la atención de salud convencional, prestada a través de diversos mecanismos, no sólo es menos eficaz de lo que podría ser, sino que adolece de una serie de deficiencias y contradicciones generalizadas, que se han resumido en el recuadro 1.

El desfase entre las expectativas y los resultados preocupa a las autoridades sanitarias y, debido al creciente peso económico e importancia social del sector de la salud, también es motivo de creciente preocupación entre los políticos. Resulta revelador que, por término medio, se hiciera referencia a temas relacionados con la atención sanitaria más de 28 veces en cada uno

de los recientes debates para las elecciones primarias en los Estados Unidos²². Seguir haciendo lo que hasta ahora no es una opción viable para los sistemas de salud. Si se quieren corregir las mencionadas deficiencias, harán falta mecanismos de gestión y responsabilización colectivos más eficaces, con un rumbo y un propósito más claros, para abordar los problemas de salud de hoy y del futuro.

Recuadro 1 Cinco fallos comunes en la prestación de atención de salud

Atención inversa. Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores – son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen¹⁰. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres¹¹ en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos^{12,13}.

Atención empobrecedora. Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria¹⁴.

Atención fragmentada y en proceso de fragmentación. La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial¹⁵. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos¹⁶; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación¹⁷.

Atención peligrosa. Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud¹⁸.

Orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad^{19,20}. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud²¹.

Y esto es precisamente lo que la gente espera que ocurra. A medida que se modernizan las sociedades, las personas exigen más a sus sistemas de salud, tanto para ellas como para sus familias, y para la sociedad en la que viven. Por lo tanto, la población es cada vez más partidaria de que mejore la equidad sanitaria y desaparezca la exclusión; de que los servicios de salud se centren en las necesidades y las expectativas de la gente; de que haya seguridad sanitaria en las comunidades en que viven, y de poder opinar sobre las cuestiones que afectan a su salud y la de sus comunidades²³.

Esas expectativas coinciden con los valores en que se basó la Declaración de Alma-Ata, explican la actual exigencia de que los sistemas de salud se ajusten más a esos valores y otorgan un renovado apoyo social y político al actual movimiento en pro de la APS en sus intentos por reformar los sistemas de salud.

De los paquetes de prestaciones del pasado a las reformas del futuro

Las expectativas crecientes y el amplio apoyo a los valores consagrados en la Declaración de Alma-Ata no siempre se han traducido fácilmente en una transformación efectiva de los sistemas de salud. Ha habido circunstancias y tendencias ajenas al sector de la salud – por ejemplo, procesos de ajuste estructural – sobre las que el movimiento en pro de la APS ha tenido poca influencia o control. Además, muchas veces el movimiento ha simplificado en exceso su mensaje, lo que ha dado lugar a la aplicación de fórmulas generales, no adecuadas a situaciones y problemas distintos²⁴. Como consecuencia de ello, las autoridades sanitarias nacionales y mundiales han considerado en ocasiones la APS no como un conjunto de reformas, que es lo que se pretendía, sino como un programa más de atención de salud, que proporcionaba una atención deficiente a personas pobres. En el cuadro 1 se comparan diferentes aspectos de los primeros intentos de implementar la APS con los enfoques actuales. En esta evolución está implícito el reconocimiento de que para que los sistemas de salud tomen el rumbo adecuado hace falta un conjunto de reformas

concretas que tengan en cuenta los diferentes contextos y que respondan a los desafíos sanitarios actuales y preparen para los de mañana.

Estas reformas van mucho más allá de la prestación de servicios «básicos» y superan los límites establecidos con respecto a los elementos fundamentales de los sistemas nacionales de salud²⁵. Por ejemplo, para alinear los sistemas de salud sobre la base de los valores que guían la APS harán falta políticas ambiciosas en materia de recursos humanos. Sin embargo, sería ingenuo pensar que éstas se pueden establecer independientemente de las políticas de financiación o de prestación de servicios, de la reforma de la función pública y de las disposiciones relativas a la migración transfronteriza de los profesionales de la salud.

Al mismo tiempo, las reformas de la APS, y el movimiento en pro de la APS que las fomenta, tienen que ajustarse más al cambio social y a las crecientes expectativas que acompañan a los procesos de desarrollo y modernización. La población del mundo entero expresa cada vez más su opinión sobre la salud, por considerarla un elemento que influye en su vida cotidiana y la de sus familias, y sobre la manera en que su sociedad se ocupa de la salud y la atención sanitaria. La dinámica de la demanda debe reflejarse en las políticas y los procesos de adopción de decisiones. La reorientación necesaria de los sistemas de salud ha de basarse en datos científicos sólidos y en un manejo racional de la incertidumbre, pero en ese proceso también ha de tenerse en cuenta lo que las personas esperan de la salud y la atención sanitaria para sí mismas, sus familias y su sociedad. Ello entraña arreglos y negociaciones delicadas con numerosas partes interesadas, lo cual supone desviarse totalmente de los modelos lineales y verticalistas del pasado. Así, en estos momentos, las reformas de la APS no están definidas esencialmente por los elementos a que se refieren, y tampoco exclusivamente por la elección de las intervenciones de control de enfermedades que hay que expandir, sino por la dinámica social que determina la función de los sistemas de salud en la sociedad.

Cuadro 1 Cómo la experiencia ha modificado la perspectiva del movimiento en pro de la APS

| PRIMEROS INTENTOS DE IMPLEMENTAR LA APS | ACTUALES CUESTIONES DE INTERÉS PARA LAS REFORMAS DE LA APS |
|--|---|
| Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural | Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud |
| Concentración en la salud maternoinfantil | Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad |
| Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas | Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes |
| Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas | Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud |
| Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades | Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de éstos |
| Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud | Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas |
| Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada | Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado |
| Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos | Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal |
| Ayuda bilateral y asistencia técnica | Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto |
| Atención primaria como antítesis de los hospitales | Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles |
| La APS es barata y requiere sólo una pequeña inversión. | La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones. |

Cuatro conjuntos de reformas de la APS

En el presente informe las reformas de la APS se estructuran en cuatro grupos que reflejan la convergencia entre la evidencia disponible sobre lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los actuales desafíos sanitarios, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento en pro de la APS, y las crecientes expectativas de la población en las sociedades en proceso de modernización (figura 1):

- reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión,

dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: *reformas en pro de la cobertura universal*;

- reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: *reformas de la prestación de servicios*;
- reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas

saludables en todos los sectores: *reformas de las políticas públicas*:

- reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y *laissez-faire* del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: *reformas del liderazgo*.

El primero de estos cuatro conjuntos de reformas tiene por objeto reducir la exclusión y las desigualdades sociales en salud. En definitiva, los determinantes de esas desigualdades requieren una respuesta por parte de la sociedad, y la adopción de decisiones políticas y técnicas que afectan a muchos sectores. Las desigualdades sanitarias también están determinadas por las desigualdades en cuanto a la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios; por la carga financiera que estos factores imponen a las personas, e incluso por las barreras lingüísticas, culturales y de género que a menudo subsisten en la manera en que se ejerce la práctica clínica²⁶.

Una condición indispensable para que los sistemas de salud puedan reducir las inequidades que presentan es garantizar a todos el acceso a los servicios, esto es, colmar la brecha en la oferta

de los mismos. Las redes de servicios son mucho más amplias ahora que hace 30 años, pero hay grandes grupos de población que han quedado a la zaga. En algunos lugares, las guerras y las contiendas civiles han destruido la infraestructura y, en otros, la atención de carácter comercial no regulada ofrece servicios, pero no necesariamente los que hacen falta. El déficit de oferta de atención sigue siendo una realidad en muchos países, por lo que la ampliación de las redes de servicios es un objetivo prioritario, como lo era hace 30 años.

A medida que ha ido aumentando la oferta general de servicios de salud, ha quedado cada vez más patente que los obstáculos al acceso constituyen un importante factor de inequidad: en particular, los honorarios cobrados a los usuarios son una importante causa de exclusión de la atención requerida. Además, cuando las personas tienen que comprar atención sanitaria a un precio por encima de sus posibilidades, los problemas de salud pueden desembocar rápidamente en una situación de pobreza o bancarrota¹⁴. Por ese motivo, la ampliación de la oferta de servicios debe correr pareja con la protección social en salud, que se consigue estableciendo sistemas de mancomunación de fondos y de prepago en sustitución del pago directo de honorarios por parte de los usuarios. Las reformas destinadas a garantizar la cobertura universal – esto es, el acceso universal unido a la protección social en salud – constituyen una condición indispensable para mejorar la equidad sanitaria. Como se observa en los sistemas que han logrado una cobertura casi universal, esas reformas se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los que los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social. Muchas personas de esos grupos dependen de redes de atención que se encargan de la salud de comunidades enteras. Aquí es donde entra en juego el segundo conjunto de reformas: las reformas de la prestación de servicios.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios de

Figura 1 Reformas de la APS necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos



salud – los sistemas de salud locales, las redes de atención sanitaria y los distritos sanitarios – a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de «poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas»³. Estas reformas no son sino un subconjunto de las reformas de la APS, pero tienen tal importancia que a menudo han ocultado la agenda más amplia de la APS. A la consiguiente confusión se ha añadido la simplificación excesiva de lo que la atención primaria entraña y de lo que la distingue de la atención sanitaria convencional (recuadro 2)²⁴.

Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas. Pese a las diferencias en la terminología empleada, sus características principales están bien definidas (atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y

participación de los pacientes, las familias y las comunidades)^{15,27}. Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias. El reciente crecimiento económico ha traído consigo recursos adicionales para la salud, lo cual, unido a la creciente demanda de resultados mejores, crea excelentes oportunidades para reorientar los servicios de salud existentes hacia la atención primaria, no sólo en los lugares que cuentan con recursos, sino también en aquellos donde los fondos son escasos y las necesidades, muchas. En los numerosos países de ingresos bajos y medios en que la oferta de servicios está en una fase de expansión acelerada, existe ahora la posibilidad de tomar un rumbo que quizá evite algunos de los errores cometidos en el pasado en los países de ingresos altos.

Recuadro 2 La atención primaria así considerada en los entornos con recursos suficientes se ha sobresimplificado peligrosamente en los entornos con pocos recursos

La atención primaria se ha definido, descrito y estudiado ampliamente en los contextos en que se dispone de recursos suficientes, a menudo en relación con especialistas en medicina de familia o medicina general. Los programas correspondientes a esas descripciones son mucho más ambiciosos que los planes inaceptablemente restrictivos y desalentadores para la atención primaria que se han propuesto a los países de ingresos bajos^{27,28}.

- la atención primaria es un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sólo se ocupe de unas cuantas «enfermedades prioritarias»;
- la atención primaria es una base desde la que se guía a los pacientes por todo el sistema de salud; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se reduzca a un simple puesto sanitario o a un agente de salud comunitario aislado;
- la atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención de salud se reduzca a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud prioritarias;
- la atención primaria abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como a la detección temprana de enfermedades; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sirva sólo para tratar dolencias comunes;
- la atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor;
- la atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles; es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se tenga que financiar con pagos directos, partiendo del supuesto equivocado de que es barata y los pobres deben poder permitírsela.

La atención primaria puede contribuir en gran medida a mejorar la salud de las comunidades, pero no basta para responder a los deseos de las personas de vivir en condiciones que garanticen la protección de su salud, fomenten la equidad sanitaria y les permitan vivir según sus valores. Las personas esperan también que sus gobiernos adopten una serie de políticas públicas para afrontar los desafíos sanitarios, como los que plantean el proceso de urbanización, el cambio climático, la discriminación por motivos de género o la estratificación social.

Las políticas públicas abarcan las políticas y los programas técnicos que tratan los problemas de salud prioritarios. Esos programas se pueden diseñar de manera que se apliquen a través de la atención primaria y al mismo tiempo la refuerzan; si no es así, pueden socavar los esfuerzos por reformar la prestación de servicios, aunque no sea de forma intencionada. Las autoridades nacionales son las principales responsables de adoptar las decisiones correctas en la fase de diseño. Los programas concebidos para abordar problemas sanitarios prioritarios a través de la atención primaria se han de complementar con intervenciones de salud pública a nivel nacional e internacional. Éstas pueden propiciar eficiencias de escala, y ante algunos problemas son la única opción viable. La evidencia disponible demuestra de forma abrumadora que la adopción de medidas a ese nivel, en el caso de algunas intervenciones, que pueden ir desde las relativas a la higiene pública y la prevención de enfermedades hasta las de promoción de la salud, pueden contribuir de forma importante a la salud. Sin embargo, curiosamente, esas intervenciones se descuidan en todos los países, sea cual sea su nivel de ingresos. Esto se observa sobre todo en los momentos de crisis y amenazas graves para la salud pública, cuando la capacidad de respuesta rápida no sólo es fundamental para garantizar la salud, sino también para mantener la confianza de la población en el sistema de salud.

La formulación de políticas públicas, sin embargo, es algo más que la salud pública clásica. Las reformas de la atención primaria y la protección social dependen fundamentalmente de que se elijan políticas sanitarias – por ejemplo en materia de medicamentos esenciales, recursos

humanos o financiación – que respalden las reformas favorables a la equidad y la atención centrada en las personas. Además, está claro que la salud de la población se puede mejorar con políticas controladas por sectores distintos del de la salud. Los planes de estudios, la política de las empresas con respecto a la igualdad entre hombres y mujeres, la inocuidad de los alimentos y los bienes de consumo o el transporte de desechos tóxicos son otras tantas de las cuestiones que pueden marcar profundamente e incluso determinar la salud de comunidades enteras – de manera positiva o negativa – en función de las decisiones que se tomen. Si se adoptan medidas orientadas en concreto a la colaboración intersectorial, es posible tener debidamente en consideración «la salud en todas las políticas»²⁹ para garantizar que, junto con los objetivos y metas de los demás sectores, los efectos en la salud influyan en las decisiones de política pública.

Con el fin de llevar adelante esas reformas en el entorno extraordinariamente complejo del sector de la salud, será necesario reinvertir en el liderazgo público de manera que se fomenten modelos de colaboración para el diálogo sobre políticas con múltiples interesados, porque esto es lo que la gente espera y lo que mejores resultados da. Si las actuaciones en torno a la APS se basan en la experiencia extraída de éxitos y fracasos anteriores, las autoridades sanitarias pueden desempeñar una labor mucho más eficaz de formulación e introducción de reformas de la APS adaptadas a las circunstancias y las dificultades concretas de los países. La gobernanza de la salud representa un gran desafío para los ministerios de salud y demás instituciones – gubernamentales y no gubernamentales – con una función de liderazgo en el terreno de la salud. Éstos ya no pueden contentarse con administrar el sistema: tienen que convertirse en organizaciones discentes. Para ello hace falta un liderazgo integrador que permita la participación de toda una serie de interesados ajenos al sector público, desde médicos hasta miembros de la sociedad civil, y desde comunidades hasta investigadores y personal universitario. Las estrategias necesarias a fin de mejorar la capacidad de las autoridades sanitarias para llevar a cabo las reformas de la APS consisten entre otras en utilizar con ese fin

los sistemas de información sanitaria, aprovechar las innovaciones del sector de la salud y las dinámicas conexas de todas las sociedades, y crear capacidad mediante el intercambio de experiencias, tanto a nivel nacional como con otros países.

Aprovechar las oportunidades

Los cuatro conjuntos de reformas de la APS se basan en valores compartidos que gozan de amplio apoyo y en desafíos comunes a un mundo en proceso de globalización. Sin embargo, para determinar la manera de actuar deben tenerse en cuenta las realidades claramente distintas de cada país. Las reformas relativas a la cobertura universal, la prestación de servicios, la política del sector público y el liderazgo no se pueden introducir como un modelo o un paquete uniforme.

En los países con un elevado gasto en salud, que es el caso de casi todos los países de ingresos altos, hay un amplio margen financiero para acelerar el cambio de enfoque de la atención terciaria a la atención primaria, crear un entorno normativo más saludable y complementar los sistemas bien organizados de cobertura universal con medidas concretas para reducir la exclusión. En los numerosos países con rápido crecimiento del sector de la salud – donde viven 3000 millones de personas – el propio crecimiento brinda la oportunidad de basar los sistemas de salud en los principios de una sólida atención primaria y de la cobertura universal, en un momento en que está en plena expansión, evitando los errores por acción, como invertir de forma desproporcionada en la atención terciaria, u omisión, como no invertir en políticas públicas saludables, que han caracterizado últimamente a los sistemas de salud de los países de ingresos altos. Hay que reconocer que el desafío es mucho mayor para los 2000 millones de personas que viven en los países de África y Asia sudoriental, donde el sector de la salud está creciendo lentamente, y para los más de 500 millones de personas que viven en Estados frágiles. Sin embargo, incluso en esos casos, hay signos de crecimiento – y pruebas de que éste se puede acelerar sin recurrir al método contraproducente y no equitativo de los pagos

directos en los puntos de prestación de servicios – que ofrecen posibilidades de expandir los sistemas y los servicios de salud. De hecho, estos países tienen la necesidad, más que ningún otro, de optar por la APS y, como en el resto del mundo, pueden empezar a hacerlo de inmediato.

El actual contexto internacional es favorable a una renovación de la APS. La salud mundial es objeto de una atención sin precedentes, en la que destacan el creciente interés por la unidad de acción, el aumento de los llamamientos en pro de una atención integral y universal – ya sea por parte de las personas VIH-positivas o por quienes se ocupan de proporcionar tratamiento y atención, ministros de salud o el Grupo de los Ocho (G8) – y la proliferación de mecanismos de financiación innovadores de carácter mundial relacionados con la solidaridad global. Asimismo, hay signos claros y positivos de un mayor deseo de colaborar en el establecimiento de sistemas sostenibles para la salud en lugar de aplicar enfoques parciales y fragmentados³⁰.

Al mismo tiempo, se abre la perspectiva de reforzar la inversión interna en la revitalización de los sistemas de salud en torno a los valores de la APS. El crecimiento del PIB – ciertamente vulnerable a la desaceleración de la economía, las crisis alimentaria y energética y el calentamiento global – está impulsando el gasto sanitario en el mundo entero, con la notable excepción de los Estados frágiles. Aprovechar este crecimiento económico brindaría oportunidades para introducir las reformas necesarias de la APS que no se hicieron en los años ochenta y noventa. Sólo una pequeña parte de los gastos sanitarios se destinan actualmente a corregir distorsiones comunes del funcionamiento de los sistemas de salud o a superar los obstáculos que limitan la prestación de servicios, pero esas posibilidades existen y están creciendo con rapidez.

La solidaridad y la ayuda mundiales seguirán siendo necesarias como complemento y ayuda a los países que progresen lentamente, pero pasarán a ser menos importantes en sí que los intercambios, el aprendizaje conjunto y la gobernanza global. Esta transición ya se ha producido en la mayor parte del mundo: casi todos los países en desarrollo han dejado de depender de la ayuda.

La cooperación internacional puede acelerar la conversión de los sistemas de salud del mundo, entre otras cosas, mediante una mejor canalización de la ayuda, pero los verdaderos progresos se lograrán gracias a una mejor gobernanza de la salud en los países, tanto en los de ingresos bajos como en los de ingresos altos.

Las autoridades sanitarias y los dirigentes políticos constatan con incomodidad las actuales tendencias del desarrollo de los sistemas de salud y la evidente necesidad de adaptación a los cambios en la demanda y los desafíos sanitarios y a las crecientes expectativas en relación con la salud, lo que acentúa la oportunidad de aplicar las reformas de la APS. La frustración de la gente y la presión por que haya una atención de salud distinta y más equitativa y una mayor protección en salud para la sociedad están en aumento: nunca hasta ahora había habido expectativas tan grandes con respecto a lo que las autoridades sanitarias, y en concreto los ministerios de salud, deberían estar haciendo a ese respecto.

Si se aprovecha este impulso, la inversión en las reformas de la APS podría acelerar la transformación de los sistemas de salud, de manera que los resultados sanitarios sean mejores y se repartan de forma más equitativa. El mundo dispone de tecnología más avanzada y de mejores sistemas de información, lo que le ofrece la posibilidad de sacar el máximo provecho de la transformación de los sistemas sanitarios. La

creciente participación de la sociedad civil en la esfera de la salud y la mayor eficiencia de escala del saber colectivo en el plano mundial (por ejemplo en el ámbito de los medicamentos esenciales) refuerzan también las oportunidades de éxito.

En los diez últimos años, la comunidad mundial ha empezado a ocuparse de la pobreza y la desigualdad en el planeta de forma más sistemática, por ejemplo, estableciendo los ODM y poniendo de relieve la cuestión de la desigualdad en la formulación de las políticas sociales. A lo largo de ese proceso, el tema de la salud, muy relacionado con todo ello, ha ocupado un lugar destacado. Esto brinda la oportunidad de imprimir más eficacia a la acción sanitaria, y crea además las condiciones sociales necesarias para establecer alianzas sólidas fuera del sector de la salud. Así, las actividades intersectoriales vuelven a ser protagonistas. Actualmente, muchas de las autoridades sanitarias consideran que su responsabilidad respecto a la salud ya no se limita a las iniciativas de supervivencia y control de enfermedades, sino que entraña capacidades importantes valoradas por las personas y la sociedad³⁷. La legitimidad de las autoridades sanitarias depende cada vez más de lo bien que sepan desarrollar y reformar el sector de la salud con arreglo a los valores de la población, tanto por lo que se refiere a la salud como a lo que se espera de los sistemas de salud en la sociedad.

Referencias

1. *Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health n° 3).
3. Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
4. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (Serie del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud).
6. *Report on the review of primary care in the African Region*. Brazzaville, Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
7. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25° aniversario*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (56ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 19-28 de mayo de 2003, WHA56.6, punto 14.18 del orden del día).
8. *Carta de Ljubljana sobre la reforma de la atención sanitaria, 1996*. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 1996.
9. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405-412.
11. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: servicios para los pobres*. Washington D.C., Banco Mundial, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education*. Washington DC, The World Bank, 2003 (nota documental para el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: servicios para los pobres)
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6:972-983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201-218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
20. *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5-6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182-191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540-546.
27. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. *Health in all policies. Prospects and potentials*. Oslo. Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
30. *Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: apropiación, armonización, alineación, y resultados y mutua responsabilidad*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press, 1993.