



# Políticas públicas para la salud pública



*Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores. Si miramos al futuro, a los diversos desafíos que plantea la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, resulta evidente que hacen falta mayores capacidades para aprovechar este potencial. Ello explica que la promoción de unas políticas públicas mejores – tema de este capítulo – sea el tercer pilar de los progresos hacia la APS, junto con la cobertura universal y la atención primaria.*

## Capítulo 4

Importancia de unas políticas públicas eficaces para la salud	66
Políticas sistémicas ajustadas a los objetivos de la APS	68
Políticas de salud pública	69
Hacia la salud en todas las políticas	72
¿Por qué se invierte poco?	74
Oportunidades de mejora de las políticas públicas	75

Este capítulo examina las políticas que deben aplicarse, y que son las siguientes:

- políticas sistémicas: disposiciones que es preciso adoptar en los elementos constitutivos de los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios;
- políticas de salud pública: intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud; y
- políticas en otros sectores: contribuciones a la salud que pueden llevarse a cabo mediante la colaboración intersectorial.

Se explica a continuación cómo estas políticas públicas de distinto tipo pueden fortalecerse y adaptarse a los objetivos de la APS.

### Importancia de unas políticas públicas eficaces para la salud

Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud<sup>1</sup>. La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas. Las personas esperan asimismo que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y sin las cuales la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido. Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo urbano, el cambio climático, la discriminación por razones de género o la estratificación social.

Un primer grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.) de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal. Por ejemplo, sin unos sistemas de suministro y logística en buen estado de funcionamiento, una red de atención primaria no puede operar

adecuadamente: cabe citar el caso de Kenya, donde los niños están ahora mucho mejor protegidos contra la malaria gracias a que los servicios locales les han proporcionado mosquiteros tratados con insecticida<sup>2</sup>. Esto ha sido posible únicamente porque las actividades de atención primaria recibieron el apoyo de una iniciativa nacional que contaba con un firme compromiso político, mercadotecnia social y respaldo nacional para el suministro y la logística.

Unas políticas de salud pública eficaces que aborden problemas de salud prioritarios constituyen un segundo grupo sin el cual la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal se verán dificultadas. Comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan, asimismo, las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud. Algunas de estas intervenciones, como la yodación de la sal, sólo son viables a nivel regional, nacional o, cada vez más, supranacional. Esto puede deberse a que sólo en esos niveles existe la autoridad necesaria para decidir sobre tales políticas, o a que es más eficiente elaborar y aplicar éstas en una escala que trascienda el ámbito local de la acción de atención primaria. Por último, las políticas públicas contemplan también la capacidad de respuesta rápida, en régimen de mando y control, para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes. Esto último es de suma importancia política porque cualquier fallo en ese sentido menoscaba profundamente la confianza de la población en las autoridades sanitarias. La falta de preparación y las respuestas descoordinadas de los sistemas sanitarios canadiense y chino ante el brote de SRAS en 2003 levantaron enérgicas protestas públicas y terminaron conduciendo a la creación de un organismo nacional de salud pública en el Canadá. En China, esa misma falta de preparación y transparencia acarreó una crisis de confianza: una lección aprendida a tiempo para futuros acontecimientos<sup>3,4</sup>.

El tercer conjunto de políticas de primera importancia se conoce como «la salud en todas las políticas» y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente



por sectores distintos del sanitario<sup>5</sup>. Los contenidos de salud de los planes de estudio escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras o incluso determinarla, y trascender las fronteras nacionales. No cabe abordarlas sin una colaboración intersectorial intensiva que conceda la debida importancia a la salud en todas las políticas.

Unas políticas públicas mejores pueden operar cambios reales por cauces muy diversos. Permiten movilizar a toda la sociedad en torno a cuestiones relacionadas con la salud, como en el caso de Cuba (recuadro 4.1), y proporcionar un entorno jurídico y social más o menos favorable para los resultados sanitarios. El grado de acceso legal al aborto, por ejemplo, codetermina la frecuencia y la mortalidad de los abortos inseguros<sup>6</sup>. En Sudáfrica, un cambio en la legislación amplió el acceso de las mujeres a una nutrida gama de opciones para la prevención y el tratamiento de los embarazos no deseados, lo que supuso un descenso del 91% en las defunciones relacionadas con abortos<sup>7</sup>. Las políticas públicas pueden anticiparse a futuros problemas. En Bangladesh, por ejemplo, los ciclones de gran intensidad y las inundaciones se cobraron 240 000 vidas en 1970. Gracias a los programas de preparación para emergencias y a los programas multisectoriales de reducción

del riesgo, el número de muertos tras tormentas de intensidad similar o mayor descendió a 138 000 personas en 1991 y a 4500 personas en 2007<sup>8,9,10</sup>.

En los 23 países en desarrollo que soportan el 80% de la carga mundial de enfermedades crónicas, si los fabricantes decidieran reducir voluntariamente el contenido en sal de los alimentos preparados y se emprendiera una

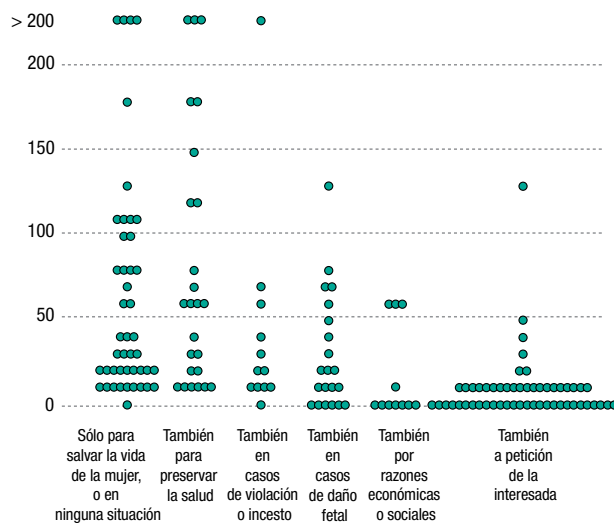
### Recuadro 4.1 Movilización de recursos sociales para la salud en Cuba<sup>14,15,16</sup>

En Cuba, la esperanza media de vida al nacer es la segunda más alta de las Américas: en 2006 se cifró en 78 años, y sólo 7,1 de cada 1000 niños murieron antes de cumplir los cinco años. Los indicadores educativos de los niños pequeños se encuentran entre los mejores de América Latina. Cuba ha logrado estos resultados pese a sus importantes dificultades económicas – incluso hoy, el PIB per cápita es de apenas \$ 4500. El éxito de Cuba en lo relativo a garantizar el bienestar infantil refleja su compromiso con la acción nacional de salud pública y la acción intersectorial.

El desarrollo de recursos humanos para la salud ha sido una prioridad nacional. En la población cubana, la proporción de médicos es superior a la de cualquier otro país. La formación del personal de atención primaria se interesa específicamente por los determinantes sociales de la salud. Los profesionales se incorporan a equipos multidisciplinares de establecimientos de atención primaria integral en los que se responsabilizan de la salud de una población definida geográficamente y prestan asistencia curativa y preventiva. Trabajan en estrecho contacto con sus comunidades, servicios sociales y escuelas, y revisan la salud de todos los niños dos veces al año con los profesores. Además, colaboran con organizaciones como la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y con instancias políticas, contactos que les proporcionan los medios para actuar sobre los determinantes sociales de la salud en sus comunidades.

La política nacional cubana también ha dado prioridad a la inversión en el desarrollo infantil temprano. Existen tres programas educativos preescolares opcionales que, en conjunto, son seguidos por casi el 100% de los menores de seis años. En ellos, el cribado de los trastornos del desarrollo facilita la intervención precoz. Cuando se identifican niños con necesidades especiales, ellos y sus familias reciben atención individual por parte de equipos multidisciplinares que comprenden tanto especialistas sanitarios como educativos. En Cuba, la política nacional no ha sucumbido al falso dilema de invertir en la fuerza laboral médica o actuar sobre los determinantes sociales de la salud. En lugar de ello ha promovido la cooperación intersectorial para mejorar la salud por medio de una sólida estrategia preventiva. En apoyo de esta política, se ha adiestrado a una nutrida fuerza de trabajo para que sea competente en la atención clínica, trabajando como un elemento activo de la comunidad atendida.

**Figura 4.1** Defunciones atribuibles a abortos inseguros por 100 000 nacimientos, por supuestos legales del aborto<sup>8,12,13</sup>



<sup>a</sup>Cada punto representa un país.

campana mediática sostenida animando a cambiar el régimen alimenticio, con una reducción del 15% de la sal de la dieta se podrían salvar 8,5 millones de vidas en un decenio. La aplicación de cuatro medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco (aumento de los impuestos sobre el tabaco; prohibición de fumar en el lugar de trabajo; envasado, etiquetado y campañas de sensibilización sobre los riesgos para la salud conformes al Convenio, y prohibición general de la publicidad, la promoción y el patrocinio) podría salvar otros 5,5 millones de vidas más en un decenio<sup>17</sup>. Como sucede a menudo cuando se tienen en cuenta los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad, las mejoras dependen de una colaboración fructífera entre el sector de la salud y otros sectores.

### Políticas sistémicas ajustadas a los objetivos de la APS

Cada vez se tiene mayor conciencia de que, cuando hay componentes del sistema de salud que funcionan mal o están desajustados, el desempeño global se resiente. Denominados a veces «funciones básicas»<sup>17</sup> o «elementos constitutivos»<sup>18</sup>, los componentes de los sistemas de salud comprenden las infraestructuras, los recursos humanos, la información, las tecnologías y la financiación, y todos ellos repercuten en la prestación de servicios. No se ajustan de manera espontánea o sencilla a la orientación prevista para las reformas de la APS que promueven la atención primaria y la cobertura universal: lograr ese ajuste exige adoptar medidas normativas explícitas e integrales.

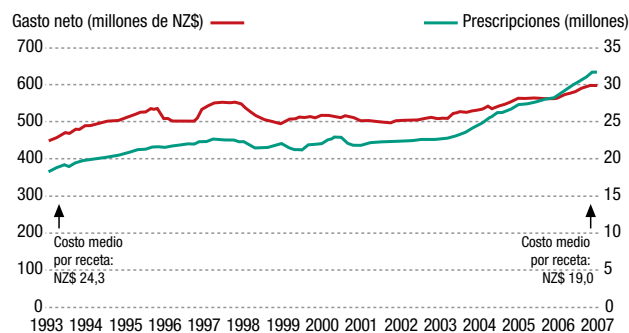
La experiencia en la promoción de los medicamentos esenciales ha arrojado luz sobre las oportunidades y los obstáculos para instaurar unas políticas sistémicas eficaces en pro de la APS. Desde que la OMS estableció la *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales* en 1977, ésta se ha convertido en un estímulo fundamental para la elaboración de políticas nacionales de medicamentos. Más del 75% de los 193 Estados Miembros de la OMS declaran disponer de una lista nacional de medicamentos esenciales, y más de cien países han elaborado una política nacional sobre medicamentos. Las encuestas revelan que estas políticas han logrado que se tenga acceso a medicamentos más baratos y seguros y que se haga un uso más racional de ellos<sup>19,20</sup>. Esta política en concreto se ha diseñado con éxito

para apoyar la APS y ofrece enseñanzas sobre la manera de afrontar los desafíos transversales planteados por las eficiencias de escala y la codependencia de los sistemas. Sin estas medidas, los costos en salud se disparan: cada día mueren casi 30 000 niños por enfermedades que podrían haberse tratado fácilmente si se hubiera tenido acceso a medicamentos esenciales<sup>21</sup>.

Las políticas farmacéuticas muestran cómo pueden explotarse las eficiencias de escala de las organizaciones. La seguridad, la eficacia y la calidad de la atención tienen rasgos universales que permiten someterlas a normas internacionales acordadas a nivel mundial. La opción de que las autoridades nacionales adopten y adapten esas normas mundiales es mucho más eficiente que la de que cada país invente las suyas propias. Los mecanismos nacionales de toma de decisiones y de adquisición pueden así propiciar una selección de medicamentos racional y basada en la costoeficacia, y reducir los costes mediante la realización de compras a granel. La figura 4.2 muestra cómo, en Nueva Zelanda, la supervisión centralizada de la adquisición y subvención de los medicamentos mejoró significativamente el acceso a medicamentos esenciales al tiempo que redujo el precio medio de la receta. A una escala más amplia, mecanismos transnacionales como el empleado por el UNICEF para la adquisición internacional de vacunas, el Fondo Rotatorio de la OPS y el Servicio Farmacéutico Mundial para el tratamiento de la tuberculosis permiten ahorros considerables y garantías de calidad que los países difícilmente pueden negociar por sí solos<sup>22,23,24,25</sup>.

Una segunda enseñanza fundamental de la experiencia con las políticas de medicamentos

**Figura 4.2** Gasto farmacéutico anual y número de recetas dispensadas en Nueva Zelanda desde la creación de la Agencia de Gestión Farmacéutica en 1993<sup>26</sup>





esenciales es que, si se mantiene aislada, una política no puede pretender ser aplicada de manera efectiva. En su formulación deben identificarse los otros elementos del sistema (financiación, información, infraestructuras o recursos humanos) de los que depende su aplicación. Los mecanismos de adquisición de productos farmacéuticos, por ejemplo, obligan a considerar factores importantes para las políticas de financiación de los sistemas: son interdependientes. Del mismo modo, las cuestiones de recursos humanos relacionadas con la educación de los consumidores y con la formación y las condiciones de trabajo de los proveedores tienden a ser determinantes clave de la utilización racional de los medicamentos.

Las políticas de recursos humanos de los sistemas han sido durante mucho tiempo un área desatendida y uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los sistemas de salud<sup>27</sup>. La constatación de que para lograr los ODM relacionados con la salud es preciso corregir el masivo déficit de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos ha dirigido por fin la atención a un área hasta ahora descuidada. Por otra parte, el dato de que cada vez se depende más de los trabajadores sanitarios migrantes para hacer frente a la escasez de estos profesionales en los países de la OCDE resalta el hecho de que las políticas de un país pueden repercutir considerablemente en las de otro. Las decisiones que toman – o no logran tomar – los países pueden tener importantes consecuencias a largo plazo. Los recursos humanos para la salud representan el insumo indispensable para la aplicación efectiva de las reformas en pro de la atención primaria y la cobertura universal, así como la personificación de los valores que definen la APS. Sin embargo, en ausencia de una decisión explícita de orientar las políticas relativas a la fuerza laboral sanitaria según los objetivos de la APS, las fuerzas del mercado que operan en el sistema de atención de salud impulsarán a los trabajadores sanitarios hacia una mayor subespecialización en instituciones de atención terciaria, cuando no hacia la migración a las grandes ciudades o a otros países. Por otra parte, las decisiones de políticas basadas en la APS se centran en el personal disponible para ampliar la cobertura a zonas insuficientemente atendidas y grupos de población desfavorecidos, de lo que son ejemplo

la expansión de 11 grupos profesionales prioritarios en Malasia, la formación de 30 000 extensionistas sanitarios en Etiopía, los incentivos a los trabajadores sanitarios en Zambia para que prestaran servicio en zonas rurales, las 80 000 trabajadoras sanitarias (*Lady Health Workers*) en el Pakistán, o la delegación de funciones en el caso de la atención a los pacientes con VIH. Estas políticas dirigen las inversiones hacia la creación de equipos de atención primaria destinados a ser los centros neurálgicos del sistema sanitario basado en la APS: los 80 000 trabajadores sanitarios de los 30 000 equipos de salud familiar del Brasil o el reciclaje de más de 10 000 enfermeras y médicos en Turquía. Además, estas políticas requieren incentivos económicos y de otro tipo para competir eficazmente por los escasos recursos humanos, como ocurre en el Reino Unido, donde se han adoptado medidas para que el ejercicio profesional en atención primaria sea económicamente competitivo respecto a la especialización.

La actividad principal de los ministerios de salud y otras autoridades públicas consiste en aplicar en los diversos elementos constitutivos del sistema sanitario el conjunto de medidas y mecanismos necesarios para alcanzar sus metas en materia de salud. Cuando un país opta por basar su sistema sanitario en la APS, es decir, cuando empieza a poner en marcha reformas de la atención primaria y la cobertura universal, todas sus políticas sistémicas han de ajustarse a esas reformas, no sólo las relativas a los modelos de prestación de servicios o de financiación. Es posible elaborar políticas sistémicas que no tengan en cuenta la agenda de la APS, como también es posible ajustar las políticas en vigor a la APS, pero si se opta por ésta la aplicación efectiva no admite medias tintas: ninguno de los elementos constitutivos del sistema sanitario quedará intacto.

## Políticas de salud pública

### Adecuación de los programas sanitarios prioritarios a la APS

En el sector de la salud, gran parte de las intervenciones se centran en enfermedades concretas con una alta carga de morbilidad, como el VIH/SIDA, o en etapas del ciclo vital, como la infancia; son los denominados problemas de

salud prioritarios. Los programas sanitarios diseñados para abordar estas prioridades son a menudo integrales en la medida en que fijan normas, ofrecen visibilidad y garantía de la calidad, y comprenden toda una gama de puntos de acceso para hacer frente a aquéllas a nivel local, nacional o regional. Según se formulen, las respuestas a esos problemas de salud prioritarios pueden reforzar o debilitar la APS<sup>28</sup>.

En 1999, por ejemplo, el Departamento de Atención Primaria de la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP) preparó un plan para capacitar a sus miembros en la atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) y adaptar esa estrategia a las características epidemiológicas regionales<sup>29</sup>. Pese a haber impartido un curso de formación inicial, la SBP advirtió luego a los pediatras que la AIEPI no suplía la atención pediátrica tradicional y podría violar los derechos básicos de los niños y adolescentes. Más tarde, se opuso a la delegación de tareas al personal de enfermería, que forma parte de los equipos multidisciplinarios de Salud Familiar, columna vertebral de la política de APS del Brasil. Finalmente, la SBP intentó recuperar la atención a los niños y adolescentes como responsabilidad exclusiva de los pediatras argumentando que con ello se garantizaba una atención de óptima calidad.

La experiencia adquirida con los programas de salud prioritarios muestra que la forma en que están diseñados marca la diferencia: tratar de poner en pie todo un conjunto de reformas de la APS en torno a los requisitos particulares de una sola enfermedad genera grandes ineficiencias. Ahora bien, lo contrario es igualmente cierto. En efecto, se ha dicho que el SIDA es una metáfora de todo lo que aqueja a los sistemas de salud y a la sociedad en general<sup>30</sup>, y la respuesta mundial a la pandemia de VIH puede considerarse también en muchos aspectos una guía para la APS. Desde sus inicios se ha fundado firmemente en los derechos y la justicia social<sup>31</sup>. Sus vínculos con grupos de alto riesgo a menudo marginados y desfavorecidos y su preocupación por la estigmatización han dado origen a actividades concertadas dirigidas a garantizar los derechos de dichos grupos al empleo, los servicios sociales y la atención sanitaria. Los esfuerzos por expandir los servicios para ajustarse a las metas del acceso universal han contribuido a poner de manifiesto las graves limitaciones que

acarrea la crisis de la fuerza de trabajo. El reto de proporcionar tratamiento durante toda la vida en entornos con recursos limitados ha inspirado innovaciones, como un despliegue más eficaz del escaso personal disponible por medio de la «delegación de funciones», el uso de «defensores de los pacientes»<sup>32</sup> y la inesperada instauración de las historias clínicas electrónicas. Lo más importante es que la adopción de fórmulas basadas en la continuidad asistencial aplicada al VIH/SIDA, que se extiende desde la prevención hasta el tratamiento y los cuidados paliativos, ha contribuido a reactivar y reforzar aspectos fundamentales de la atención primaria, como la integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona<sup>32</sup>.

### Iniciativas de salud pública de ámbito nacional

Aunque es esencial que los equipos de atención primaria aspiren a mejorar la salud de las poblaciones en el ámbito local, esta labor puede ser de escasa utilidad si, a nivel nacional y mundial, los responsables de las políticas no impulsan medidas de política pública más generales, fundamentales para modificar los hábitos alimentarios e influir en los determinantes sociales de la salud. Dichas medidas rara vez son aplicables únicamente en el contexto de las políticas locales. Las áreas clásicas en las que pueden resultar beneficiosas unas medidas de salud pública que trasciendan la escala local comprenden: la modificación de los comportamientos y los estilos de vida individuales; el control y la prevención de enfermedades; la higiene y los determinantes de la salud más generales, y la prevención secundaria, incluido el cribado de enfermedades<sup>33</sup>. Ello supone medidas como enriquecer el pan con ácido fólico, gravar el alcohol y el tabaco, y garantizar la inocuidad de los alimentos y la seguridad de los bienes de consumo y las sustancias tóxicas. Estas intervenciones de salud pública a escala nacional y transnacional pueden salvar millones de vidas. Se estima que la eliminación de los principales factores de riesgo de enfermedad, cosa técnicamente posible, reduciría las muertes prematuras en un 47% y alargaría en 9,3 años la esperanza de vida sana mundial<sup>34</sup>. Sin embargo, como ocurre con los programas prioritarios comentados anteriormente, las correspondientes políticas de salud pública deben diseñarse de manera que refuercen las reformas de la APS.



No todas estas intervenciones de salud pública mejorarán, por ejemplo, la equidad. Las actividades de promoción de la salud dirigidas a comportamientos de riesgo individuales, como las campañas de educación sanitaria para combatir el tabaquismo, la mala alimentación o el sedentarismo, a menudo han agravado involuntariamente las desigualdades. En ocasiones, las diferencias de origen socioeconómico en la aplicación de intervenciones de salud pública generales no sólo acarrearán un aumento de las inequidades en salud, sino también la culpabilización de las víctimas para explicar el fenómeno<sup>35</sup>. Sin embargo, unas políticas de salud pública bien diseñadas pueden reducir las inequidades tanto mejorando la salud de toda la población como dando prioridad explícitamente a grupos con problemas de salud<sup>36</sup>. La evidencia a favor de dar prioridad a las políticas públicas que reduzcan las inequidades es cada vez más abundante, gracias sobre todo al trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (recuadro 4.2)<sup>37</sup>.

### Capacidad de respuesta rápida

Aunque las reformas de la APS hacen hincapié en la importancia de la implicación participativa y deliberativa de diversos interesados, las catástrofes humanitarias y los brotes epidémicos exigen una capacidad de respuesta rápida que es crucial para afrontar eficazmente el problema y un imperativo absoluto para mantener la confianza de la población en su sistema de salud. Puede ser vital declarar cuarentenas o prohibiciones de viajes, secuenciar rápidamente el genoma de un nuevo agente patógeno para mejor diseñar vacunas o tratamientos, o movilizar sin demora a trabajadores y centros sanitarios. Aunque ante una «emergencia» se suele contar con la necesaria buena voluntad y flexibilidad de esos diversos actores para darle respuesta, es más probable que ésta sea eficaz si se ha invertido seriamente en la preparación<sup>38</sup>.

Las actividades mundiales relacionadas con la amenaza de una pandemia de gripe aviar (H5N1) ofrecen elementos interesantes para comprender cómo podrían los valores de la APS relacionados con las reformas en pro de la equidad, la cobertura universal y la atención primaria orientar las políticas que fundamenten la preparación y la respuesta. En el caso de la respuesta a la gripe estacional y la gripe pandémica, 116 laboratorios

nacionales de gripe y cinco laboratorios de centros colaboradores internacionales se intercambian virus de la gripe en el marco de un sistema iniciado por la OMS hace más de 50 años. El sistema se aplicó para identificar nuevas amenazas de virus pandémicos y optimizar la preparación anual de una vacuna contra la gripe estacional que se utiliza fundamentalmente en los países industrializados. El hecho de que las zoonosis

### Recuadro 4.2 Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud<sup>37</sup>

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), iniciativa de tres años de duración emprendida en 2005, estaba encargada de elaborar recomendaciones con base científica para actuar sobre los determinantes sociales con el propósito de reducir las inequidades en salud. La Comisión reunió una colección de materiales sin precedentes para orientar este proceso, obtenida a partir de redes de conocimiento temáticas, experiencias de la sociedad civil, asociados de los países y departamentos de la OMS. El informe final de la CDSS contiene unas recomendaciones muy detalladas, organizadas en torno a las tres recomendaciones generales siguientes.

#### 1. Mejorar las condiciones de vida

Es fundamental mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, las condiciones en las que nacen los niños, el desarrollo de la primera infancia y la educación para las niñas y los niños, las condiciones de vida y trabajo, las políticas de protección social y las condiciones para una ancianidad próspera.

#### 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Para combatir la inequidad sanitaria hay que atajar las inequidades asociadas al modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que hay que fortalecer la gobernanza, incluidos una sociedad civil más fuerte y un sector privado responsable. En todos los niveles se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad.

#### 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Es fundamental reconocer el problema de la inequidad sanitaria y conseguir que se determine su magnitud a nivel nacional y mundial. Se necesitan sistemas nacionales e internacionales de vigilancia de la equidad sanitaria que permitan hacer un seguimiento sistemático de las inequidades sanitarias y los determinantes sociales de la salud, y evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Es preciso, asimismo, formar a los responsables de formular las políticas y los profesionales sanitarios, mejorar el conocimiento público de los determinantes sociales de la salud, y dar mayor cabida a éstos en las investigaciones.



humanas se concentren sobre todo en el mundo en desarrollo, unido al espectro de una pandemia mundial asociada a las cepas H5N1 del virus de la gripe, ha determinado que el interés por la gripe se extienda ahora a los países en desarrollo, y el tradicional sistema publicoprivado de producción de la vacuna de la gripe e intercambio de virus se está reconsiderando muy detenidamente. La esperanza de los países en desarrollo de lograr un acceso equitativo a la protección, incluido el acceso a antivirales y vacunas asequibles en caso de pandemia, está incidiendo en el fortalecimiento de la capacidad nacional y mundial: desde la vigilancia y los laboratorios hasta la transferencia de capacidad para la formulación y producción de vacunas, y la capacidad de almacenar reservas. En definitiva, la respuesta más equitativa es la más eficaz, y sólo de la participación de múltiples interesados en este proceso mundial de negociación puede surgir una capacidad de respuesta rápida de la máxima eficacia.

## Hacia la salud en todas las políticas

La salud de las poblaciones no es un mero producto de las actividades del sector sanitario, ya se trate de intervenciones de atención primaria o de medidas de salud pública de ámbito nacional. Está determinada en gran medida por factores sociales y económicos y, consiguientemente, por políticas y acciones ajenas al sector sanitario. Los cambios en el lugar de trabajo, por ejemplo, pueden tener diversas consecuencias para la salud (cuadro 4.1).

Confrontadas a estos fenómenos, es probable que las autoridades sanitarias perciban al sector como impotente para hacer nada que no sea tratar de mitigar las consecuencias. No puede, por sí solo, redefinir relaciones laborales o acuerdos sobre desempleo. Tampoco tiene potestad para aumentar los impuestos sobre el alcohol, imponer normas técnicas para los vehículos de motor o regular la migración rural y el desarrollo de los barrios de tugurios, aunque todas estas medidas podrían reportar beneficios sanitarios. Por ejemplo, una buena gobernanza urbana es capaz de elevar a 75 años o más la esperanza de vida, que con una mala gobernanza apenas alcanza los 35 años<sup>39</sup>. Por lo tanto, es importante que el sector sanitario se asocie a otros sectores, no sólo con objeto de obtener su colaboración para hacer frente a los problemas de salud prioritarios

ya identificados, como es el caso de las intervenciones de salud pública bien diseñadas, sino también para garantizar que se reconozca a la salud como uno de los resultados socialmente valorados de todas las políticas.

Esa acción intersectorial era un principio fundamental de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, los ministerios de salud de muchos países han tenido que luchar para coordinarse con otros sectores o ejercer su influencia más allá del sistema sanitario del que son oficialmente responsables. Un obstáculo importante para cosechar los frutos de la acción intersectorial ha sido que en el sector sanitario se tiende a considerar esa colaboración como «un intento fundamentalmente simbólico de conseguir que otros sectores ayuden a los servicios [de salud]»<sup>40</sup>. Con frecuencia la acción intersectorial no se centra en mejorar las políticas de otros sectores, sino en instrumentalizar sus recursos: por ejemplo, movilizándolo a los maestros para que ayuden a distribuir mosquiteros o a los agentes de policía para que localicen a incumplidores del tratamiento antituberculoso, o utilizando los medios de transporte del ministerio de agricultura para la evacuación urgente de enfermos.

Un «enfoque pangubernamental» dirigido a incluir la «salud en todas las políticas» se rige por una lógica diferente<sup>41,42</sup>. No parte de un problema de salud específico y estudia cómo pueden contribuir otros sectores a resolverlo, como sería el caso, por ejemplo, de las enfermedades relacionadas con el tabaco, sino que empieza por estudiar los efectos de las políticas agrarias, educativas, medioambientales, fiscales, de vivienda, de transporte y de otro tipo sobre la salud, y seguidamente intenta trabajar con esos sectores para que, al tiempo que contribuyen al bienestar y la riqueza, sus políticas contribuyan también a la salud<sup>5</sup>.

Otras políticas, tanto del sector público como del privado, pueden tener importancia para la salud desde dos perspectivas.

■ Algunas pueden tener consecuencias adversas para la salud (cuadro 4.1). A menudo, dichas consecuencias se identifican a posteriori, como ocurre con los efectos perjudiciales de la contaminación atmosférica o industrial. Sin embargo, en muchos casos, también es posible preverlas o detectarlas en fases tempranas. Los responsables de la toma de decisiones en



**Cuadro 4.1** Efectos adversos de los cambios de situación laboral en la salud<sup>5</sup>

Efectos adversos del desempleo en la salud	Efectos adversos de las reestructuraciones en la salud	Efectos adversos de las situaciones laborales atípicas en la salud
Tensión arterial alta	Menor satisfacción laboral, menor compromiso con la organización y más estrés	Mayores tasas de lesiones y enfermedades profesionales que entre los trabajadores con empleos estables a tiempo completo
Aumento de la depresión y la ansiedad	Percepción de injusticia en los procesos de reducción de plantilla	Alto grado de estrés, baja satisfacción laboral y otros factores negativos para la salud y el bienestar
Aumento de las visitas a médicos generales	Los sobrevivientes se enfrentan a nuevas tecnologías y métodos de trabajo, a nuevas condiciones físicas y psicológicas (menos autonomía, mayor intensidad de trabajo, cambios en las relaciones sociales, cambios en los contratos de trabajo y cambios del comportamiento personal)	Más frecuentes en los subsectores de servicios de distribución y personales, en los que las personas suelen tener menores niveles de instrucción y cualificación
Aumento de los síntomas de enfermedad coronaria		Baja proporción de trabajadores con derecho a indemnizaciones laborales y baja tasa de reclamaciones por parte de los que están cubiertos
Peor salud mental y más estrés		Aumento de los riesgos para la salud ocupacional debido a la intensificación del trabajo motivada por presiones económicas
Aumento de la morbilidad psíquica y de las consultas médicas		Deficiencias en la formación y la comunicación debido a la desorganización institucional y a la falta de regulación
Peor estado de salud autonotificado y aumento del número de problemas de salud		Incapacidad de los trabajadores para organizar su propia protección
Aumento de los problemas familiares, en particular de las dificultades económicas	Cambios de las relaciones psicológicas y pérdida del sentimiento de confianza	Las reclamaciones por dolencias traumáticas acumulativas son difíciles de demostrar, debido a la movilidad de los trabajadores
	Estrés prolongado con signos fisiológicos y psicológicos	Disminución de la capacidad para mejorar las condiciones de vida debido a la imposibilidad de obtener créditos, encontrar alojamiento, negociar prestaciones por jubilación o recibir formación
		Menor interés por las cuestiones ambientales y por la salud y seguridad en el trabajo

otros sectores pueden desconocer las consecuencias de dichas decisiones, en cuyo caso la colaboración con ellos, teniendo debidamente en cuenta las metas y los objetivos de los demás sectores, puede ser el primer paso para reducir al mínimo los efectos perjudiciales sobre la salud.

- Las políticas públicas formuladas por otros sectores (sobre educación, igualdad de género e inclusión social) pueden contribuir positivamente a la salud por cauces también insospechados para dichos sectores. Es posible potenciar sus efectos persiguiendo con mayor determinación esos resultados sanitarios positivos como parte integrante de la política. Por ejemplo, una política de igualdad de género

sin más objetivo que ése puede redundar sin embargo en beneficios sanitarios, a menudo más importantes de lo previsto por sus proponentes. Al colaborar para aportar un mayor reconocimiento formal a estos resultados, la propia política de igualdad de género se ve reforzada, y las sinergias mejoran los resultados sanitarios. En ese caso el objetivo de la colaboración intersectorial es fortalecer las sinergias.

El hecho de no colaborar con otros sectores no está exento de consecuencias. Afecta al desempeño de los sistemas de salud y, en particular, a la atención primaria. Por ejemplo, el programa marroquí de lucha contra el tracoma se basó

tanto en unos altos niveles de movilización comunitaria como en una colaboración eficaz con los ministerios de educación, de interior y de asuntos locales que resultó ser la clave para lograr la eliminación del tracoma<sup>43</sup>. Por el contrario, también en Marruecos, el programa de lucha antituberculosa no logró establecer lazos con las actividades de desarrollo urbano y reducción de la pobreza y, en consecuencia, su desempeño ha sido decepcionante<sup>44</sup>. Ambos fueron administrados por el mismo Ministerio de Salud y aplicados por personal con medios similares que trabajó sujeto a limitaciones de recursos análogas, pero con estrategias diferentes.

No lograr la colaboración con otros sectores tiene otra consecuencia, a saber, que las enfermedades evitables no se evitan. En el barrio de NGagne Diaw de Thiaroye-sur-Mer (Dakar, Senegal), la población se gana la vida reciclando informalmente baterías de plomo. Las autoridades no parecían muy preocupadas por la situación hasta que un grupo de muertes infantiles inexplicadas impulsaron una investigación. Se descubrió que la zona estaba contaminada con plomo, y que los hermanos y las madres de los niños muertos tenían concentraciones sumamente altas de plomo en la sangre. Ahora se necesitan importantes inversiones para hacer frente a las consecuencias sanitarias y sociales y para descontaminar la zona afectada, incluidos los hogares. Lamentablemente, antes de que se produjera este grupo de fallecimientos el sector de la salud no había considerado prioritario trabajar con otros sectores para intentar evitar esta situación<sup>45</sup>.

Cuando la colaboración intersectorial tiene éxito, los beneficios para la salud pueden ser considerables, aunque las muertes evitadas destacan menos que las vidas perdidas. Por ejemplo, en Francia, la presión de la sociedad civil y los profesionales condujo a formular una estrategia multifacética de gran resonancia para mejorar la seguridad vial, que pasó a ser considerada un problema social y político que era preciso afrontar (y no un tema que incumbiera principalmente al sector sanitario). Varios sectores colaboraron en un esfuerzo sostenido cuyo objetivo fue reducir los accidentes de tránsito y que contó con un respaldo político de alto nivel; se hizo un seguimiento de los progresos al que se dio mucha publicidad y se logró reducir las víctimas mortales hasta en un 21% anual<sup>46</sup>. Los beneficios que para la salud

y la equidad sanitaria tiene el hecho de trabajar para incluir la salud en todas las políticas se han puesto de manifiesto en programas como «Ciudades y Municipios Saludables», «Ciudades Sostenibles» y «Ciudades sin Tugurios», con enfoques integrados que van desde la participación en las sesiones presupuestarias y los mecanismos de responsabilización social a la recogida de datos y la intervención ambiental<sup>47</sup>.

En las sociedades contemporáneas se tiende a fragmentar los problemas sanitarios entre diversas subinstancias que se ocupan de aspectos concretos de la salud o los sistemas sanitarios, y la capacidad de reunir los diversos elementos de las políticas públicas que inciden en la salud está subdesarrollada. Incluso en un contexto con abundantes recursos, como es la Unión Europea, el desarrollo de la base institucional necesaria para ello sigue siendo insuficiente<sup>48</sup>. A los ministerios de salud les corresponde un papel primordial en la creación de esa base, que es una de las estrategias fundamentales para progresar en la tarea de abordar los determinantes socioeconómicos de las enfermedades<sup>49</sup>.

### ¿Por qué se invierte poco?

Pese a los beneficios y al relativo bajo costo de unas políticas públicas mejores, su potencial sigue estando en gran medida infrautilizado en todo el mundo. Un ejemplo muy llamativo es que sólo el 5% de la población mundial vive en países con una prohibición general de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, pese a la probada eficacia de la medida en la reducción de los riesgos para la salud, riesgos que se cobrarán mil millones de vidas en este siglo<sup>50</sup>.

El sector sanitario ha procedido de manera muy poco sistemática para mejorar las políticas públicas, basándose en datos fragmentarios y tomando decisiones erráticas, y ello se debe en gran medida a que la comunidad sanitaria apenas se ha esforzado en reunir y difundir esos datos. Pese a los progresos logrados en los últimos años, sigue siendo difícil encontrar información sobre la eficacia de intervenciones dirigidas, por ejemplo, a corregir inequidades sanitarias; y, cuando existe, sólo un círculo privilegiado de expertos tiene acceso a ella. Por consiguiente, la falta de información y pruebas científicas es una de las explicaciones de la escasa inversión.



Sin embargo, lo cierto es que, incluso para decisores políticos bien informados, muchas medidas de política pública están prácticamente destinadas a resultar impopulares: ya se trate de reducir el número de camas hospitalarias, de imponer el uso del cinturón de seguridad, de sacrificar aves de corral o de gravar el alcohol, es previsible que haya opositores y que a diario surjan controversias. Otras decisiones tienen tan poca visibilidad (por ejemplo, las medidas que garantizan la seguridad de la cadena de producción de alimentos) que su rédito político es escaso. Puede ser fácil llegar a un consenso sobre medidas severas en un momento de crisis, pero es bien sabido que la atención de la opinión pública se disipa rápidamente. Los políticos suelen dar preferencia a políticas que cosechan resultados en el plazo de ciclos electorales de entre dos y cuatro años y, por consiguiente, infravaloran las actividades cuyos beneficios, como los relacionados con la protección del medio ambiente o el desarrollo infantil temprano, se acumulan a lo largo de periodos de entre 20 y 40 años. Si la impopularidad desincentiva obstinadamente el compromiso político, similar efecto tiene la oposición activa de grupos de defensa de intereses que cuentan con abundantes recursos. Un claro ejemplo son los esfuerzos de la industria tabacalera por limitar el control del tabaco. Un rechazo parecido se observa ante la regulación de los residuos industriales y de la comercialización de alimentos para niños. Esos obstáculos a la orientación de las políticas públicas son reales y deben encararse de manera sistemática (véase el recuadro 4.3).

Estos desincentivos del compromiso político se ven agravados por la dificultad de coordinar las actividades en múltiples instituciones y sectores. Muchos países tienen una capacidad institucional limitada para hacerlo y, muy a menudo, no disponen de suficientes profesionales capaces de afrontar el trabajo que supone. La gestión de crisis, los horizontes de planificación a corto plazo, la falta de pruebas científicas comprensibles, los acuerdos intersectoriales confusos, los intereses creados y los errores de dirección del sector de la salud subrayan la necesidad de unas reformas integrales de las políticas para hacer realidad el potencial de la acción de salud pública. Afortunadamente, existen oportunidades prometedoras que es posible aprovechar.

## Oportunidades de mejora de las políticas públicas

### Información y evidencia de mejor calidad

Aunque hay sólidos indicios de que unas políticas públicas mejores pueden reportar enormes beneficios, la evidencia disponible sobre sus resultados y su costoeficacia es llamativamente escasa<sup>52</sup>. Conocemos bien la relación entre ciertos comportamientos – el tabaquismo, la alimentación, el ejercicio físico, etc. – y los resultados sanitarios, pero conocemos mucho menos la manera de lograr cambios de comportamiento de forma sistemática y sostenible a nivel poblacional. Incluso en contextos con abundancia de recursos los obstáculos son muchos: la escala temporal para el logro de resultados, la complejidad de la causalidad multifactorial de las enfermedades y de los efectos de las intervenciones, la falta de datos, los problemas metodológicos (entre ellos las dificultades para aplicar los criterios ampliamente aceptados que se emplean en la evaluación de métodos clínicos) y las diferentes perspectivas de los múltiples interesados participantes. La vigilancia de las enfermedades infecciosas está mejorando, pero la información sobre las enfermedades crónicas y sus determinantes o sobre las inequidades sanitarias es fragmentaria y, a menudo, poco sistemática. En muchos países, incluso los elementos básicos para estudiar la salud de la población y la recopilación de estadísticas sobre nacimientos y defunciones o sobre enfermedades son deficientes (recuadro 4.4)<sup>53</sup>.

Sin embargo, en los últimos 30 años se ha producido un salto cualitativo en la producción de pruebas para la medicina clínica gracias a iniciativas colectivas como la Colaboración Cochrane y la Red Internacional de Epidemiología Clínica<sup>56,57</sup>. Es posible lograr avances similares en la generación de evidencia sobre las políticas públicas, si bien esas actividades son todavía muy preliminares en comparación con los enormes recursos de que disponen las investigaciones en otras áreas de la salud, por ejemplo en tecnologías médicas de diagnóstico y tratamiento. Con todo, un indicio de progreso es que los responsables de políticas utilizan cada vez más las revisiones sistemáticas<sup>58,59</sup>.

Hay dos opciones para fortalecer considerablemente el acervo de conocimientos.

- **Acelerar la organización de revisiones sistemáticas de las intervenciones fundamentales y su evaluación económica.** Una forma de hacerlo es ampliar las competencias de los organismos de evaluación de la tecnología sanitaria para que incluyan la evaluación de

las intervenciones de salud pública y la manera de aplicarlas, ya que con ello se haría uso de las capacidades institucionales existentes con recursos segregados del resto (*ring-fenced*). Las nuevas redes de colaboración, como la Campbell Collaboration<sup>60</sup>, pueden actuar como catalizadores y sacar provecho de la ventaja

### Recuadro 4.3 Cómo tomar decisiones de política pública impopulares<sup>57</sup>

En el Séptimo Foro del Futuro de altos directivos sanitarios, organizado en 2004 por la Oficina Regional para Europa de la OMS, se debatieron las dificultades con que pueden tropezar los decisores a la hora de tomar decisiones de políticas impopulares. Una decisión popular suele ser consecuencia de una amplia demanda de la población; una decisión impopular a menudo no responde a expectativas de la población claramente expresadas, pero se toma porque el ministro sabe que es la medida correcta para lograr beneficios sanitarios y mejorar la calidad. Por lo tanto, en el caso de una decisión potencialmente impopular no se debe intentar hacerla popular, sino comprensible y, por ende, aceptable. Aumentar la popularidad de las decisiones no es un ejercicio teórico: requiere un respaldo real. En el caso de medidas que probablemente vayan a resultar impopulares, los participantes en el foro convinieron en que es aconsejable que los directivos sanitarios apliquen algunas de las recomendaciones siguientes.

*Hablar de salud y mejora de la calidad:* la salud es el área básica de conocimientos y competencias, por lo que se debe empezar por explicar de qué forma la decisión mejorará la calidad de la salud y la atención sanitaria. Puede resultar útil evitar los argumentos no sanitarios de difícil promoción; por ejemplo, si hay que cerrar hospitales, es mucho mejor hablar de mejora de la calidad de la atención que de contención de costos.

*Ofrecer compensaciones:* explicar qué recibirán las personas para compensar lo que tendrán que ceder. Ofrecer algunos beneficios en otros sectores o en otros servicios; equilibrar las noticias buenas y las malas para elaborar una interpretación de la decisión en la que todos ganen.

*Ser firmes en la aplicación:* las autoridades sanitarias deben abstenerse de presentar una medida mientras no estén resueltas a aplicarla.

*Ser transparentes:* explicar quién toma la decisión y lo que está en juego tanto para los implicados como para los afectados. Enumerar a todos los interesados e indicar si su implicación tiene carácter negativo.

*Evitar las decisiones aisladas:* diseñar y proponer las decisiones como parte de un plan o estrategia general.

*Elegir el momento oportuno:* antes de adoptar una decisión es esencial dedicar tiempo suficiente a preparar y elaborar un buen plan; una vez listo, probablemente la mejor opción sea actuar con rapidez para aplicarlo.

*Implicar a todos los grupos:* incorporar al debate tanto a los grupos desfavorecidos como a los que se beneficiarán de la decisión. Diversificar el enfoque.

*No esperar el apoyo de los medios de comunicación* por el mero hecho de que la decisión sea la correcta desde el punto de vista de los beneficios sanitarios. No se puede esperar que los medios sean siempre neutrales o favorables; con frecuencia se suman al debate arrastrados por los opositores a la medida. Hay que prever que se tendrán roces con la prensa.

*Ser modestos:* hay más probabilidades de que la decisión resulte aceptable si los decisores reconocen públicamente que existe incertidumbre respecto al resultado y se comprometen con franqueza a supervisar y evaluar los resultados. Esto deja la puerta abierta a ajustes durante el proceso de aplicación.

*Prepararse para los cambios rápidos:* a veces los sentimientos del público cambian rápidamente y lo que se percibía como oposición puede convertirse en aceptación.

*Prepararse para las crisis y los efectos secundarios imprevistos:* algunos grupos de población pueden verse especialmente afectados por la decisión (como es el caso de los médicos generales cuando se cierran hospitales). Los decisores en materia de salud pública han de afrontar reacciones que no estaban previstas.

*Atenerse a pruebas fiables:* la aceptación pública puede ser baja aunque no haya razones objetivas para ello. Disponer de datos de calidad es una buena manera de orientar el debate y evitar la oposición.

*Utilizar ejemplos de otros países:* los decisores pueden estudiar lo que se está haciendo en otros lugares y explicar por qué otros países abordan un determinado problema de distinta manera; pueden utilizar estos argumentos para mejorar la aceptabilidad de las decisiones en su propio país.

*Implicar a los profesionales de la salud y, sobre todo, ser valientes.*



comparativa de la eficiencia de escala y las comparaciones internacionales.

- **Acelerar la documentación y evaluación de las medidas pangubernamentales mediante técnicas basadas en la experiencia inicial con instrumentos de «evaluación del impacto sanitario» o «evaluación del impacto en la equidad sanitaria»<sup>61,62,63</sup>.** Aunque estos instrumentos se encuentran todavía en fase de desarrollo, los responsables de políticas los demandan cada vez más para este tipo de análisis, desde el nivel local hasta el supranacional (véase el recuadro 4.5). Las pruebas científicas de su utilidad siguen aumentando<sup>64,65,66</sup>, y constituyen una forma estratégica de organizar debates intersectoriales más reflexivos. Esto, en sí mismo, supone una incursión en uno de los aspectos más difíciles de resolver de la utilización de la base de pruebas científicas disponibles: la

patente necesidad de una comunicación más sistemática acerca de los posibles beneficios sanitarios que se derivarían de unas políticas públicas mejores. Los decisores, en particular los de otros sectores, no conocen suficientemente las consecuencias sanitarias de sus políticas ni los beneficios que podrían derivarse de ellas. Establecer una comunicación que trascienda el ámbito del especialista es tan importante como obtener evidencia y exige fórmulas mucho más eficaces para difundir esa evidencia entre los responsables de políticas<sup>67</sup>. Formular las pruebas científicas sobre la salud de la población en función del impacto sanitario de las políticas, no siguiendo los modos tradicionales de comunicación entre especialistas en salud, puede modificar radicalmente la naturaleza y la calidad del diálogo sobre las políticas.

#### Recuadro 4.4 El escándalo de la invisibilidad: cuando los nacimientos y las defunciones no se contabilizan

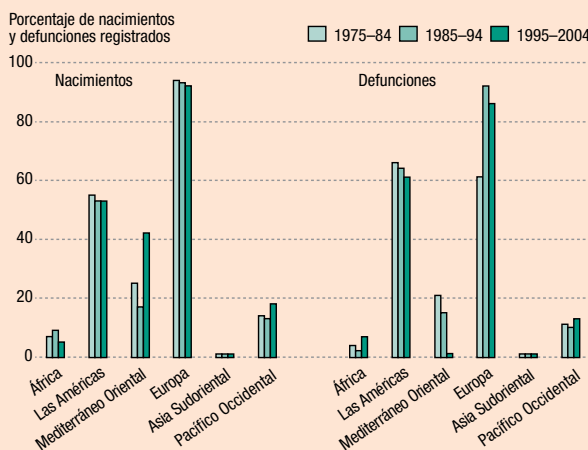
El registro civil (registro oficial de nacimientos y defunciones) es tanto un producto del desarrollo económico y social como una condición para la modernización. Su cobertura no ha mejorado mucho en las últimas décadas (véase la figura 4.3). Casi el 40% (48 millones) de los 128 millones de nacimientos que se producen anualmente en el mundo quedan sin contabilizar debido a la ausencia de sistemas de registro civil<sup>53</sup>. La situación es aún peor en el caso del registro de defunciones. A nivel mundial, las dos terceras partes (38 millones) de los 57 millones de fallecimientos anuales no se registran. La OMS sólo recibe estadísticas fiables sobre causas de muerte de 31 de sus 193 Estados Miembros.

Los esfuerzos internacionales por mejorar la infraestructura de las estadísticas vitales en los países en desarrollo han sido demasiado limitados en magnitud y alcance<sup>54</sup>. Ni la comunidad sanitaria mundial ni los países han concedido a la elaboración de las estadísticas sanitarias y los sistemas de registro civil la misma prioridad que a las intervenciones

de salud. Dentro del sistema de las Naciones Unidas, el desarrollo de los sistemas de registro civil no está asignado a una instancia identificable. No existen mecanismos de coordinación para hacer frente al problema y atender las solicitudes de asistencia técnica para movilizar los recursos técnicos y financieros necesarios. Crear la infraestructura de los sistemas de registro civil para conseguir que se contabilicen todos los nacimientos y las defunciones requiere la colaboración entre múltiples asociados de diversos

sectores. Hacen falta una promoción sostenida, el fomento de la confianza pública, marcos jurídicos propicios, incentivos, apoyo financiero, recursos humanos y sistemas modernizados de gestión de datos<sup>55</sup>. Cuando funcionan bien, las estadísticas vitales proporcionan información básica para el establecimiento de prioridades. La ausencia de avances en el registro de los nacimientos y las defunciones es un obstáculo importante para el diseño y la aplicación de las reformas de la APS.

**Figura 4.3** Porcentaje de nacimientos y defunciones registrados en los países con sistemas completos de registro civil, por regiones de la OMS, 1975-2004<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Fuente: adaptado de <sup>54</sup>.

## Cambios en el panorama institucional

Junto con la falta de evidencia, el ámbito en el que están apareciendo nuevas oportunidades es el de la capacidad institucional para elaborar políticas públicas ajustadas a los objetivos de la APS. Pese a la resistencia, por parte entre otros de los donantes, a asignar una cantidad considerable de fondos a los institutos nacionales de salud pública (INSP)<sup>69</sup>, los responsables de políticas dependen mucho de ellos o de sus equivalentes funcionales. En muchos países, los INSP han sido los principales proveedores de competencias técnicas independientes para la salud pública, pero también, de manera más general, para las políticas públicas. Algunos tienen un historial prestigioso: la Fiocruz en el Brasil, el Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí» en Cuba, Kansanterveyslaitos en Finlandia, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos, o el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología en Viet Nam. Ellos dan testimonio de la importancia que los países

conceden al hecho de poder contar con estos medios<sup>69</sup>. Sin embargo, esas entidades son cada vez menos capaces de afrontar las numerosas demandas nuevas de políticas públicas para proteger o promover la salud. Esta tendencia está dejando a los clásicos institutos de salud pública nacionales e internacionales con un mandato sobredimensionado e insuficientemente financiado, lo que plantea problemas de dispersión y dificultades para reunir una masa crítica de competencias diversificadas y especializadas (figura 4.4).

Entretanto, el panorama institucional está cambiando a medida que los recursos de apoyo a las políticas públicas se reparten por una multitud de instituciones nacionales y supranacionales. El número de lugares que albergan competencia técnica, a menudo especializados en algún aspecto de las políticas públicas, ha aumentado considerablemente, generando una amplia gama de formas institucionales que abarca centros de investigación especializados, fundaciones, departamentos universitarios, consorcios

### Recuadro 4.5 Directrices de la Unión Europea para el análisis del impacto<sup>68</sup>

Las directrices de la Unión Europea indican que las respuestas a las siguientes preguntas pueden constituir la base de un análisis del impacto de las intervenciones de salud pública propuestas.

#### Salud pública y seguridad

La opción propuesta:

- ¿Repercutirá en la salud y la seguridad de los individuos o las poblaciones, incluidas la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, debido a su impacto en el entorno socioeconómico (por ejemplo, en el entorno de trabajo, los ingresos, la educación, el empleo o la alimentación)?
- ¿Aumentará o reducirá el riesgo de bioterrorismo?
- ¿Aumentará o reducirá los riesgos sanitarios atribuibles a sustancias nocivas para el medio natural?
- ¿Repercutirá en la salud por influir en los niveles de ruido o en la calidad del aire, el agua o el suelo en zonas pobladas?
- ¿Repercutirá en la salud por incidir en el uso de los recursos energéticos o la eliminación de residuos?
- ¿Repercutirá en los determinantes de la salud relacionados con el modo de vida, como el consumo de tabaco o alcohol, o la actividad física?
- ¿Tendrá efectos específicos en determinados grupos de riesgo (definidos por la edad, el sexo, una discapacidad, la pertenencia a un grupo social, la movilidad, la región, etc.)?

#### Acceso a la protección social, la salud y la educación, y efectos sobre los sistemas correspondientes

La opción propuesta:

- ¿Repercutirá en la calidad de los servicios y en el acceso a ellos?
- ¿Tendrá efectos sobre la formación y la movilidad de los trabajadores (salud, formación, etc.)?
- ¿Repercutirá en el acceso de las personas a la enseñanza pública o privada o a la formación profesional y continua?
- ¿Repercutirá en la prestación transfronteriza de servicios, la derivación de pacientes a médicos/centros de otros Estados miembros y la cooperación en las regiones fronterizas?
- ¿Repercutirá en la financiación, la organización y la accesibilidad de los sistemas sociales, sanitarios y educativos (incluida la formación profesional)?
- ¿Repercutirá en la libertad o la autogestión de los centros universitarios o educativos superiores?



independientes y grupos de estudio, proyectos, organismos técnicos e iniciativas diversas. El Consejo de la Fundación para la Promoción de la Salud de Malasia, el Consejo Asesor sobre el Alcohol de Nueva Zelandia y la Comisión de Promoción de la Salud de Estonia muestran que los canales de financiación se han diversificado y pueden incluir becas y contratos de investigación, subsidios gubernamentales, donaciones, o impuestos especiales sobre las ventas de tabaco y alcohol. Esto da lugar a una red de competencias técnicas más compleja y difusa, pero también mucho más rica.

La colaboración transfronteriza permite obtener importantes eficiencias de escala en diversas cuestiones de política pública. Por ejemplo, la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI) ayuda a los países a elaborar estrategias orientadas a desarrollar la capacidad institucional<sup>70</sup>. En este contexto, como parte del desarrollo institucional se deberán establecer unas estrategias meditadas para la especialización y la complementariedad, prestando atención al reto que plantean el liderazgo y la coordinación.

Al mismo tiempo, esto ofrece perspectivas para producir una fuerza de trabajo muy diversa y especializada, esencial para conseguir unas políticas públicas mejores. Las escuelas de salud pública, la medicina comunitaria y la enfermería comunitaria han sido tradicionalmente los

principales proveedores institucionales de esa fuerza de trabajo. Sin embargo, producen un número demasiado escaso de profesionales que con demasiada frecuencia están centrados en la lucha contra enfermedades y en la epidemiología clásica, y que generalmente no han recibido la preparación adecuada para un ejercicio profesional basado en la flexibilidad, el aprendizaje continuo y un liderazgo coordinado.

El desarrollo institucional multicéntrico brinda ocasiones para una reconsideración fundamental de los planes de estudio y de los contextos institucionales de la formación previa al empleo, con un adiestramiento en el puesto de trabajo en estrecho contacto con las instituciones en las que se ubica y desarrolla la competencia técnica<sup>71</sup>. En este sentido, hay indicios prometedores de renovación en la Región de Asia Sudoriental de la OMS (SEARO) que deben aprovecharse para impulsar ideas y medidas similares en otros lugares<sup>27</sup>. El creciente intercambio transfronterizo de conocimientos teóricos y prácticos, unido al interés mundial por mejorar la capacidad de formulación de políticas públicas, está creando nuevas oportunidades orientadas a preparar no sólo a profesionales en número más acorde con las necesidades, sino, sobre todo, a profesionales con una visión más amplia y mejor preparados para abordar problemas complejos de salud pública en el futuro.

**Figura 4.4** Funciones esenciales de salud pública que 30 instituciones nacionales de salud pública consideran parte de su cartera<sup>69</sup>



### Una acción sanitaria mundial equitativa y eficiente

En muchos países se están delegando las responsabilidades de los servicios de salud y sociales en instancias locales, al tiempo que las políticas financieras, comerciales, industriales y agrícolas van trasladándose al plano internacional: los resultados sanitarios han de obtenerse a nivel local, mientras que los determinantes de la salud están bajo influencias internacionales. Los países ajustan cada vez más sus políticas públicas a las de un mundo globalizado, lo cual presenta tanto oportunidades como riesgos.

En este proceso de adaptación a la globalización, las fragmentadas competencias normativas de los sistemas de gobernanza nacionales están convergiendo. Varios ministerios, como los de salud, agricultura, finanzas, comercio y asuntos exteriores, estudian ahora juntos la mejor manera de fundamentar las posiciones comerciales antes



de las negociaciones, hacer aportaciones durante éstas, y sopesar los costes y beneficios de otras opciones de políticas relacionadas con la salud, la economía y el futuro de los ciudadanos. Esta creciente «interdependencia» de la salud mundial se acompaña de una proliferación de actividades que se manifiesta a escala internacional. Así pues, el reto consiste en garantizar que las nuevas redes de gobernanza sean suficientemente integradoras de todos los actores y sectores, atentas a las necesidades y demandas locales, responsables y orientadas hacia la justicia social<sup>72</sup>. La reciente aparición de una crisis alimentaria mundial confiere aún mayor legitimidad a la contribución del sector sanitario a una respuesta mundial en evolución. Se está abriendo gradualmente un espacio para tener en cuenta la salud en los acuerdos comerciales negociados a través de la OMC (Organización Mundial del Comercio). Aunque su aplicación ha resultado problemática, las flexibilidades convenidas en Doha para que el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)<sup>73</sup> contemplara la concesión obligatoria de licencias para los productos farmacéuticos son un ejemplo de las nuevas políticas mundiales orientadas a proteger la salud.

La demanda de normas y criterios mundiales crece a medida que las amenazas para la salud van desplazándose de zonas en las que las medidas de seguridad se están reforzando a lugares en los que apenas existen. Reunir las competencias y los procedimientos necesarios es complejo y costoso. Los países recurren cada vez más a mecanismos mundiales y a la colaboración<sup>74</sup>, tendencia que se inició hace más de 40 años, en 1963, con la

creación de la Comisión del Codex Alimentarius por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la OMS, con objeto de coordinar las normas alimentarias internacionales y la protección de los consumidores. Otro ejemplo de larga data es el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, creado en 1980 como programa conjunto de la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). En la Unión Europea, las normas de protección de la salud son elaboradas por diversos organismos y se aplican en todo el territorio. Dados el coste y la complejidad de la farmacovigilancia, muchos países adaptan y utilizan las normas de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). La OMS establece normas mundiales para las concentraciones tolerables de muchos contaminantes. Al mismo tiempo, los países deben ya sea emprender estos procesos por sí mismos, o garantizar el acceso a normas de otros países o de organismos internacionales, adaptadas a su propio contexto.

Así pues, el imperativo de emprender una acción de salud pública mundial impone más exigencias a la capacidad y la fortaleza del liderazgo sanitario para responder a la necesidad de proteger la salud de sus comunidades. La acción local debe ir acompañada de la coordinación de los diversos interesados y sectores dentro de los países. Requiere, asimismo, que los retos sanitarios mundiales se gestionen por medio de la colaboración y la negociación internacional. Como se muestra en el siguiente capítulo, ésa es una responsabilidad fundamental del Estado.

## Referencias

- Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Fegan GW et al. Effect of expanded insecticide-treated bednet coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet*, 2007, 370:1035-1039.
- Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:532-538.
- Kaufman JA. China's health care system and avian influenza preparedness. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197(Suppl. 1):S7-S13.
- Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1-8.
- Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908-1919.
- Sommer A, Mosley WH. East Bengal cyclone of November 1970: epidemiological approach to disaster assessment. *Lancet*, 1972, 1:1029-1036.
- Bern C et al. Risk factors for mortality in the Bangladesh cyclone of 1991. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993, 71:73-78.
- Chowdhury AM. Comunicación personal, 2008.
- Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044-2053.
- World abortion policies 2007*. New York NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007 (ST/ESA/SER.A/264, Wallchart).
- Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
- Maternal health and early childhood development in Cuba*. Ottawa, Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2007 (Second Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate).
- Evans RG, Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy*, 2008, 3:21-32.



16. Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:85-110.
17. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
18. Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva, World Health Organization, Health Systems Services, 2007.
19. Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ*, 2004, 329:1169-1172.
20. *Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*, 2nd ed. Geneva, Health Action International and World Health Organization, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>, consultado el 20 de agosto de 2008).
21. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226-2234.
22. *Supply annual report 2007*. Copenhagen, United Nations Children's Fund Supply Division, 2008.
23. Tambini G et al. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Revista panamericana de salud pública*, 2006, 20:54-59.
24. EPI Revolving Fund: quality vaccines at low cost. *EPI Newsletter*, 1997, 19:6-7.
25. Matiru R, Ryan T. The global drug facility: a unique, holistic and pioneering approach to drug procurement and management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:348-353.
26. *Annual Report*. Wellington, Pharmaceutical Management Agency, 2007.
27. *Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
28. Victora CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1555-1556.
29. Freitas do Amaral JJ et al. Multi-country evaluation of IMCI, Brazil study. Ceará, Federal University of Ceará, ND.
30. Sontag S. *AIDS and its metaphors*. New York NY, Farrar, Straus & Giroux, 1988.
31. Mann JM et al, eds. *Health and human rights: a reader*. New York NY, Routledge, 1999.
32. Friedman S, Mottiar S. A rewarding engagement? The treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. *Politics and Society*, 2005, 33:511-565.
33. Ottawa Charter for Health Promotion. In: *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), consultado el 2 de julio de 2008).
34. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271-280.
35. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 2007, 335:1241-1243.
36. Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400-403.
37. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (en prensa).
38. *Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un porvenir más seguro – Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
39. Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullio PJ, McGranahan G, eds. *Scaling urban environmental challenges: from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
40. Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde J, Wyon J, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
41. WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization, 2008 (en prensa).
42. Puskas P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
43. Chami Y, Hammou J, Mahjour J. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Eye Health*, 2004, 17:59.
44. Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225-1231.
45. *Senegal: outbreak of lead intoxication in Thiaroye sur Mer 20 June 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/environmental\\_health\\_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html](http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html), consultado el 21 de julio de 2008).
46. Muhrad N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
47. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Geneva, World Health Organization, 2007.
48. Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21-40.
49. Gilson L et al. *Challenging health inequity through health systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
50. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
51. Anadova A. *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
52. Allin S et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Geneva, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
53. Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007 (publicado en línea: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5).
54. Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (publicado en línea: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61308-7).
55. AbouZahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward. *Lancet*, 2007 (publicado en línea: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61310-5).
56. Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:778-783.
57. Halstead SB, Tugwell P, Bennett K. The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): a progress report. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, 44:579-589.
58. Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285-289.
59. Sweet M, Moynihan R. *Improving population health: the uses of systematic reviews*. New York NY, Milbank Memorial Fund, 2007.
60. Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health. *BMJ*, 2001, 323:294-295.
61. *An idea whose time has come: New opportunities for HIA in New Zealand public policy and planning*. Wellington, Public Health Advisory Committee, 2007.
62. Harris P et al. *Health impact assessment: a practical guide*. Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999-2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241-256.
66. Wismar M et al, eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Geneva, World Health Organization, 2007.
67. Jewell CJ, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government. *The Milbank Quarterly*, 2008, 86:177-208.
68. *Communication from the Commission on Better Regulation for Growth and Jobs in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good. *Journal of Public Health Policy*, 2008, 29:3-21.
70. *Framework for the creation and development of national public health institutes*. Helsinki, International Association of National Public Health Institutes, 2007.
71. Khaleghian P, Das Gupta M. *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. Kickbusch I. A new agenda for health. *Perspectives in Health*, 2004, 9:8-13.
73. *Declaración de la Organización Mundial del Comercio relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. Conferencia ministerial, Cuarto período de sesiones, Doha, 9-14 de noviembre de 2001*. 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2).
74. Wilk EA van der et al. *Learning from our neighbours – cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth screening*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, consultado el 30 de julio de 2008).