

LOGRANDO EL ODS 3

INFORME SOBRE
ANÁLISIS DE
POLÍTICAS 2018



Índice

Introducción	3
Los ODS y la urbanización: en defensa de la salud en la planificación urbana Carolyn Daher, Mark Nieuwenhuijsen, Oriana Ramírez-Rubio y Gonzalo Fanjul	4
Tecnologías sanitarias para el fortalecimiento de la atención primaria de salud Manu Raj Mathur y K. Srinath Reddy	11
“La salud en todas las políticas”: oportunidades en la agenda de los ODS Oriana Ramírez-Rubio, Meggie Mwoka, Gonzalo Fanjul y Antoni Plasencia.....	18
Financiación pública: la clave de la cobertura sanitaria universal Robert Yates y Ravi Rannan-Eliya	24
La revolución de los agentes de salud comunitarios Sonia Ehrlich Sachs y Jeffrey Sachs.....	29

INTRODUCCIÓN

Los días 25 y 26 de octubre de 2018, la comunidad de salud global se reunió en Astana (Kazajistán) en el marco de la Conferencia Global sobre Atención Primaria de Salud para renovar un compromiso con la Atención Primaria de Salud (APS) que permita obtener una Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Dicha fecha señala el 40º aniversario de la Declaración de Alma Ata, un hito fundamental en el ámbito de la salud pública, que a finales del pasado milenio consideraba la atención primaria de salud como la clave para alcanzar el objetivo de “Salud para Todos” (“*Health for All*”).

Se ha avanzado mucho en estas cuatro décadas: las mortalidades materna e infantil se han reducido a la mitad, y se han realizado grandes progresos en la lucha contra el VIH y otras epidemias. Sin embargo, el progreso ha sido desigual entre países y dentro de ellos, y continúa existiendo una brecha significativa entre las aspiraciones reflejadas en la visión de la declaración original y la realidad actual de la APS en todo el mundo. La APS sigue siendo un área de inversión desatendida en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, su priorización dentro del gasto del sector público es baja, está poco integrada con otros sectores y presenta deficiencias alarmantes en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos.

La Agenda del Desarrollo 2030 y sus 17 ODS traen de vuelta el espíritu de Alma Ata a la vida. Una APS de calidad es fundamental para alcanzar una cobertura sanitaria universal (CSU), que, según la OMS, es el aspecto fundamental del ODS 3 y de otros objetivos relacionados con la salud. Con la mitad de la población mundial, como mínimo, sin acceso a una cobertura total de los servicios de salud esenciales, y con cerca de 100 millones de personas que se ven empujadas a la “pobreza extrema” porque tienen que pagar por los cuidados de salud, la CSU significa que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud necesarios –desde la promoción de la salud a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos– sin sufrir penurias económicas.

Con esta serie de informes sobre políticas, el grupo temático “Salud para Todos” de la Red de Soluciones para un Desarrollo Sostenible (Sustainable Solutions Network’s, SDSN por sus siglas en inglés) quiere hacer su aportación al análisis de los logros y de las lagunas que siguen existiendo en el camino hacia la CSU y hacia una implementación integral de la APS. La APS, según fue concebida en la Conferencia de Alma Alta, hace referencia a los principios de equidad, de participación comunitaria y de acción intersectorial. En este sentido, tres de los informes tratan temas clave como los mecanismos de financiación pública, una fuerza de trabajo de agentes de salud comunitarios profesionalizados y la promesa de las nuevas tecnologías para aumentar el acceso a la atención y la calidad de ésta. Todas ellas son herramientas importantes para hacer que la atención de salud primaria sea de alta calidad, accesible, continuada, integral y coordinada. Los otros dos informes analizan el papel de la estrategia “La salud en todas las políticas” como forma de implementar un enfoque multi-actor, coherente e intersectorial, y un estudio de caso sobre como las ciudades pueden ser un ejemplo de cómo incluir la salud en las políticas de un sector distinto, como el de la planificación urbanística.

Esperamos que esta compilación de resultados y de propuestas para políticas contribuya a la realización integral de la Agenda 2030 y de su ambición de lograr un mundo que verdaderamente garantice una vida saludable y promueva el bienestar para todos a todas las edades.

LOS ODS Y LA URBANIZACIÓN: EN DEFENSA DE LA SALUD EN LA PLANIFICACIÓN URBANA

CAROLYN DAHER, MARK NIEUWENHUIJSEN,
ORIANA RAMÍREZ-RUBIO y GONZALO FANJUL
Instituto de Salud Global de Barcelona

Mensajes clave

- Una planificación urbana integrada y transectorial, que incluya el diseño urbano y la planificación del transporte, es una estrategia importante y actualmente infrautilizada para mejorar la salud y el bienestar en el marco de los ODS.
- Las Evaluaciones del Impacto en Salud (EIS) deberían incluirse de forma habitual en los procesos de planificación para garantizar la inclusión de criterios e indicadores de salud.
- La planificación urbana y del transporte proporcionan una oportunidad esencial para enfrentarse a retos considerables para la salud de la población y a la necesidad de adaptación generada por el cambio climático.
- Existe una necesidad urgente de aumentar el espacio público destinado a las personas, reducir el tráfico motorizado y aumentar el transporte público y activo, así como de aumentar la cantidad de espacios verdes en áreas urbanas.

Aunque los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Nueva Agenda Urbana fueron adoptados por naciones, las ciudades son importantes impulsoras de su implementación. Las ciudades prósperas son sostenibles, y el vínculo intrínseco entre la salud del planeta y la salud del ser humano es la base sobre la que debe construirse la planificación futura. Los ODS proporcionan un marco operativo para considerar la urbanización de forma global, procurando al mismo tiempo que se aporten mecanismos locales para la acción y que se preste una cuidadosa atención a reducir las brechas en la distribución de las mejoras en el ámbito de la salud. Se hace una referencia explícita a la salud en el ODS 3, y a la urbanización en el ODS 11, pero la salud también está presente en como mínimo otros 13 objetivos. Cabe remarcar que se trata de la primera vez que en una hoja de ruta de este tipo sobre el desarrollo global las enfermedades no transmisibles, la salud urbana, la equidad y la sostenibilidad son la base de la agenda. La toma de decisiones a nivel local, que reconozca las políticas urbanas como intervenciones clave en salud pública, será fundamental para alcanzar los objetivos de los ODS.

Urbanización – Mucho en juego, en términos de salud

En la actualidad, más del 50% de la población mundial vive en áreas urbanas, y se espera que esta cifra aumente al 70-80% en los próximos 20 años. Según las estimaciones de las Naciones Unidas, casi todo el crecimiento de población global que tenga lugar entre el 2016 y el 2030 será absorbido por las ciudades.¹ Hace tiempo que se sabe que las ciudades son el motor social predominante en términos de innovación y de creación de riqueza, pero también son

¹ United Nations Population Division. *World Population Prospects The 2017 Revision*. New York: United Nations Population Division, 2017. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf.

una fuente importante de contaminación, enfermedad y crimen.² El cambio climático y los riesgos ambientales emergentes han sido identificados como “la mayor amenaza de salud del siglo 21”³ y han añadido presión a las ciudades.

El diseño urbano tiene una influencia fundamental en la salud y ofrece una excelente oportunidad de protegerla y promoverla. La existencia de sistemas urbanos eficientes y bien diseñados es fundamental para que las ciudades y sus ciudadanos salgan adelante. Sin embargo, el desarrollo urbano y de transporte actual deja bastante que desear, y ha creado y exacerbado la exposición humana a los accidentes en los que estén implicados vehículos a motor, a la contaminación del aire, al ruido, a los efectos de las islas de calor, a la falta de espacios verdes y al comportamiento sedentario, entre otros. Los cambios en la exposición a la temperatura y a la humedad hasta niveles superiores a los experimentados actualmente impactarán negativamente en la salud.⁴ Dichas exposiciones no solo se relacionan con una mortalidad prematura, sino también con la morbilidad y con el crecimiento de la carga de enfermedad de tal forma que puede llegar a lastrar incluso los mejores sistemas sanitarios.⁵

Puede considerarse que:

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan actualmente la mayor carga de enfermedad a nivel mundial -el 68% de la mortalidad global- y se estima que costarán 30 billones de dólares entre 2011 y 2030.⁶
- La inactividad física es la causa de 2,1 millones de muertes prematuras anuales y la contaminación ambiental del aire es la causa de, como mínimo, 4 millones de muertes prematuras al año.⁷
- El 80% de las ciudades del mundo superan los límites de calidad del aire establecidos por la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2018).
- Los extremos de calor causan más muertes a nivel mundial que cualquier otro acontecimiento climático.⁸
- Las desigualdades suelen exacerbarse en contextos urbanos, lo que contribuye a unos peores resultados en salud y conduce a un ciclo de pobreza arraigada.⁹

² Bettencourt LMA, Lobo J, Helbing D, Kuhnert C, West GB. “Growth, innovation, scaling, and the pace of life in cities.” *Proc Natl Acad Sci.* 104:17 (2007), 7301-7306.

³ Costello A, Abbas M, Allen A, et al. “Managing the health effects of climate change.” *The Lancet* 373 (2009): 1693-1733.

⁴ Milner J, Harpham C, Taylor J, et al. “The Challenge of Urban Heat Exposure under Climate Change: An Analysis of Cities in the Sustainable Healthy Urban Environments (SHUE) Database.” *Climate* 5:4 (2017):93. doi:10.3390/cli5040093.

⁵ Mueller N, Rojas-Rueda D, Basagaña X, et al. “Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities.” *Environ Health Perspectives* 125:1 (2017):89-96. doi:10.1289/EHP220.

⁶ World Economic Forum. *The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases*. Geneva: WEF, 2011. www.weforum.org/EconomicsOfNCD.

⁷ Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, et al. “Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.” *The Lancet* 386:10010 (2015):2287-2323. doi:10.1016/S0140-6736(15)00128-2.

⁸ Larsen L. “Urban climate and adaptation strategies.” *Front Ecol Environment* 13:9 (2015):486-492.

⁹ World Health Organization. *Global Report on Urban Health: Equitable, Healthier Cities for Sustainable Development*. Geneva: WHO, 2016. http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urban-global-report/ugr_full_report.pdf

Actualmente la evidencia científica sugiere que la planificación urbana y del transporte contribuye a una variación considerable de los niveles de exposición ambiental relacionados con los efectos sobre la salud. Por ejemplo, un estudio en Barcelona (España) estimó que el 20% de la mortalidad prematura se debe a factores ambientales y de estilo de vida relacionados con la planificación urbana y del transporte.⁵ Otro estudio del impacto sobre la salud en seis ciudades demostró que los cambios en el uso del territorio que permitan obtener ciudades más compactas pueden generar unos beneficios significativos sobre la salud: las enfermedades cardiovasculares relacionadas con el transporte se redujeron un 19% en Melbourne, y la actividad física relacionada con el transporte aumentó un 24% en San Paolo.¹⁰

La extensión de las ciudades y la proliferación de asentamientos de baja densidad es una de las amenazas principales a las que se enfrenta un desarrollo territorial sostenible: resulta más difícil y más caro proporcionar los servicios públicos, los recursos naturales están sobreexplotados, las redes de transporte público son insuficientes y existe una fuerte dependencia del coche –con la congestión que lleva aparejada– en las ciudades y sus alrededores.¹¹ Las inversiones en las infraestructuras dedicadas a los coches conllevan un mayor uso de éstos, lo que a su vez aumenta la contaminación del aire y los niveles de ruido, el estrés y la falta de actividad física; además, exacerba los efectos de las islas de calor, reduce el acceso a los espacios verdes y debilita los contactos sociales. Por otro lado, las inversiones en las infraestructuras destinadas al ciclismo conllevan una reducción de la contaminación del aire, del ruido, del estrés y de los efectos de islas de calor, al tiempo que aumentan la actividad física, los contactos sociales y posiblemente los espacios verdes. Planificar intervenciones que reduzcan las emisiones de gases de efecto invernadero puede aportar beneficios sustanciales tanto para la salud como para el clima.¹²

Estas realidades urbanas requieren estrategias novedosas e integrales que protejan y promuevan la salud y el bienestar. Los resultados en el ámbito de la salud pueden mejorarse mediante la modificación del ambiente construido, otorgando a la planificación urbana un papel crítico en la aportación de mejoras en el ámbito de la salud.¹³ Sin embargo, en el gobierno de las ciudades y en las instituciones científicas, la planificación urbana y el desarrollo, la movilidad y el transporte, los parques y los espacios verdes, los departamentos de medio ambiente y los departamentos de salud pública no suelen trabajar de forma coordinada o colaborativa. Los parámetros e indicadores de salud no suelen incluirse, ni exigirse, en los procesos de planificación urbana y de transporte.

Las estrategias de “la salud en todas las políticas” (HiAP, por sus siglas en inglés) fueron introducidas en el 2013 por la OMS como una estrategia práctica y colaborativa para mejorar la salud de todas las personas a través de la incorporación de consideraciones relacionadas con

¹⁰ Stevenson M, Thompson J, de Sá TH, et al. “Land use, transport, and population health: Estimating the health benefits of compact cities.” *The Lancet* 388:10062 (2016):2925-2935.

¹¹ Montgomery C. *Happy City: Transforming Our Lives through Urban Design*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2013.

¹² Haines A, McMichael AJ, Smith KR, et al. “Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: overview and implications for policy makers.” *The Lancet* 374:9707 (2009):2104-2114. doi:10.1016/S0140-6736(09)61759-1.

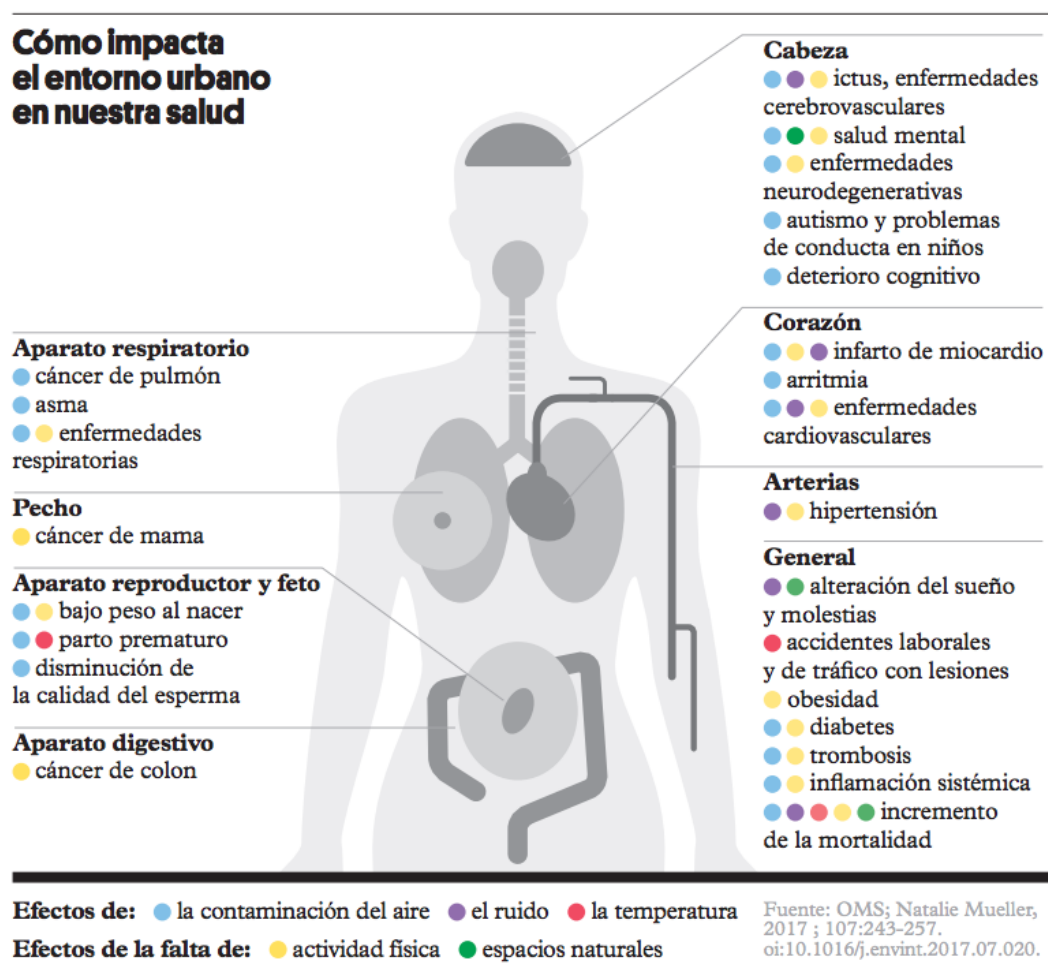
¹³ Rydin Y, Bleahu A, Davies M, et al. “Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century.” *The Lancet* 379:9831 (2012):2079-2108. doi:10.1016/S0140-6736(12)60435-8.

la salud en la toma de decisiones entre distintos sectores y áreas de políticas, como la planificación urbana.¹⁴ Los ODS y los mecanismos para su implementación, como el marco de la HiAP, aportan una oportunidad excelente para enfrentarse a los retos de forma coordinada y en línea con las instituciones y prioridades nacionales, regionales y locales.

La situación de la salud en todas las políticas urbanas

Las ciudades son sistemas complejos, y por lo tanto se requiere una fuerte voluntad política y de gobierno para garantizar que los cambios se produzcan. Los creadores de políticas, los planificadores urbanos y los expertos en salud pública deben trabajar juntos entre distintos sectores para crear e implementar políticas que tengan un impacto sobre la salud. Las ciudades aportan buenas oportunidades para los cambios en las políticas, dado que deben rendir cuentas a nivel local y que generalmente actúan de una forma más ágil que los gobiernos nacionales. La comprensión y el reconocimiento de los vínculos entre el uso del territorio, el comportamiento, las exposiciones, la morbilidad y la mortalidad son fundamentales para garantizar que las políticas incluyan parámetros de salud medibles. Por ejemplo, una política

Figura 1. Impacto de los Entornos Urbanos sobre Nuestra Salud



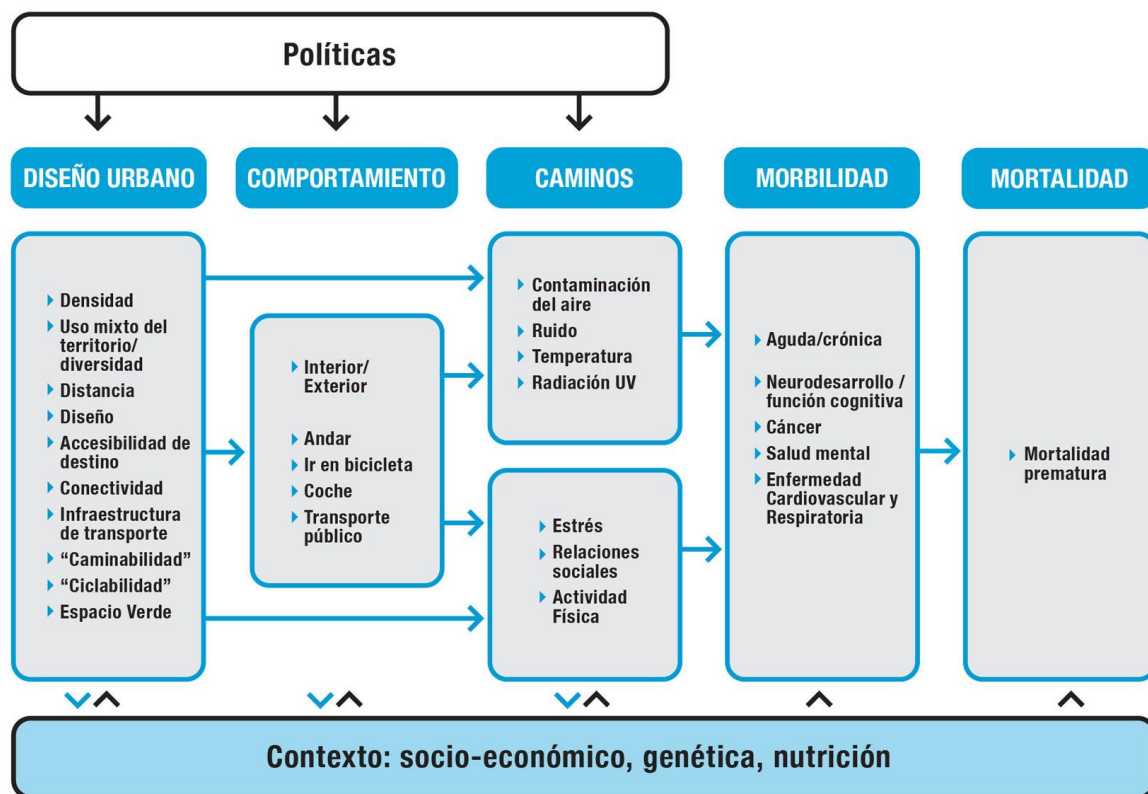
para crear espacios verdes debería valorarse en términos de uso del territorio y de biodiversidad, así como de las reducciones en las enfermedades y de la promoción de estilos de vida

¹⁴ World Health Organization. "The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013." Accessed September 18, 2018. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en.

saludables. Las nuevas herramientas existentes, como las Evaluaciones del Impacto en Salud (EIS), pueden ayudar a las ciudades a visualizar y comparar diferentes escenarios de políticas urbanas y sus efectos sobre la salud.

La falta de atención proporcionada a la salud en la agenda de la planificación de transporte y de planificación urbana se remonta a una falta de claridad en las políticas y estrategias.¹⁵ Se requieren aproximaciones sistémicas para enfrentarse a los problemas ambientales y de salud que presentan múltiples facetas, y éstas deberían convertirse en la norma para evitar una planificación y una toma de decisiones inapropiada y sesgada hacia el sector.¹⁶ Por consiguiente, se requiere un cambio cultural y una reubicación de las fuentes de financiación a nivel de las políticas para incluir las EIS en los proyectos propuestos en el ámbito del transporte y del desarrollo urbano. Debería ser obligatorio considerar cómo mitigar los impactos adversos sobre la salud asociados a un proyecto de transporte o urbano propuesto, y tales consideraciones deberían incluirse en la política en cuestión. Dichas políticas, a su vez, deberían ir acompañadas de indicadores que permitieran comprender y visualizar los impactos sobre la salud y su distribución para garantizar la equidad.

Figura 2. Marco conceptual de la relación entre la planificación urbana y la planificación del transporte, las exposiciones ambientales y la salud



Nieuwenhuijsen 2016

¹⁵ Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H. "Car free cities: Pathway to healthy urban living." *Environ Int.* 94 (September 2016):251-262. doi:10.1016/j.envint.2016.05.032.

¹⁶ Nieuwenhuijsen MJ. "Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities." *Environ Heal.* 15:S1 (2016:38. doi:10.1186/s12940-016-0108-1.

Cambiar las políticas requiere la construcción de un diálogo efectivo que garantice su conocimiento y aceptación por parte de la ciudadanía, dado que algunas medidas pueden ser de naturaleza restrictiva y por consiguiente resultar impopulares desde un punto de vista político (por ejemplo, las zonas con restricciones a los vehículos y las zonas con tarificación de la congestión). La participación también debería incluir distintos profesionales y partes interesadas que ya estén actuando o puedan actuar para mejorar la salud en las ciudades, e implicar a los ciudadanos en el desarrollo de futuros escenarios urbanos y de transporte.

Los factores ambientales son en gran medida modificables, y se ha demostrado que las intervenciones a nivel comunitario son más efectivas que las intervenciones a nivel individual.¹⁷ Los cambios en el entorno urbano son de larga duración, probablemente permanentes, mientras que las campañas y programas enfocados a promover cambios de comportamiento pueden ser más difíciles de mantener.¹⁸ Para ser capaces de saber a qué nivel y hasta qué punto las acciones pueden alcanzar su objetivo de forma efectiva, es preciso que los encargados de la toma de decisiones dispongan de recomendaciones y cuantificaciones de los impactos asociados con un abanico de medidas de políticas disponibles, plausibles y factibles con las que puedan enfrentarse a los aspectos requeridos en cada momento de forma eficaz. Sin éstas, pueden pasarse por alto medidas que resultarían más efectivas.¹⁹ ⁵

Giles-Corti *et al.* (2016) han identificado ocho intervenciones integradas a nivel regional y local que, al combinarse, fomentan desplazarse a pie, ir en bicicleta y utilizar el transporte público, al tiempo que reducen el uso de vehículos a motor. En conjunto, estas intervenciones crean unas ciudades compactas más saludables y más sostenibles, que reducen los factores de riesgo ambientales, sociales y de comportamiento que afectan a la elección de un estilo de vida, a las desigualdades, a la polución ambiental y a la seguridad. Las políticas urbanas deberían enfocarse hacia las intervenciones siguientes, que deberían apoyarse en:

- Facilitar la accesibilidad del destino.
- Garantizar una distribución equitativa del empleo por toda la ciudad.
- Gestionar la demanda reduciendo la disponibilidad y aumentando el coste del aparcamiento.
- Diseñar redes de transporte apropiadas para los peatones y los ciclistas.
- Alcanzar niveles óptimos de densidad residencial.
- Reducir la distancia al transporte público.
- Aumentar el atractivo de las formas activas de transporte, por ejemplo, mediante la creación de barrios seguros y atractivos, y de un transporte público seguro, asequible y conveniente.

¹⁷ Chokshi DA, Farley TA. "The Cost-Effectiveness of Environmental Approaches to Disease Prevention." *N Engl J Med.* 367:4 (2012):295-297. doi:10.1056/NEJMp1206268.

¹⁸ Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. "Environmental correlates of walking and cycling: Findings from the transportation, urban design, and planning literatures." *Ann Behav Med.* 25:2 (2003):80-91. doi:10.1207/S15324796ABM2502_03.

¹⁹ May AD, Khreis H, Mullen C. "Option Generation for Policy Measures and Packages: The Role of the KonSULT Knowledgebase." *Case Studies on Transport Policy* 6:3 (2018):311-318.

Los resultados obtenidos en las evaluaciones de distintos escenarios urbanos y de transporte apoyan políticas que:

- Proporcionen una densidad residencial más elevada, un uso mixto del territorio y acceso a las destinaciones locales necesarias para la vida diaria.
- Avancen hacia una combinación de transporte activo y público y de vehículos a motor con menores emisiones.
- Proporcionen espacios verdes accesibles a todos los residentes.
- Recuperen el espacio público mediante la reducción de las zonas destinadas a vehículos de motor privados.
- Conecten redes de calles (ya sea medidas individualmente o combinadas en un índice compuesto de “caminabilidad”).
- Garanticen que los beneficios, así como los costes, de las intervenciones se distribuyan de forma equitativa.

Lecturas adicionales (en inglés)

- *Integrating Human Health into the Urban Development and Transport Planning Agenda*.²⁰
- *Making Healthy Places: designing and building for health, wellbeing and sustainability*.²¹
- *The Happy City: transforming our lives through Urban Design*.¹¹
- *Health In All Policies*.²²
- *Land use, transport, and population health: estimating the health benefits of compact cities*.¹⁰

²⁰ Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H (Eds). *Integrating Human Health into Urban and Transport Planning : A Framework*. Springer International Publishing, 2019. doi:10.1007/978-3-319-74983-9.

²¹ Dannenberg AL, Frumkin H, Jackson R. *Making Healthy Places : Designing and Building for Health, Well-Being, and Sustainability*. Island Press, 2011.

²² World Health Organization. *Helsinki Statement Framework for Country Action*. Geneva: WHO, 2014.

<http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/helsinki-statement-framework-for-country-action.pdf?ua=1>

TECNOLOGÍAS SANITARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MANU RAJ MATHUR y K. SRINATH REDDY
Public Health Foundation of India (PHFI)

Mensajes clave

- La tecnología sanitaria está avanzando con rapidez y ofrece muchas soluciones para mejorar la atención primaria.
- Las tecnologías pueden mejorar la calidad de la atención y de los resultados obtenidos con los pacientes, aumentar la relación coste-efectividad de la atención y mejorar la experiencia de los proveedores de cuidados sanitarios, entre otros aspectos.
- Las tecnologías deben estar bien adaptadas a las comunidades a las que sirven para que sean adoptadas con éxito; por ejemplo, una tecnología para un entorno rico en recursos puede no funcionar en un entorno pobre en recursos, o una solución urbana puede no funcionar en un entorno rural.
- Las tecnologías deberían ser seguras y fáciles de utilizar.

La exhortación de Alma Ata hacia unas tecnologías sanitarias apropiadas

En el año 1978, la Declaración de Alma Ata exhortó a los países a desarrollar la atención primaria de salud como camino principal para fortalecer los sistemas de salud y promover el desarrollo humano mediante la promoción de la salud en todas las dimensiones.²³ Los valores de equidad, de centrarse en la persona, de participación comunitaria y de auto-determinación definieron el *ethos* –o carácter distintivo- de la Declaración de Alma Ata.

Cuarenta años después de dicha declaración histórica, los habitantes de la mayor parte de las regiones del mundo están relativamente más sanos, son relativamente más ricos y viven vidas mucho más largas y productivas. Se han realizado avances significativos en la reducción de las muertes causadas por muchas enfermedades infecciosas, incluyendo el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis, así como en la reducción de la pobreza extrema. Sin embargo, este progreso no ha sido equilibrado, y siguen existiendo grandes desigualdades en términos de salud y de ingresos, tanto dentro de los propios países como entre países distintos. Las rápidas transiciones que están teniendo lugar en el ámbito de la salud son propulsadas por transiciones en el desarrollo, la demografía, la nutrición y la epidemiología. El creciente aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, presentan retos para los sistemas de salud de los países con ingresos bajos y medios (PIBM), lo que exacerba aún más las desigualdades en salud.

Uno de los pilares fundamentales de la atención primaria de salud, según lo subrayado por la declaración de Alma Ata, es la existencia de “tecnologías prácticas, efectivas y socialmente

²³ Beard TC, Redmond S. Declaration of Alma-Ata. *The Lancet* 313 (1979):217–8.

aceptables que sean accesibles y asequibles por parte de los servicios sanitarios nacionales y comunitarios, que promuevan la autonomía y sean el resultado de procesos participativos.”²³ Las tecnologías sanitarias, en sus múltiples formas, poseen un elevado potencial para fortalecer los sistemas sanitarios en los PIBM a través de la mejora del alcance, la efectividad y la equidad de los servicios de salud. Pueden mejorar la comunicación entre pacientes y proveedores de atención sanitaria, proporcionar una amplia gama de servicios a poblaciones remotas y vulnerables, empoderar a las comunidades para que se encarguen de su propia salud y mejorar los sistemas de información sanitarios. El uso de la tecnología es una de las áreas más prometedoras para revolucionar y mejorar la atención primaria de salud.

A lo largo de las pasadas décadas, la comunidad de salud global ha ido reconociendo cada vez más la importancia de utilizar tecnologías adecuadas para la salud (AHT, según sus siglas en inglés) en entornos de atención primaria de salud. El concepto AHT se refiere a los métodos, los procedimientos, las técnicas y los equipos que son científicamente válidos, adaptados a las necesidades locales, aceptables para los usuarios y los receptores y con posibilidad de mantenerse con los recursos locales.²⁴

Tecnologías sanitarias para los PIBM

Las tecnologías sanitarias diseñadas para el mundo desarrollado a menudo resultan inapropiadas o inaccesibles en el mundo en desarrollo. Entre los posibles motivos, se encuentran la existencia de infraestructuras insuficientes, una fuerza de trabajo insuficiente o poco formada, o unos recursos financieros inadecuados para la compra y el mantenimiento de tecnologías complejas. Además, el rango de enfermedades y de prioridades de salud en los países en desarrollo suele ser distinto de las del mundo desarrollado, lo que requiere estrategias diagnósticas, de tratamiento y de prevención únicas. Las tecnologías sanitarias apropiadas para un sistema sanitario con escasez de recursos suelen ser tecnologías nuevas, o adaptaciones de tecnologías existentes, que pueden aportar soluciones sostenibles a las variadas condiciones de los países en desarrollo y a las necesidades únicas de las comunidades con escasez de servicios.

Estas tecnologías pueden ser “duras”, y emplear diseño de ingeniería, materiales disponibles y fabricación de equipos para aportar soluciones que aumenten la autonomía y la determinación, o bien “blandas”, que promuevan el cambio influyendo en los procesos de toma de decisiones individuales y comunitarios a través de la participación y la acción social.²⁵

Ejemplos de tecnologías sanitarias sostenibles para la atención primaria de salud en los PIBM

La innovación tecnológica ha desarrollado un papel fundamental en el ámbito de la salud y ha fomentado el progreso en muchas áreas, incluyendo la seguridad de los alimentos, los entornos saludables, los nuevos fármacos y vacunas, las pruebas diagnósticas, los tratamientos cu-

²⁴ Cohen J. “[Appropriate technology in primary health care: Evolution and meaning of WHO’s Concept.](#)” *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 5:1 (Jan 1989):103–9.

²⁵ Goodyear L, Tsu V, Kaisal D, Lalwani T. “[Appropriate Health Technologies: Concepts, Criteria, and Uses.](#)” Global Health Education Consortium, 2009.

Las tecnologías sanitarias en los PIBM deberían ser:

- Efectivas, tanto en teoría como en su uso práctico.
- Seguras (difíciles de usar de forma incorrecta).
- Asequibles, tanto en costes iniciales como en costes de mantenimiento/recurrentes.
- Aceptables por parte de todas las personas afectadas.
- Sostenibles, en términos de posibilidad de mantenimiento, reparación y resuministro de la tecnología.

rativos y las extremidades y prótesis artificiales para la rehabilitación. Actualmente se utilizan distintas tecnologías como herramientas para fortalecer los sistemas sanitarios y los cuidados de salud. Por ejemplo, un localizador mediante GPS que permite monitorizar el uso de inhaladores por parte de las personas asmáticas, cuya información se envía a una base de datos central y se utiliza para identificar tendencias individuales, grupales y poblacionales relacionadas con los catalizadores del asma (p.ej. niveles de polen). Otro ejemplo son las aplicaciones de teléfonos inteligentes utilizadas para el seguimiento y la atención a pacientes que deben gestionar enfermedades crónicas como la diabetes, o para auto-monitorizar la realización de ejercicio, la presión sanguínea y otros indicadores de salud. Un tercer ejemplo es el software de apoyo a la toma de decisiones clínicas para la gestión basada en resultados de la hipertensión y la diabetes.

A continuación, se describen algunas de las tecnologías más prometedoras para ser utilizadas en PIBM en un entorno de atención primaria de salud²⁶ :

- 1. El laboratorio en una mochila: “cribado/diagnóstico en el punto de asistencia”.** Esta mochila contiene herramientas para llevar a cabo exploraciones físicas y análisis de laboratorio en el punto de asistencia. Entre las herramientas que contiene se incluyen un microscopio de inmersión en aceite, una centrífuga, un otoscopio, un oftalmoscopio, un glucómetro, un pulsioxímetro, un tensiómetro, análisis de diagnóstico rápido y material de primeros auxilios. La mochila dispone de una batería que puede cargarse mediante un panel solar o un puerto. La tecnología “de mochila” se ha utilizado en clínicas de entornos rurales, y también ha sido utilizada por enlaces médicos en catorce países en desarrollo.
- 2. Transmisión de imágenes de teléfono móvil con fines diagnósticos.** Esta tecnología se desarrolló por primera vez en Italia. Conecta las instalaciones sanitarias básicas situadas en áreas remotas con instalaciones más especializadas situadas mucho más lejos. Esta tecnología se ha probado en entornos rurales en Uganda y Bangladesh. Actualmente se están ensayando otras aplicaciones clínicas para dicha tecnología.
- 3. Unidad de telemedicina portátil.** Este dispositivo puede utilizarse en una unidad móvil de telemedicina, puede conectarse a un servidor como unidad base y utilizarse tanto para atención primaria como secundaria en entornos rurales y urbanos. Se ha analizado si es factible su utilización en centros de atención sanitaria comunitarios y en ambulancias en Indonesia. Un hospital local en Sukabumi (Indonesia) ejerce actualmente como su unidad base.
- 4. Monitor de ritmo cardíaco fetal.** El monitor de ritmo cardíaco fetal tiene el potencial de

²⁶ World Health Organization. [Compendium of innovative health technologies for low-resource settings](#). Geneva: WHO, 2014.

mejorar los resultados de salud obtenidos en bebés, facilitando la toma de decisiones cruciales durante el parto. Permite obtener una lectura rápida del ritmo cardíaco fetal durante 30 segundos. Es fácil de utilizar y se ha realizado con éxito una prueba piloto en Sudáfrica, en nueve servicios de atención primaria maternal dirigidos por matronas.

5. **Sistema de comunicación de datos médicos.** El sistema permite transmitir cualquier tipo de datos médicos desde el punto de servicio al especialista deseado, aportando así opiniones en tiempo real.
6. **Esterilizador de instrumental, portable y sin conexión a la corriente.** Este esterilizador está diseñado para su utilización en clínicas de salud rural o durante un brote, cuando no hay acceso a la electricidad ni al agua potable. Es reutilizable y funciona mediante baterías. Se encuentra en proceso de evaluación en entornos con escasez de recursos, con vistas a su comercialización.
7. **Suministro de anestesia para entornos con escasez de recursos.** Esta máquina de anestesia es un sistema de suministro eficiente. El dispositivo proporciona anestesia general y soporte a la respiración a los pacientes durante la intervención quirúrgica, al tiempo que muestra distintos parámetros del paciente.
8. **Herramienta móvil para la gestión de la cadena de suministro.** Este producto está diseñado para fortalecer la gestión logística mediante el uso de tecnología móvil. Su objetivo es proporcionar apoyo a los trabajadores sanitarios y a otras personas encargadas de gestionar la logística en entornos con escasez de recursos.

Figura 3. Fotos de tecnologías prometedoras



9. **Ecógrafo compacto portátil.** Este dispositivo proporciona ecografías no invasivas, que permiten una visualización inmediata. Es fácil de transportar y la capacidad de sus baterías permite utilizar el dispositivo en entornos con escasez de recursos. Es utilizado por trabajadores del ámbito de la salud en Indonesia, Tanzania, Ghana y Bangladesh, y ha proporcionado resultados muy prometedores.
10. **Solución para el Historial Médico Electrónico (HME).** El Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (UNRWA) ha desarrollado un sistema de registro de e-salud centrado en el paciente para proporcionar apoyo a los servicios de atención primaria en el ámbito de la salud en términos de enfermedades frecuentes, salud materna e infantil, ENT, trabajo de laboratorio e información farmacológica para 5 millones de refugiados palestinos en Jordania, Siria, el Líbano, la Ribera Occidental y Gaza. En el año 2017, ya había sido utilizado en 121 centros de salud primaria, y había alcanzado un índice de satisfacción del 89% entre el personal médico.²⁷ La herramienta puede proporcionar apoyo en términos de seguridad de la medicación, seguimiento y registro, así como para desarrollar conjuntos de datos médicos con fines de investigación.
11. **Unidades portátiles con energía solar para cuidados obstétricos de emergencia.** La Maleta Alimentada con Energía Solar es una unidad de almacenamiento portátil, económica y fácil de utilizar que proporciona a los trabajadores de la salud una iluminación de alta eficacia para quehaceres médicos, y una fuente de energía para las comunicaciones móviles y los pequeños dispositivos médicos. Fue diseñada inicialmente para proporcionar un apoyo oportuno y eficiente en las emergencias obstétricas, pero puede utilizarse en diferentes entornos médicos y humanitarios. Esta maleta alimentada con energía solar ha sido instalada y probada en muchos países en el África Subsahariana, Asia Pacífico y el continente americano, y ha proporcionado resultados prometedores para ampliar y aumentar su uso.²⁸

El Camino a Seguir

La incorporación de las tecnologías sanitarias en el sistema de atención primaria de salud presenta muchas ventajas. El modelo de tecnologías sanitarias tiene el potencial de mejorar la experiencia del paciente, la calidad de los cuidados proporcionados y la precisión de los datos. El *big data*, la tele-salud y otras tecnologías también tienen un alcance enorme y pueden proporcionar una mejor gestión en un entorno de atención primaria.²⁹

Las tecnologías por sí solas no pueden mejorar la salud; solo tienen impacto si se las incorpora a un sistema de atención en salud integral. Este sistema, ya sea en un entorno con recursos limitados o en un país totalmente industrializado, está formado por la infraestructura y por

²⁷ Ballout G, Al-Shorbaji N, Abu-Kishk N, Turki Y, Zeidan W SA. "UNRWA's innovative e-Health for 5 million Palestine refugees in the Near East." *BMJ Innovations* 4 (2018):128–34.

²⁸ We Care Solar. "We Care Solar Suitcase." Accessed September 18, 2018. <https://wecaresolar.org/resources/we-care-solar-suitcase>.

²⁹ AbuKhoua E. "Analytics and Telehealth Emerging Technologies: The Path Forward for Smart Primary Care Environment." *Journal of Healthcare Communications* 2:67 (2017).

Pasos a realizar para garantizar la efectividad de las tecnologías para la atención primaria de salud en PIBM

- Usuarios con conocimientos y habilidades apropiados.
- Directrices de trabajo y políticas prácticas claras.
- Financiación y distribución efectivas para garantizar el acceso y la disponibilidad.
- Esfuerzos comunitarios para poner a los pacientes en contacto con los servicios en el momento apropiado.

las personas (tanto suministradores como pacientes) que entran en contacto con la tecnología. Las tecnologías sanitarias apropiadas deben adaptarse a los recursos humanos, físicos y financieros disponibles en el entorno en que se utilizarán. La definición de los atributos y de las características necesarias para que una tecnología sanitaria sea apropiada debe tener lugar en las primeras etapas del ciclo de desarrollo de producto, para garantizar que la tecnología se adapte a las necesidades de los usuarios, en lugar de que sean los usuarios los que tengan que adaptarse a la tecnología. Que las soluciones sean sostenibles depende de que se desarrollen tecnologías efectivas y de bajo coste, así como de que se desarrollen las estructuras sociales, la voluntad política y los cambios en el comportamiento individual y colectivo que permitan que las tecnologías sean accesibles y aceptables, y que den respuesta a una necesidad percibida. La promesa de transformación que las tecnologías sanitarias aportan a los sistemas sanitarios con escasez de recursos es muy atractiva para mejorar el alcance, la efectividad y la equidad. Sin embargo, es esencial llevar a cabo una evaluación rigurosa para determinar objetivamente su impacto para aplicarse a mayor escala.

Hoja de ruta para el fortalecimiento de las tecnologías sanitarias para la atención primaria de salud en los PIBM

El desarrollo de unas tecnologías sanitarias apropiadas para los entornos con escasez de recursos suele estar guiado por las necesidades percibidas de salud, en lugar de estarlo por la demanda del mercado. Las estrategias de codiseño que implican a los usuarios finales en el desarrollo de soluciones tecnológicas son un aspecto fundamental para garantizar que se atenderán las necesidades de éstos de forma apropiada, efectiva y culturalmente relevante. Las soluciones apropiadas suelen emerger como innovaciones “*bottom-up*” por parte de usuarios finales, así como de productos “*top-down*” desarrollados por tecnólogos.

La evaluación de necesidades debería ser un esfuerzo colaborativo entre los especialistas sanitarios del sector público, las organizaciones del sector privado (con y sin ánimo de lucro) implicadas en la diseminación y la implementación de la tecnología y los usuarios finales. Las tecnologías de salud pública, en particular, dependen de que se alcance un consenso entre socios públicos y privados en términos de necesidades percibidas y estrategias de solución, así como de una comprensión compartida por todos los socios de los procesos de desarrollo, de evaluación, de licencia, de distribución y de monitorización de tecnologías sanitarias.

En los casos en los que haya emergido una necesidad como consecuencia de un fallo del mercado, las partes interesadas del sector público deben determinar qué incentivos son necesarios para implicar al sector privado en el desarrollo y la satisfacción de la demanda de los

usuarios finales. En algunas ocasiones, la participación de agencias internacionales y de organismos regulatorios en el apoyo a productos o en la demanda agregada pueden proporcionar el incentivo necesario para desarrollar tecnologías que en caso contrario no se desarrollarían.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) debe ser realizada por equipos multidisciplinarios que puedan evaluar el impacto sobre la salud, la relación coste-eficacia, la plausibilidad de uso en las condiciones mayoritarias o supuestas de los sistemas de salud, la aceptabilidad por parte de los proveedores de servicios sanitarios y del público, la escalabilidad y la asequibilidad por parte del presupuesto sanitario en la aplicación a gran escala. En entornos de atención primaria de salud, la facilidad de uso por parte del personal no médico que dispense atenciones sanitarias y la aceptabilidad por parte de los pacientes y del público son consideraciones especialmente importantes.

Tecnología para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

A medida que los países avanzan rápidamente hacia los objetivos establecidos por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, la tecnología puede actuar como un acelerador del progreso hacia una CSU liderada por la atención primaria de salud. La cobertura de los servicios de salud esenciales para el total de la población es cada vez más factible mediante el uso de tecnologías apropiadas. Las tecnologías de bajo coste y alto impacto pueden reducir la carga de enfermedad al tiempo que evitan los elevados costes sanitarios provocados por un reconocimiento tardío y por las complicaciones evitables de enfermedades frecuentes. Las tecnologías innovadoras pueden aumentar en gran medida la calidad de la atención primaria de salud a través de las ayudas diagnósticas y de los sistemas de apoyo a la toma de decisiones. Mediante la reducción de la asimetría en la información entre los pacientes y quienes proporcionan los cuidados, la tecnología también puede contribuir al desarrollo de un modelo de alianzas de cuidados de salud centrado en el paciente.

La tecnología puede fortalecer un sistema sanitario bien configurado, pero no puede sustituir las debilidades estructurales ni los fallos funcionales del sistema sanitario. Se requiere una fuerza de trabajo sanitario competente para utilizar las tecnologías de forma óptima, en especial en entornos de atención primaria de salud, y debe existir una buena gobernanza que garantice un uso apropiado de las tecnologías para maximizar los beneficios en el ámbito de la salud y minimizar los riesgos y los costes financieros. Las innovaciones en el diseño, el desarrollo, la aplicación y el suministro de tecnologías deben ser fomentadas por parte de los gestores del sistema sanitario, al tiempo que la investigación sobre la implementación debe incluir una evaluación de tecnologías sanitarias para determinar el impacto sobre la salud, el beneficio para la sociedad y los efectos sobre las brechas en la equidad.

Al tiempo que la atención primaria de salud vuelve a emerger como un compromiso renovado de salud global en Astana en octubre del 2018, las tecnologías de salud pueden convertir el eslogan de "Salud para Todos" (*"Health for All"*) en una realidad en el siglo XXI.

“LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS”: OPORTUNIDADES EN LA AGENDA DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

ORIANA RAMÍREZ-RUBIO, MEGGIE MWOKA,
GONZALO FANJUL y ANTONI PLASÈNCIA
Instituto de Salud Global de Barcelona &
Hospital Clínic Universitat de Barcelona

Mensajes clave

- La estrategia “La salud en todas las políticas” (HiAP, por sus siglas en inglés) fomenta colaboraciones con un enfoque de participación de gobierno en pleno, multisectorial y multi-actor para desarrollar políticas y programas coherentes enfocados a conseguir salud y bienestar para todos.
- La HiAP es una herramienta de gestión sanitaria útil para alcanzar los ODS.
- Existe evidencia científica y mejores prácticas para la HiAP en todos los continentes, incluyendo países de ingresos bajos y medios.
- Como mínimo cinco países (Australia, España, Letonia, Suiza y Venezuela) incluyeron ejemplos de HiAP en sus exámenes nacionales de carácter voluntario en el Foro Político de Alto Nivel de Naciones Unidas.

La salud es fundamental para el desarrollo sostenible

Las políticas y los programas públicos pueden reforzar o debilitar tanto la salud individual como la de la población en su conjunto. Para proteger y fomentar la salud global, es fundamental tener en cuenta los determinantes sociales, ambientales, económicos, culturales y políticos de la salud.³⁰ Este esfuerzo debe ir vinculado a un conocimiento profundo de las complejas interrelaciones, así como de las sinergias, entre el sector de la salud y otros sectores distintos, como la agricultura, la energía y el transporte. También deben considerarse las implicaciones en el ámbito de la salud de políticas aún más amplias, incluyendo la protección del medio ambiente, los derechos laborales y la propiedad intelectual. Por consiguiente, la consecución de objetivos en el ámbito de la salud requiere coherencia en las políticas y soluciones compartidas entre múltiples sectores que suelen operar en silos: es decir, acción intersectorial integrada o una estrategia de “salud en todas las políticas”.

³⁰ Institute of Medicine (IOM). *Global Development Goals and Linkages to Health and Sustainability: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press, 2014.

“La salud en todas las políticas”: una herramienta para acelerar el progreso hacia el desarrollo sostenible

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la estrategia de “la salud en todas las políticas” (HiAP) como “una estrategia de políticas públicas³¹ entre sectores que tiene en cuenta de forma sistemática las implicaciones para la salud de las decisiones a tomar, busca sinergias y evita los impactos negativos sobre la salud para mejorar la salud de la población y la equidad en la salud.”³²

Los cambios sin precedentes provocados por la globalización a lo largo de las últimas décadas han conllevado un aumento de la complejidad de las estructuras sociales, una cantidad creciente de actores en salud global y la ampliación de las desigualdades en el interior de las naciones y entre ellas. Estos factores, combinados con transiciones epidemiológicas y demográficas y con el consiguiente aumento de las enfermedades no contagiosas, el envejecimiento de la población y el cambio climático, requieren repensar cómo se diseñan las políticas públicas enfocadas a la salud.³⁰

La estrategia HiAP fomenta asociaciones fuertes y eficaces con un enfoque que implica a todo el gobierno, multisectorial y multi-actor para desarrollar políticas y programas coherentes para alcanzar la salud y el bienestar para todos. Además, también proporciona una estrategia de “gobernanza horizontal” a problemas de salud complejos que implican a los niveles más altos de liderazgo gubernamental, político y ejecutivo para el establecimiento efectivo de prioridades, la innovación en la realización de políticas y la implementación de soluciones sostenibles.³⁰

“La salud en todas las políticas” y oportunidades en el marco de los ODS

La HiAP se sustenta en un incipiente conocimiento basado en evidencia, a partir de la observación empírica y la evaluación científica. Aunque existe un acuerdo científico relativamente robusto sobre las interacciones múltiples entre la salud y otros sectores³³ como la alimentación, el saneamiento, el agua y el aire limpios y la educación, entre otros, enfrentarse a los determinantes subyacentes en el área de la salud es difícil porque son, como definió Kickbush³⁰, complejos, con múltiples facetas y dinámicos. Entre los retos a los que se enfrenta una administración gubernamental verdaderamente horizontal, se incluye el hecho de que las instituciones públicas trabajan en silos, con diferentes mandatos, presupuestos, mecanismos de rendición de cuentas, restricciones de tiempo y culturas organizativas. Por ejemplo, a nivel nacional, los aspectos ambientales y de salud recaen casi invariablemente en distintos

³¹ Este enfoque de la gobernanza de la salud ha evolucionado en las últimas décadas, basándose en conferencias de promoción de la salud como Alma Ata, 1978, la Carta de Ottawa, 1986, o la Conferencia de políticas públicas saludables de 1988 en Adelaide, Australia; se aceleró con la Presidencia finlandesa de la Unión Europea en 2006 y se enmarcó como tal en la Declaración Política de Río de 2011 y la Declaración de Helsinki de 2013, entre otros.

³² Government of South Australia & World Health Organization. *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world*. Adelaide: Government of Australia, 2017. http://www.who.int/social_determinants/publications/Hiap-case-studies-2017/en

³³ Galvão LAC, Haby MM, Chapman E, Clark R, Magalhães Câmara V, Raggio Luiz R, et al. “The new United Nations approach to sustainable development post-2015: Findings from four overviews of systematic reviews on interventions for sustainable development and health.” *Rev Panam Salud Publica* 39:3 (2016):157–65.

ministerios o agencias. Además, existe una tendencia hacia las estrategias creación de políticas a corto plazo similares a las del mundo financiero, y de una falta de seguimiento del progreso y de la evaluación del impacto.³⁰

Sin embargo, la Agenda 2030 representa una oportunidad única de avanzar en este sentido. A pesar de los avances significativos hacia la consecución de objetivos específicos, se obtuvo un progreso poco equilibrado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que no incluían exhortaciones para una mejor gobernanza³⁰. En cambio, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados por todos los países en el año 2015, aportan un nuevo marco a medio plazo para el desarrollo global y la sostenibilidad, que se estructura en un doble eje de equidad y sostenibilidad y considera un marco geográfico global. En el caso particular de la salud global, es la primera vez que las enfermedades infecciosas y las no transmisibles se alinean con los determinantes ambientales y socioeconómicos para proporcionar una imagen verdaderamente integral del reto y define una respuesta apropiada. El marco de los ODS lleva implícita la consideración de estas interacciones entre sectores^{34,35,36,37} de forma que promuevan la coherencia en las políticas, o la necesidad de monitorizar y evaluar el progreso de forma continuada a través de un conjunto de objetivos e indicadores sobre los que exista un importante consenso. De esta forma, el reconocimiento de la interdependencia entre todos los sectores y la necesidad de conocimiento empírico actualizado por parte de los ODS proporciona un sólido punto de partida para avanzar en la HiAP, al tiempo que esta estrategia aporta una herramienta para la implementación de los ODS. Alcanzar los ODS se basará en unas capacidades técnicas fundamentales reforzadas y en la creación de uniones mucho más fuertes entre las comunidades y las agencias de estas distintas áreas interrelacionadas para permitir un enfoque más holístico de la gobernanza en el ámbito de la salud.

La tabla ([Tabla 1](#)) ilustra algunas de las oportunidades existentes en el tratamiento de los retos asociados a la HiAP en el contexto de la agenda de los ODS. En base a estos retos y oportunidades, se presentan las siguientes recomendaciones para posicionar la HiAP en el contexto de los ODS:

- Establecer un marco de HiAP común con objetivos e indicadores, que se dirija a ODS relacionados con la salud.
- Desarrollar líneas de actuación, en términos de monitorización y evaluación, para las acciones de HiAP, de forma que permitan una monitorización y evaluación rutinarias.
- Desarrollar resultados medibles a nivel social, de salud y/o ambientales en términos de HiAP.
- Promover el compromiso político de alto nivel desde el nivel local hasta el global, hacia la implementación de la HiAP en el contexto de la agenda de los ODS.
- Apoyar el desarrollo de las capacidades y competencias profesionales necesarias para

³⁴ Nilsson M, Griggs D, Visbeck M. “Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals.” *Nature* 534:7607 (2016):320-2. doi: 10.1038/534320a.

³⁵ International Council for Science (ICSU). *A Guide to SDG Interactions: from Science to Implementation* [D.J. Griggs, M. Nilsson, A. Stevanice, D. McCollum (eds)]. Paris: International Council for Science, 2017.

³⁶ Nunes AR, Lee K, O’Riordan “T. The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: The example of health and well-being.” *BMJ Global Health* 1:e000068 (2016). doi:10.1136/bmjgh-2016-000068.

³⁷ Nilsson, M. “Understanding and mapping important interactions among SDGs. Background paper for Expert meeting in preparation for HLPF 2017. Ready institutions and policies for integrated approaches to implementation of the 2030 Agenda.” Vienna: Måns Nilsson, 2016.

identificar ventanas de oportunidad para hacer avanzar la HiAP en el sector sanitario.

- Construir la capacidad de los gobiernos, las empresas y las comunidades de trabajar juntos en HiAP en el contexto de la agenda de los ODS.
- Promover las plataformas de intercambio de conocimiento entre el ámbito académico y los tomadores de decisiones políticas para integrar mejor los aspectos sanitarios a nivel político y técnico, identificar áreas de investigación relevantes y desarrollar políticas basadas en la evidencia.
- Promover la investigación sobre la implementación de la estrategia HiAP, en especial en los mecanismos de gobierno y de financiación.
- Promover la utilización de las evaluaciones del impacto en salud como una herramienta para desarrollar acciones prácticas en HiAP. Los indicadores de impacto sobre la salud aportan información sobre el progreso y la eficacia de las políticas de formas tangibles y fácilmente comprensibles (por ejemplo, las restricciones en el transporte por carretera en las ciudades, la contaminación del aire y el impacto sobre la salud).³⁸

“La salud en todas las políticas” en la práctica

A pesar de los retos mencionados, existen varios ejemplos de HiAP a nivel global. La primera tanda de países que empezaron a implementar la HiAP hace una década constituye un ejemplo del valor añadido que puede tener la acción intersectorial para la salud sobre un problema de salud específico. Uno de los ejemplos pioneros fue el de la ciudad finlandesa de Senäjoki³⁹ que frenó una epidemia de obesidad infantil mediante la integración de la HiAP en sus estrategias municipales. Esta estrategia incluyó al departamento de planificación urbana, que fue el encargado de mejorar los patios escolares, al departamento de ocio, que implementó más actividad física en las escuelas, expertos nutricionales que trabajaron con las guarderías para eliminar los refrigerios azucarados y con las escuelas para servir comidas más saludables, y finalmente el departamento de salud, que llevó a cabo exámenes integrales de salud en las escuelas cada año, que incluían educación parental acerca de una nutrición saludable. Como resultado, la proporción de niños de cinco años con sobrepeso u obesidad se redujo a la mitad, y pasó de una prevalencia de alrededor del 20% a una de alrededor del 10%. Los diseñadores de las políticas de salud implicados en este proyecto describieron la dificultad de reunir a los tomadores de decisiones políticas no sanitarias, de explicar el impacto de su trabajo en los resultados en salud y de crear asociaciones entre el departamento de salud y otros departamentos gubernamentales.

Podría aducirse que la HiAP solo es aplicable en países desarrollados con modelos legislativos y organizacionales sofisticados, como en el caso de Finlandia, pero existen resultados emergentes, o nuevos, en todos los continentes, incluyendo en países de ingresos bajos y medios, como China, Surinam, Zambia, Namibia y Ecuador. Una publicación reciente³⁰ presenta varios ejemplos de diferentes estrategias de HiAP que están siendo implementadas, subrayando el compromiso de alto nivel y la colaboración intersectorial mediante mecanismos como las “Asambleas Nacionales de Salud, Comisiones, o grupos de trabajo ad hoc” con representación de distintos ministerios o agencias (California (USA), Tailandia, Surinam); legislación *ad-hoc*

³⁸ Vea más ejemplos de EIS aquí: <http://www.who.int/hia/examples/en>.

³⁹ Lea el caso completo aquí: <http://www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/en>.

como las “Leyes Nacionales o Municipales de Salud” (Tailandia,⁴⁰ Gales); herramientas de evaluación específicas (*Health Lens Analysis*, en Australia del Sur⁴¹ o Evaluaciones del Impacto en Salud, en Gales); iniciativas locales lideradas por la comunidad en las áreas de planificación urbana o en las decisiones locales de inversión (“Barrios Saludables” en Quito (Ecuador) o *Greater Christchurch Urban Development Strategy*, en Nueva Zelanda).

Es posible que la HiAP resulte una herramienta más comprensible cuando se implementa en entornos específicos o dentro de límites geográficos locales. Las ciudades son el contexto perfecto para entender los vínculos entre la salud, sus determinantes sociales y ambientales, así como para implementar soluciones que sigan una lógica HiAP. La vida urbana presenta retos que nos empujan a repensar cómo planificar los entornos urbanos, tanto promoviendo espacios que permitan un estilo de vida más saludable (por ejemplo, espacios verdes o azules y su conexión con el ejercicio físico y la salud mental) como mitigando exposiciones como el ruido, la contaminación del aire y el humo del tabaco.⁴² Por ejemplo, la Alianza de Ciudades Saludables (*Alliance for Healthy Cities*)⁴³ incluye países de renta media, especialmente en Asia,⁴⁴ que están avanzando rápidamente en la promoción de la salud, la mejora de los entornos urbanos y el abordaje de los retos ambientales.

Conclusiones

En resumen, si bien debe hacerse más para aumentar la participación pública, promover la colaboración intersectorial y medir el impacto sobre la salud de las políticas de otros sectores, la HiAP se presenta como una excelente estrategia para aumentar la concienciación sobre los determinantes sociales de la salud y para implementar políticas inclusivas, orientadas a la equidad, basadas en evidencia, y promotoras de salud. La HiAP también se presenta como una herramienta de gobernanza de salud muy útil para alcanzar los ODS. Ambas áreas están avanzando, no solo en teoría sino también en la práctica, y ya hay como mínimo cinco países (Australia, España, Letonia, Suiza y Venezuela) que han mencionado o informado de ejemplos de HiAP en sus exámenes nacionales de carácter voluntario en el Foro Político de Alto Nivel de las Naciones Unidas.⁴⁵ Es responsabilidad de la comunidad de salud pública garantizar una expansión más sistemática de la estrategia HiAP, con el apoyo de herramientas y procesos innovadores, en particular en países donde se prevé en base a las tendencias actuales que los ODS relacionados con la salud probablemente no se alcancen en el 2030.⁴⁶

⁴⁰ Rajan D, Mathurapote N, Putthasri W, Posayanonda T, Pinprateep P, de Courcelles S, Allouc A, Ros E, Delobre A, Schmets G. *The triangle that moves the mountain: Nine years of Thailand's National Health Assembly*. Paris: WHO, SciencesPo, and National Health Commission of Thailand, 2016.

⁴¹ Lawless AP, Williams C, Hurley C, Wildgoose D, Sawford A, Kickbusch I. “Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health.” *Can J Public Health* 103:7Suppl1 (2012):eS15-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23618043>.

⁴² Read more about ISGlobal’s Urban Planning, Environment and Health Initiative and the “Cities that we want” Project at https://www.isglobal.org/en/publication/-/asset_publisher/ljGAMKTWu9m4/content/informe-digital-interactivo-5-claves-para-ciudades-mas-saludables.

⁴³ Read more about the “Alliance for Healthy Cities” at <http://www.who.int/life-course/partners/alliance-healthy-cities/en>

⁴⁴ World Health Organization. *Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion: All for Health, Health for All, 21-24 November 2016*. Geneva: World Health Organization, 2017.

⁴⁵ Check all 153 reports (as of September 2018) at <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs>

⁴⁶ GBD 2016 SDG Collaborators. “Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: An analysis from the Global Burden of Disease of Disease study 2016.” *The Lancet Global Health Metrics* 390:10100 (2017):1423-1459.

Tabla 1: Retos y oportunidades para incluir la estrategia HiAP en el marco de los ODS

Retos en HiAP	Oportunidades en ODS
Desequilibrio entre los aspectos técnicos y políticos de la salud . ^{47, 48, 49}	Los ODS, a diferencia de los ODM, se enfocan a los procesos técnicos y políticos y estimulan a los gobiernos y a sus socios a tener un pensamiento más político, sistémico y holístico . ³⁰
Conocimiento inadecuado de la HiAP a lo largo de otros sectores. ^{40, 41, 50}	Los ODS se aceptan universalmente. Por consiguiente, vincular la HiAP en el contexto de la agenda de los ODS proporciona un canal para sobreponerse a los vaivenes en las prioridades políticas, integrar la HiAP en las agendas de desarrollo nacional y crear conciencia sobre la HiAP como una herramienta para alcanzar el ODS 3 (Buena Salud y Bienestar), entre otros. ^{39, 40}
Los cambios en las prioridades políticas conllevan incertidumbre acerca del mantenimiento de los esfuerzos realizados en HiAP. ^{30, 51}	
Investigación limitada en distintos mecanismos de gobierno y de financiación necesarios para operacionalizar la HiAP. ^{30, 52}	El Objetivo 17 de los ODS (creación de asociaciones para los objetivos) reclama un mayor compromiso con la formación de asociaciones y la cooperación a través del establecimiento de coherencia en las políticas y de un entorno capacitante para el desarrollo sostenible a todos los niveles y por parte de todos los actores. Este aspecto ha recibido apoyo por parte de las publicaciones de las Naciones Unidas relacionadas con los mecanismos de financiación y de coordinación institucional para implementar los ODS a escala nacional y global, lo que ilustra la posibilidad de que los ODS proporcionen una plataforma para promocionar posteriores investigaciones y promover la comprensión de la gobernanza efectiva, la financiación y las estructuras asociativas necesarias para desarrollar soluciones sostenibles hacia la “Salud para Todos” (“ <i>Health for All</i> ”), bajo la premisa de la HiAP. ⁵³
Falta de resultados adecuados sobre las vinculaciones entre sectores, lo que dificulta iniciar y sostener asociaciones . ^{30, 39, 40, 41, 42, 43, 44}	Los ODS engloban todos los sectores, aportan una plataforma para desarrollar un marco de HiAP que se enfoque a la salud en todos los ODS. ^{54, 55} La resolución de la ONU A/RES/70/1 especifica de forma explícita que “los Objetivos de Desarrollo Sostenible... son universales, indivisibles e interconectados”.

⁴⁷ Thematic Group on Health for All. *Health in the Framework of Sustainable Development: Technical Report for the Post-2015 Development Agenda*. New York: Sustainable Development Solutions Network, 2014.

⁴⁸ Kickbush I. “*Health in All Policies*.” *BMJ* 347: f4283 (2013).

⁴⁹ World Health Organization. *Demonstrating a Health in All Policies Analytic Framework for Learning from Experiences*. Geneva: WHO, 2013.

⁵⁰ Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S (Eds). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health of Finland, National Institute for Health and Welfare, European Observatory on Health Systems and Policies, UNRISD, Ministry for Foreign Affairs of Finland, 2013.

⁵¹ Howard R, Gunther S. *Health in All Policies: An EU Literature Review 2006-2011 and Interview with Key Stakeholders*. Equity Action, 2012.

⁵² Baum F, Delany-Crowe T, MacDougall C, Lawless A, van Eyk H, Williams C. “Ideas, actors and institutions: lessons from South Australian Health in All Policies on what encourages other sectors’ involvement.” *BMC Public Health* 17:1 (2017):811. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29037182>.

⁵³ Molnar A, Renahy E, O’Campo P, Muntaner C, Freiler A, Shankardass K. “Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis.” *PLoS One* 11:2 (2016): e0147003.

⁵⁴ Benson Wahlén C. “*UNDP Releases Guidance on Mechanisms for SDG Implementation*.” New York, IISD, 2018.

⁵⁵ “United Nations Partnerships for SDGs platform.” Accessed 28 Jul 2018. <https://sustainabledevelopment.un.org/partnerships>.

FINANCIACIÓN PÚBLICA: LA CLAVE DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

ROBERT YATES y RAVI RANNAN-ELIYA
Chatham House & Institute for Health Policy

Mensajes clave

- Los principios de equidad subyacentes a la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) tienen profundas implicaciones en el modo en que los países deberían financiar sus sistemas sanitarios.
- La financiación mediante desembolso directo es ineficiente y contribuye en gran medida a la desigualdad.
- Todos los países que se encuentran cerca de alcanzar la CSU, en algún momento de su historia han socializado, como mínimo parcialmente, su sistema de financiación sanitaria.
- Los resultados indican que los mecanismos obligatorios de financiación pública (impuestos generales y seguridad social-sanitaria) son la forma más efectiva, eficiente y equitativa de alcanzar la CSU.

La Cobertura Sanitaria Universal (según la cual cada persona recibe los servicios sanitarios que necesita sin sufrir penalidades financieras) es una de los motores de la agenda de salud global. En los últimos seis años, todos los países del mundo se han comprometido dos veces a la CSU: mediante una resolución de la ONU en el año 2012 ⁵⁶ y al firmar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el año 2015.⁵⁷ De hecho, los principales organismos internacionales del sector salud, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, consideran que alcanzar la CSU es la mejor estrategia para implementar el ODS 3 (buena salud y bienestar).

En términos estrictos, ningún país ha logrado, ni probablemente logrará nunca, alcanzar un estado perfecto de cobertura universal, en el que cada persona reciba todos los servicios sanitarios concebibles que necesite, con una cobertura óptima y sin sufrir penalidades económicas. La CSU, por lo tanto, se asimila normalmente a un viaje, más que a un destino. Sin embargo, es indudable que algunos países están más cerca que otros de alcanzar el objetivo de garantizar que todos los ciudadanos tengan un acceso adecuado a un nivel razonable de servicios.⁵⁸ No se trata únicamente de algo que dependa de la riqueza nacional, dado que

⁵⁶ United Nations. *General Assembly, sixty-seventh session, Agenda item 123, Global health and foreign policy (A/67/L.36)*. New York: United Nations, 2012.

⁵⁷ United Nations. *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1)*. New York: United Nations, 2015.

⁵⁸ The World Health Organization and The World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. Washington, D.C.: WHO and WB, 2017.

algunos países de rentas medias se hallan más cerca de la CSU que la mayor economía mundial, los Estados Unidos de América, donde 29 millones de personas aún no disponen de un seguro de salud.⁵⁹

Amplias investigaciones demuestran que para progresar hacia la CSU, los países necesitan implementar una serie de reformas a lo largo de cada uno de los seis sistemas modulares identificados por la OMS: entrega del servicio, fuerza de trabajo en salud, sistemas de información, medicamentos, financiación y gobernanza.⁶⁰

Sin embargo, puede aducirse que de todas ellas las reformas más importantes (y que tienen un impacto directo sobre los otros cinco pilares básicos) son las relativas a la financiación sanitaria, en la que la lógica tradicional para una intervención gubernamental ha sido la necesidad de corregir los fallos masivos del mercado en la financiación de los servicios de salud. El Premio Nobel Kenneth Arrow fue una de las primeras personas en reconocer que los consumidores de servicios de salud sufrían el riesgo de ser explotados por los proveedores de salud, dada su falta de conocimientos médicos.⁶¹ En un mercado libre no regulado de servicios de salud, resulta fácil vender a los consumidores vulnerables servicios ineficaces o servicios que no necesiten, provocando que gasten sumas inasequibles a lo largo del proceso.

El objetivo de una cobertura sanitaria **universal** fortalece aún más la necesidad de la intervención gubernamental en la financiación sanitaria, porque la CSU está regida por un interés principal y por el reconocimiento de la importancia de la protección, los derechos y la equidad. No se debe únicamente a la naturaleza universal del objetivo, que **todo el mundo** debería tener cobertura. También está relacionado con el requisito de que los servicios de salud se distribuyan de acuerdo a las necesidades, y para garantizar que nadie sufra penalidades económicas el sistema financiero debe sufragarse en función de la capacidad de pago de cada persona. En otras palabras, la CSU solo puede alcanzarse en un sistema de financiación sanitaria en la que los miembros sanos y ricos de la sociedad subsidien los servicios a los enfermos y pobres.⁶² Un mercado de servicios de salud en el que la gente compre y venda servicios en un mercado libre no alcanzará dicho resultado, dado que dejará a los pobres sin acceso a una atención adecuada cuando estén enfermos.

Por consiguiente, los principios de equidad subyacentes a la CSU tienen profundas implicaciones en la forma en que los países deberían financiar sus sistemas sanitarios y, en particular, en qué mecanismos financieros resultarán efectivos, eficientes e igualitarios para alcanzar la CSU.

El mecanismo más sencillo para financiar la atención sanitaria consiste en que las personas paguen directamente por los servicios que utilicen mediante cuotas de usuarios, pero actualmente existe un consenso global: la financiación mediante desembolso directo es ineficiente

⁵⁹ National Center for Health Statistics, Center for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-insurance.htm>

⁶⁰ World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Geneva: WHO, 2007.

⁶¹ Arrow K. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *The American Economic Review* 53:5 (1963).

⁶² Evans DB et al. *The World Health Report. Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO, 2010.

y contribuye en gran medida a la desigualdad.⁶³ De este modo, en un sistema sanitario dominado por las cuotas de usuario, solo los ricos pueden tener acceso a los cuidados necesarios, y los ciudadanos más pobres corren el riesgo de sufrir problemas de salud muy graves como consecuencia de la falta de atención médica, o bien de verse catapultados a la pobreza si terminan accediendo a dichos servicios. La existencia de unas cuotas de usuario inasequibles también puede tener otras consecuencias funestas: en algunos países con sistemas de gobierno débiles, miles de personas son retenidas en los hospitales cuando no pueden pagar sus facturas⁶⁴. Esto representa una clara violación de sus derechos humanos y es una vívida representación de los fallos de un sistema sanitario en el que se permite a los proveedores exigir lo que quieran a los consumidores vulnerables.

Dado que la demanda de atención sanitaria suele ser impredecible, infrecuente, y cara, la teoría económica indica que los mecanismos de seguros deberían desempeñar un papel importante en la financiación de dicha atención. En tales sistemas, cada persona realiza un pre-pago a un fondo conjunto, y los recursos financieros sólo circulan hacia aquéllos que requieren los servicios. Ésta es, de hecho, la base de la mayoría de los demás mecanismos de financiación, pero los requisitos de equidad de la CSU implican que algunos mecanismos de aseguramiento son más efectivos que otros.

En particular, los planes de seguros privados voluntarios, en los que cada persona puede escoger si se une y cuándo hacerlo, y puede marcharse cuando quiera, no logran crear reservas estables de recursos en los que los servicios se distribuyan de acuerdo a la necesidad y se financien en función de la capacidad de pago. En un mercado libre para los productos de seguros financieros, existen inmensos incentivos para que las personas ricas y relativamente sanas creen sus propios planes e intenten excluir a los enfermos y pobres. De esta forma, se tiende a dejar a las personas muy necesitadas en planes que son financieramente inviables, algo que se conoce como selección adversa. En los Estados Unidos, la decisión de dejar sin efecto un mandato por el que se requería a las personas que adquirieran un seguro de salud ya está aumentando la selección adversa, dejando a muchos sin seguro y a otros con unos costes más elevados. Ha afectado con mayor intensidad a los segmentos de población más pobres y más enfermos, dado que ya no tienen acceso a los subsidios establecidos en la “Ley de la Asistencia Sanitaria Asequible” (*Affordable Care Act*).⁶⁵ Todo esto ha conducido a los Estados Unidos a encontrarse más lejos del objetivo de CSU al que se comprometió en las Naciones Unidas.

Las experiencias recientes de los Estados Unidos remarcan el requisito fundamental para un sistema de financiación de la CSU equitativo: las contribuciones a la reserva deben ser obligatorias y progresivas. Tal y como demuestran países como los Estados Unidos y Sudáfrica, ambos sistemas sanitarios dominados por los seguros privados, los ricos y poderosos no subsidiarán adecuadamente los servicios para los menos privilegiados. Como Dean Jamison, uno

⁶³ Robert E and Ridde V. “[Global health actors no longer in favour of user fees: A documentary study.](#)” *Global Health* 9:29 (2013).

⁶⁴ Yates R, Whitaker E, Brookes T. [Hospital Detentions for Non Payment of Fees – A Denial of Rights and Dignity.](#) UK: Chatham House, 2017.

⁶⁵ Collins R et al. [First Look at Health Insurance Coverage in 2018 Finds ACA Gains Beginning to Reverse.](#) New York: The Commonwealth Fund, 2018.

de los autores principales de la Comisión de Lancet *Investing in Health* (“La Inversión en Salud”) afirmó en el año 2013: “el camino hacia la CSU no es viable si se basa en el seguro privado voluntario.”⁶⁶

Por el contrario, los miembros más ricos de la sociedad deben ser apremiados a contribuir más para subsidiar a los menos privilegiados, y eso sólo puede lograrse ejerciendo el poder del estado y sancionando a aquéllos que no cumplan con ello. En otras palabras, sólo un sistema de financiación sanitaria gobernado públicamente puede proporcionar los subsidios cruzados necesarios para la cobertura universal. Además, para alcanzar dicho resultado el estado debe desempeñar un papel principal, controlando cada una de las funciones fundamentales del sistema de financiación: obtener ingresos, crear reservas de recursos y adquirir servicios. Todas estas funciones deben operar de forma eficiente e igualitaria para construir un sistema de financiación sanitaria capaz de proporcionar CSU.

Los dos mecanismos principales de financiación pública utilizados por gobiernos de todo el mundo para construir un sistema de estas características son la financiación a partir de los impuestos generales (obtenidos a partir de todos los tipos de ingresos públicos y distribuidos mediante procesos presupuestarios gubernamentales, tanto a nivel nacional como local) y el seguro social sanitario obligatorio (impuestos sobre la renta progresivos destinados a un fondo exclusivo para el seguro de salud). En el pasado, se ha hablado mucho de las diferencias entre lo que se ha descrito como los modelos de Bismarck (seguro social) y Beveridge (impuestos generales), pero en realidad son muy similares. Ambos se basan en obligar a los miembros más ricos de la sociedad a pagar cantidades más elevadas a fondos sanitarios de reserva a cambio de obtener el mismo nivel de atención en función de las necesidades que otros miembros de la sociedad.

De hecho, según algunas opiniones el debate Bismarck-Beveridge es cosa del pasado⁶⁷ porque hoy en día la mayoría de los países utilizan una combinación de estos mecanismos obligatorios para crear grandes reservas de financiación pública, y los planes de seguros sociales en Europa están aumentando su dependencia de los impuestos generales como fuente de financiación.

Lo que está claro es que todos los países que se encuentran cerca de alcanzar la CSU en algún momento de su historia han socializado, como mínimo parcialmente, su sistema de financiación sanitaria. Esto ha implicado sustituir una financiación privada ineficiente y desigual por una financiación pública obligatoria y progresiva. Dichas transiciones han incluido, mayoritariamente, un componente altamente político, y han sido fomentadas por líderes que respondían a la presión política de la mayoría de la población.⁶⁸ Este ha sido el caso para todos los países con rentas altas (a excepción de los Estados Unidos e Irlanda), y de muchos de los países de rentas medias e incluso bajas, incluyendo Tailandia, Malasia, Sri Lanka, Costa Rica, Brasil y Ruanda. El país más poblado del mundo, China, es un caso fascinante: China implementó

⁶⁶ Lane R. “[Dean Jamison – Putting economics at the heart of global health.](#)” *The Lancet* 382:9908 (2013).

⁶⁷ Kutzin J. “[Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan.](#)” *Bulletin of the World Health Organization* 87 (2009):549-554.

⁶⁸ Savedoff W et al. [Transitions in Health Financing and Policies for Universal Health Coverage: Final Report of the Transitions in Health Financing Project.](#) Washington: Results for Development Institute, 2012.

la CSU financiada públicamente en la década de 1950, la perdió con la dominación de la financiación privada en la década de 1980, y la está recuperando ahora incrementando enormemente la financiación mediante impuestos.⁶⁹

Al subrayar el mejor rendimiento de la financiación pública, es importante hacer énfasis en que incluso los países que se encuentran cerca de la CSU también utilizan mecanismos de financiación privados, incluyendo cuotas de usuario y seguros privados. Mientras que las personas de mayor poder adquisitivo aporten sus justas contribuciones a las reservas controladas por el sector público, no hay razón para que no se les permita también adquirir servicios adicionales o seguros voluntarios. Sin embargo, es de vital importancia que los servicios financiados por el sistema de financiación público estén adecuadamente preparados y tengan la calidad apropiada para satisfacer las necesidades de todas aquellas personas que escojan utilizarlos. Si el nivel medio de la atención financiada públicamente es claramente inferior a la que puede adquirirse por medios privados, pueden aparecer sistemas desiguales de dos niveles, en los que las clases medias utilicen siempre el sector privado y se despreocupen del sistema público.

La solidaridad social es fundamental para el funcionamiento de un sistema de financiación igualitario de la CSU, y esto es algo que sólo puede lograrse si el votante medio considera que sostener el sistema público es algo de su interés.

⁶⁹ Yip, W et al. "[Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms.](#)" *The Lancet* 379:9818 (2012):833-842.

LA REVOLUCIÓN DE LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS

SONIA EHRLICH SACHS y JEFFREY SACHS

Columbia University & Red de Soluciones para un Desarrollo Sostenible

Mensajes clave

- La mayor revolución en salud pública hoy en día es el aumento de los Agentes de Salud Comunitarios (ASC) profesionalizados.
- Los ASC son más efectivos cuando están profesionalizados (remunerados, formados, supervisados y con suficiente abastecimiento de suministros).
- Los ASC son claramente una estrategia barata, con un coste anual de 7 dólares por habitante.
- La expansión de los ASC, en especial en entornos con escasez de recursos, es fundamental para alcanzar el ODS 3.

La mayor revolución en salud pública hoy en día es el aumento de los Agentes de Salud Comunitarios (ASC) profesionalizados. Existen pruebas contundentes de que los ASC profesionalizados pueden mejorar en gran medida la provisión de salud a bajo coste en países de todos los niveles de renta⁷⁰ y por consiguiente son vitales para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), uno de los propósitos del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, que persigue garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a todas las edades. El reciente compromiso adquirido por los líderes africanos de desplegar “dos millones de agentes de salud comunitarios africanos”⁷¹ para luchar contra el sida y otras enfermedades es un logro esencial en la consecución de la CSU. También lo es el lanzamiento, el 26 de octubre de 2018, de las “directrices de la OMS sobre políticas de salud y el apoyo a los sistemas para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios”, lo que señala un reconocimiento crítico de los principios básicos de este colectivo profesional.

Los ASC han desempeñado durante mucho tiempo un papel en los programas nacionales de salud. Las campañas de salud pública en China en las décadas de 1950 y 1960 fueron posibles gracias a los famosos “médicos descalzos”. La Declaración de Alma Ata de 1978, que exhortaba a la “salud para todos” para el año 2000, preveía un despliegue masivo de ASC. Dos iniciativas de ASC a gran escala y ampliamente admiradas fueron lanzadas durante el trabajo inicial en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Una de ellas fue la introducción, en Etiopía, de los Agentes de Divulgación Sanitaria, llevada a cabo por el Dr. Tedron Adhanom Ghebreyesus, por entonces Ministro de salud. La otra fue la introducción, en India, de los Agentes Sociales de Salud Acreditados. Trabajos posteriores dirigidos por la Dra. Miriam Were, vicerrectora de la Moi University en Kenia, y por el Dr. Henry Perry de la Universidad

⁷⁰ Perry H, Zulliger R, Rogers M. “[Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness.](#)” *Annual Review of Public Health* 35 (2014):399-421.

⁷¹ UNAIDS. [2 million African community health workers](#). Geneva: UNAIDS, 2017.

Johns Hopkins, también demostraron la eficacia del despliegue a gran escala de los ASC en África y en América Latina.

Los ASC son trabajadores locales, por lo general con estudios secundarios, y de confianza para la comunidad en la que viven y a la que sirven. En el pasado, los ASC eran voluntarios, a menudo con una formación y supervisión mínima, y disponían de suministros escasos. Las compensaciones, si es que había alguna, eran regalos hechos por la comunidad.

El concepto de los ASC como trabajadores de salud profesionalizados –remunerados, formados, supervisados y abastecidos– apareció a principios de la primera década del 2000. Uno de los desarrollos principales fue la rápida expansión de la cobertura de teléfono móvil en comunidades rurales remotas y de rentas bajas, que empezó hacia el año 2005, lo que permitió realizar labores de supervisión y apoyo, así como llevar a cabo el seguimiento, a través de datos en tiempo real, de los mecanismos de control de las políticas y de la orientación de sistemas expertos. A medida que las responsabilidades de los ASC se expandieron, también lo hizo la necesidad de proporcionarles mejor formación, supervisión y remuneración.

Las herramientas online para los ASC florecieron a partir del año 2010, con la introducción de teléfonos inteligentes programados con nuevas aplicaciones de salud pública como Dimagi's CommCare y otros sistemas. Otras tecnologías nuevas, como los test de diagnóstico rápido –que podían ser realizados directamente en la comunidad– para muchas enfermedades (principalmente la malaria), y los nuevos medicamentos expandieron en gran medida la efectividad de los ASC, que ganaron versatilidad, con nuevos roles y responsabilidades en la atención continua.

En el año 2006, el proyecto Aldeas del Milenio introdujo los ASC profesionalizados en las zonas de las Aldeas del Milenio en diez países del África Sub-Sahariana. En el contexto de estas Aldeas, la profesionalización significaba remuneración, formación, supervisión, abastecimiento con teléfonos móviles (básicamente teléfonos inteligentes), sistemas de información y mochilas con kits de medicamentos, diagnósticos y otras herramientas. La evaluación final del proyecto Aldeas del Milenio, publicado recientemente en *The Lancet Global Health*, demuestra la eficacia de este modelo de sistema de salud, fuertemente basado en el colectivo de ASC profesionalizados.⁷²

En el Foro Económico Mundial del 2013, el MVP y el *Earth Institute* de la Universidad de Columbia lanzaron la “Campaña para un millón de agentes de salud comunitarios” (Campaña *1mCHW*, por sus siglas en inglés).⁷³ El CEO de Novartis por aquél entonces, Joe Jimenez, se unió al programa en representación de Novartis y de otras empresas, y el Presidente Paul Kagame de Ruanda representó a los Promotores de los ODM y a la Comisión sobre la Banda Ancha para el desarrollo digital de las Naciones Unidas. El objetivo de la campaña *1mCHW* era apoyar a las naciones africanas para movilizar como mínimo un millón de ASC profesionalizados a lo largo de todo el continente.

⁷² Mitchell S et al. “[The Millennium Villages Project: a retrospective, observational, endline evaluation.](#)” *The Lancet Global Health* 6:5 (2018):e500-e513.

⁷³ One Million Community Health Worker Campaign. [New Campaign to Train One Million Community Health Workers for sub-Saharan Africa.](#) New York: 1mCHWc, 2013.

La epidemia de ébola del África Occidental demostró aún más el papel fundamental de los ASC. Su relativa ausencia en Liberia, Sierra Leone y Guinea al principio de la epidemia fue una de las razones principales por las que ésta se propagó casi fuera de control en la fase inicial: la provisión de servicios de salud en la comunidad fue escasa o inexistente en las comunidades afectadas, y la confianza de las comunidades en las instituciones de salud pública era baja. Varios grupos, en especial *Last Mile Health* en Liberia, *Partners in Health* en Sierra Leone, y el *Earth Institute* en Guinea, introdujeron ASC para la gestión de casos de ébola, el seguimiento de contactos, los informes, la vigilancia, la concienciación pública y la construcción de vínculos de confianza entre las comunidades y las instituciones de salud pública.

La experiencia conllevó una nueva oleada de apoyo al despliegue de los ASC por parte de los líderes africanos. Aun así, a pesar del éxito demostrado de los ASC y de las llamadas a un aumento del apoyo internacional a la financiación de los ASC, en aquél momento la comunidad internacional hizo poco para incrementar su financiación de los ASC. En este contexto, la campaña lanzó una descripción de los costes del despliegue de los ASC. Los resultados, publicados en el *Boletín de la OMS*, mostraron que los ASC son realmente una ganga: su coste es de siete dólares anuales por habitante, y de aproximadamente 3.750 dólares por ASC.⁷⁴

El siguiente avance llegó en el 2015, con la decisión, por parte del anterior presidente de Ghana, John Mahama, de desplegar un colectivo nacional de 20.000 ASC en Ghana, con un salario pagado por la Agencia de Empleo Juvenil en el contexto del Ministerio de Empleo y de Relaciones Laborales. El Presidente Mahama reconoció el doble beneficio aportado por la existencia de un programa de ASC que proporcionaba apoyo a la salud pública al tiempo que dotaba de un proyecto laboral valioso a los jóvenes graduados de la escuela secundaria que se unían al servicio nacional a nivel local. Su sucesor, el Presidente Nana Akufo-Addo, Co-Presidente de los Promotores de los ODS, no sólo ha continuado el programa, sino que lo está complementando con un programa nacional de telemedicina tanto para ASC como para clínicas.

ONUSIDA es la principal institución en el escalado de los ASC, en reconocimiento del rol vital que los ASC desempeñan en la implementación del programa 90-90-90 de ONUSIDA para acabar con la epidemia de sida en el 2030. El programa de ONUSIDA aspira a que el 90 por ciento de las personas infectadas con el VIH conozcan su estado mediante un test diagnóstico; a que el 90 por ciento de las personas que conozcan su estado inicien el tratamiento con fármacos antirretrovirales (ARV), y a que el 90 por ciento de las personas tratadas con medicamentos ARV logren suprimir con éxito su carga viral. El objetivo para el 2030 sería alcanzar un 95-95-95. Como consecuencia, se rompería el ciclo de transmisión del VIH/sida.

Los ASC son necesarios en cada paso de la cascada 90-90-90: para identificar personas infectadas con el VIH, para permitirles empezar el tratamiento con ARV, y para ayudarles a adherirse a los regímenes de tratamiento. Son tareas para las que los ASC poseen capacidades únicas. Pueden identificarse unas capacidades únicas comparables en otros contextos similares de control de enfermedades, como el control de la malaria.

⁷⁴ McCord G, Liu A, Singh P. [Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions](#). *Bulletin of the World Health Organization* 2012;91 (2013):244-253b.

Por esta razón, los líderes de ONUSIDA, en conjunción con la Campaña *1mCHW* y la Red de Soluciones para un Desarrollo Sostenible de la ONU, presentó la campaña para los ASC como una parte fundamental del 90-90-90 a los líderes de la Unión Africana (UA) en el 2017.⁷⁵ Los líderes de la UA apoyaron ampliar la iniciativa hasta alcanzar *dos millones de agentes de salud comunitarios africanos*. Para el 2019, la UA está pensando en establecer nuevas modalidades de financiación para apoyar el incremento de la presencia de los ASC.

Recientemente, un consorcio de fundaciones filantrópicas y agencias de financiación se han comprometido a aportar 50 millones de dólares para alcanzar un total de 50.000 ASC en seis países, bajo el liderazgo de *Last Mile Health* y *Living Good*, que dependerá de si se logran otros 50 millones de dólares. Un aspecto a considerar sobre esta iniciativa es la intención mencionada por *Living Good* de desarrollar un modelo de recuperación de costes a través de la venta social de fármacos y otros tratamientos de salud, un enfoque que ha presentado resultados decepcionantes en el pasado (por ejemplo, en la era fallida de la venta social de mosquiteras para luchar contra la malaria, durante el periodo 2000-2005, antes de la distribución gratuita y masiva de mosquiteras por la que nosotros apostamos en el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005).

Un relevante artículo nuevo escrito por Victoria Chou y Henry Perry, entre otros, muestra que la expansión de los ASC podría evitar la increíble cifra de tres millones de muertes maternas e infantiles (punto medio estimado) durante el periodo 2016-2020, si el contingente de ASC se expande durante este intervalo a 73 países con una alta carga de enfermedad.⁷⁶ La región africana sería la mayor beneficiaria de este esfuerzo global, ya que se estima que es en este continente donde se salvarían el 58% de las vidas mencionadas. Las áreas de mayor impacto incluirían las “intervenciones nutricionales durante el embarazo, el tratamiento de la malaria con compuestos de artemisina, las soluciones de rehidratación oral para la diarrea infantil, el lavado de manos con jabón y los antibióticos orales para la neumonía”. Deben añadirse también los beneficios a largo plazo del 90-90-90.

Cada vez existen más pruebas de que los ASC pueden desempeñar un papel en los países de rentas altas, en especial entre las comunidades pobres y marginales. Dichas comunidades suelen sufrir graves cargas de enfermedad como consecuencia de los “determinantes sociales” de la salud, incluyendo la dependencia de las drogas, la discapacidad y el desempleo crónico, las enfermedades mentales, la obesidad, la marginación social (como por ejemplo la condición de migrante) y la pobreza. Los ASC pueden tener acceso a estos individuos marginados, capacitarles para interactuar de forma efectiva con las clínicas del barrio, los hospitales y los servicios sociales, ayudarles a adherirse a los regímenes de tratamiento y a enfrentarse a otras necesidades sociales urgentes. Manmeet Kaur, de *City Health Works*, en Harlem, en Nueva York (Estados Unidos) demuestra el funcionamiento del modelo ASC en el contexto de la población vulnerable de Nueva York.⁷⁷

⁷⁵ UNAIDS. *African Union endorses major new initiatives to end AIDS. Press Statement*. Geneva: UNAIDS, 2017.

⁷⁶ Chou V et al. “[Expanding the population coverage of evidence-based interventions with community health workers to save the lives of mothers and children: an analysis of potential global impact using the Lives Saved Tool \(LiST\)](#).” *Journal of Global Health* 7:2 (2017):020401.

⁷⁷ City Health Works website, <http://cityhealthworks.com>.

Por lo tanto, la revolución de los ASC profesionalizados ha empezado. Ahora ya disponemos una experiencia de base, las herramientas en expansión de la revolución TIC, el bajo coste de los sistemas de ASC, la buena disposición de los líderes políticos para co-invertir en ASC, y el aumento en las contribuciones filantrópicas. Lo que falta todavía es un esfuerzo de ampliar la estrategia de manera coordinada a nivel global.

Apelamos a las juntas directivas del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), el Fondo Global para el Financiamiento para apoyar el proyecto cada mujer, cada niño (GFF), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del sida (PEPFAR), y a la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra el Paludismo (PMI), entre otras, a respaldar planes para sus respectivas organizaciones que permitan canalizar el aumento de fondos hacia un esca-lado rápido de los sistemas de ASC. Instamos a la Unión Africana a establecer un mecanismo de financiación especial, como un nuevo fondo común supervisado por la UA para los siste-mas de salud africanos, para unirse a los donantes internacionales y a las agencias de la ONU en este esfuerzo.

También apelamos a las personas con una alta capacidad económica para que se unan al es-fuerzo, siguiendo el inspirador ejemplo de Bill y Melinda Gates. Los 2.208 billonarios mundia-les (identificados en la Lista Forbes) poseen un patrimonio combinado estimado de 9,1 trillo-nes de dólares⁷⁸. El coste anual de un sistema totalmente financiado de ASC para África, que despliegue dos millones de ASC, es del orden de 7,5 billones de dólares al año, o aproximada-mente el 0,08% del patrimonio combinado de dichos millonarios. Es difícil imaginar una mejor inversión para el planeta que la ampliación de la estrategia de ASC apoyado por los líderes africanos.

⁷⁸ Forbes. [Forbes Billionaires 2018](#). New York: Forbes, 2018.

La Red de Soluciones de Desarrollo Sostenible de la ONU, o SDSN por sus siglas en inglés, opera desde 2012 bajo los auspicios del Secretario-General de la ONU. SDSN moviliza la experiencia científica y tecnológica para promover soluciones prácticas para el desarrollo sostenible, incluyendo la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el Acuerdo Climático de París.

La Fundación de Salud Pública de la India, o bien Public Health Foundation of India (PHFI por sus siglas en inglés), es una iniciativa público-privada que ha evolucionado a través de consultas con múltiples circunscripciones, incluyendo instituciones académicas nacionales e internacionales, gobiernos estatales y centrales, agencias multilaterales y bilaterales, y grupos de la sociedad civil. PHFI se estableció como una respuesta para corregir la capacidad institucional limitada en la India, y así intentar fortalecer la capacitación, la investigación y el desarrollo de las políticas en el área de Salud Pública.

El Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) es el fruto de una innovadora alianza entre la Obra Social "la Caixa" e instituciones académicas y gubernamentales para contribuir al esfuerzo de la comunidad internacional con el objetivo de afrontar los retos de la salud en un mundo globalizado. Su modelo de trabajo apuesta por la traslación del conocimiento generado por la ciencia a través de las áreas de Formación y Análisis y Desarrollo Global.

Chatham House, también conocido como el Real Instituto de Asuntos Internacionales (Royal Institute of International Affairs), es líder mundial en análisis independientes, el debate fundamentado, e ideas influyentes sobre cómo construir un mundo próspero y seguro para todos. El Centro para la Seguridad de la Salud Global examina los principales desafíos de la salud global y cómo se manifiestan en problemas de política exterior y asuntos internacionales.





ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

**CHATHAM
HOUSE**

The Royal Institute of
International Affairs

**3 SALUD
Y BIENESTAR**

