

VIII. CREAR, RECLAMAR, DEFENDER: ALTERNATIVAS NO COMERCIALIZADAS EN EL SECTOR DE LA SALUD EN ASIA

Amit Sengupta

El sector de la salud abarca un ámbito muy amplio, que no sólo comprende los servicios de atención de la salud, sino también otros servicios afines que contribuyen a dicha salud, como el suministro de agua y saneamiento, y otros determinantes de la salud como la seguridad alimentaria, el empleo seguro, la equidad de género, la educación, la vivienda y un medio ambiente limpio. Sin embargo, para los fines de este capítulo nos limitaremos a los servicios de atención de la salud propiamente dichos, con la idea de poder centrar el análisis en los sistemas de propiedad y gestión que los despliegan y valorar hasta qué punto se pueden considerar esos sistemas como ‘alternativas a la privatización’.

Todo examen del suministro de atención de la salud y los sistemas de salud en Asia se debe situar en el marco económico predominante de la región. Al igual que en otras zonas del mundo, el marco neoliberal para la formulación de políticas públicas ha impregnado Asia durante las últimas tres décadas. Uno de los rasgos típicos que caracterizan a las políticas neoliberales es su clara posición contra las medidas concebidas para promover el bienestar. Esto se ha traducido en la eliminación gradual de toda una serie de derechos relacionados con la seguridad económica, los servicios de salud y la educación. Y al igual que en otras regiones del mundo, las políticas seguidas por la mayoría de estados en Asia han impuesto importantes recortes en los programas de asistencia social, como iniciativas para luchar contra la pobreza, subsidios para alimentos y actividades agrícolas, y servicios del sector público gratuitos o subvencionados (Haque 2008). En lo que respecta al sector de la salud, no deja de ser irónico que este giro en las políticas públicas se pusiera en marcha incluso antes de que se secara la tinta de la declaración sobre atención primaria de la salud que se adoptó en Alma Ata en 1978.¹

1. La Declaración de Alma Ata, emitida tras la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en la ciudad de Alma-Ata (URSS) entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978, manifiesta, entre otras cosas: “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y

No existe una única ‘realidad asiática’, ya que Asia alberga al 60 por ciento de la humanidad y está formada por países con historias, sistemas políticos y situaciones sociales muy distintas. A pesar de ello, resulta notable que en las últimas tres décadas prácticamente todo el continente haya adoptado un marco neoliberal, a la vez que introducía ‘reformas’ en el sector de la atención de la salud. Esas reformas son evidentes, por ejemplo, en los dos países más grandes del mundo: China e India. El índice de Gini de China (un indicador que se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos) era de 29 en 1981, pero alcanzó un 41 en 1995, parecido al de Estados Unidos. Durante los años noventa, la brecha entre zonas urbanas y rurales se agudizó, las diferencias regionales se acentuaron y las desigualdades en el acceso a oportunidades se incrementaron. Sólo las rentas del 20 por ciento más rico de la población china aumentaron más rápido que el promedio nacional; una realidad, de nuevo, notablemente parecida a la de Estados Unidos. La participación del Gobierno en los gastos en salud cayó en más de la mitad entre 1980 y 1998, casi triplicando la participación pagada por las familias (People’s Health Movement et al 2006, 11-51). En India, aunque se comenzaron a introducir elementos de políticas neoliberales ya en los años ochenta, las medidas formales de ajuste estructural para la economía se adoptaron relativamente tarde, en 1991. La consecuencia inmediata fue un recorte drástico en el apoyo presupuestario al sector de la salud. Los recortes fueron muy severos en los dos primeros años del proceso de reforma, que fue seguido de ciertas medidas de restablecimiento en los años posteriores. Indonesia, Tailandia y Filipinas se vieron obligados a someterse a reformas neoliberales para poder acceder a préstamos del Fondo Monetario Internacional (FMI) en plena crisis económica asiática de los años noventa. Camboya, Laos y Vietnam recurrieron al FMI y al Banco Mundial para obtener financiación y asesoramiento en los años ochenta, mientras intentaban construir sus economías, devastadas por la guerra (McGregor 2008). En Vietnam, durante el proceso de reestructuración económica de los años ochenta, fueron despedidos más de un millón de trabajadores y más de 20.000 empleados públicos (la gran mayoría de ellos profesionales de la salud y profesores). El acuerdo firmado con el FMI prohibía al Estado proporcionar respaldo presupuestario a la economía pública o al incipiente sector privado.

Panorámica de la situación por país

Después de repasar el marco macroeconómico general en que se encuadra el suministro de servicios de atención de la salud, pasamos a examinar tendencias más concretas en distintos países de la región. El análisis se limita a una lista escogida de países: Bangladesh, China, India, Irán, Laos, Malasia, Nepal, Sri Lanka y Tailandia. La lista seleccionada comprende una buena representación de la región:

sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

Asia occidental (Irán), Asia meridional (India, Sri Lanka, Bangladesh, Nepal), Asia sudoriental (Tailandia y Malasia), Indochina (Laos) y China. Estos países representan tendencias generales en las subregiones del continente y dan una idea de las grandes tendencias que se están desarrollando en él.

La tabla 8.1 ofrece una panorámica de algunos indicadores importantes relacionados con la prestación de servicios de salud, así como de otros determinantes significativos. De los cuatro países del Asia meridional, Sri Lanka se destaca como excepción positiva. Los otros tres países (India, Bangladesh y Nepal) muestran patrones parecidos en lo que respecta a la prevalencia de una alta mortalidad infantil y tasas de desnutrición, y un escaso gasto público en salud. La situación de Sri Lanka se detalla en las próximas páginas, en nuestro análisis del sistema público de salud del país. Otro dato interesante es que algunos de los indicadores de India son peores que los de Nepal y Bangladesh, hecho que debe verse en el contexto de que India se presente (junto con China) como caso paradigmático de fiel seguidor de las reformas neoliberales.

Tabla 8.1: Panorámica de la situación por países en el ámbito de la salud - Asia

	Renta per cápita PPA (USD)	Tasa de mortalidad entre menores de 5 años (2006)	Esperanza de vida al nacer		Gasto en salud como porcentaje del PIB (2004)		Índice de desarrollo humano (IDH)	Prevalencia de malnutrición infantil (2000-2007)	Acceso a parto seguro (% de alumbramientos totales)
			H	M	Público	Privado			
Bangladesh	1340	69	63	65	0,9	2,2	140	39,2	20
China	5370	24	70	74	1,8	2,9	81	6,8	98
India	2740	76	63	66	0,9	4,1	128	43,5	47
Irán	10800	34	69	72	3,2	3,4	94	--	90
Laos	1940	75	63	65	0,8	,1	130	36,4	19
Malasia	13570	12	72	76	2,2	1,6	63	--	98
Nepal	1040	59	63	64	1,5	4,1	142	38,8	19
Sri Lanka	4210	13	72	78	2	2,3	99	22,8	96
Tailandia	7880	8	66	75	2,3	1,2	78	7	97

Fuente: World Bank 2009, UNDP 2008 (PPA = paridad de poder adquisitivo; USD = dólares estadounidenses.)

Si no tenemos en cuenta los datos sobre gasto público en salud, China parecería presentar resultados notablemente positivos. Los datos, sin embargo, ocultan desigualdades regionales, entre zonas rurales y urbanas, y de renta sobre las que se ha escrito mucho, incluso por parte de funcionarios del Gobierno chino. El porcentaje de ingresos de los residentes urbanos con respecto a los residentes rurales se incrementó del 2,2 en 1990 al 2,9 en 2003. La Encuesta Nacional sobre Salud de China indica que casi el 30 por ciento de los pacientes del país no hizo uso de

atención hospitalaria cuando el médico les recomendó ser hospitalizados. El principal motivo para no acceder a la atención hospitalaria era la asequibilidad (70 por ciento): 54,1 por ciento en zonas urbanas y 75,4 por ciento en zonas rurales. La encuesta también reveló que, en los distritos rurales, la proporción de gastos en salud del total de gastos en artículos no alimentarios era del 28,9 por ciento en las familias con rentas más bajas y del 17,6 por ciento en las familias con rentas más altas (CHSI 2004).

En Asia sudoriental, representada por Malasia y Tailandia, se dibuja una situación distinta. Considerados como parte de ‘los tigres del sudeste asiático’ incluso antes de la actual fase de reformas neoliberales, sus indicadores se acercan a los de los países desarrollados. Sin embargo, hay diferencias entre ambos países, que examinaremos más adelante.

Laos es, en cierto sentido, un ejemplo típico de los tres países de la región ‘indochina –Vietnam, Camboya y Laos–, que se embarcaron en una serie de ‘reformas’ a mediados de los años ochenta, tras un período en que habían fomentado un modelo socializado de desarrollo. En esta región –y especialmente en Vietnam, el más grande de la zona–, la salud pública se consideraba una obligación del Estado, que se organizaba a través de un sistema de atención de la salud de cinco niveles, centralizado y jerárquico. Los servicios de salud se prestaban de forma gratuita en las provincias, los distritos y las más de 10.000 comunas de todo el país (llegando a veces incluso al nivel de brigada). Los servicios estaban totalmente financiados con fondos del Estado, procedentes del ámbito comunal, provincial y central. La cobertura de atención de la salud estaba extendida y era bastante equitativa, y la densidad de camas de hospital y médicos en Vietnam se situaba entre las más altas de Asia (SIDA 1994). El derrumbe del sistema de bienestar social basado en las comunas condujo al desplome de la base fiscal de los programas sociales. Los servicios se suspendieron, se privatizaron o pasaron a estar financiados por los pagos de los usuarios. Los datos de Laos apuntan a la clara trayectoria y consecuencias relacionadas con el desmantelamiento de los sistemas públicos. Los datos, por ejemplo, demuestran que la participación relativa del sector privado sólo es superada por la que se registra en India y que el gasto público (como porcentaje del PIB) es el más bajo de todos los países que examinamos (Laos, junto con India, está entre los cinco últimos países de todo el mundo en este sentido).

Finalmente, Irán presenta un contexto muy específico. Los datos en materia de gasto ponen de manifiesto una alta participación tanto pública como privada. La capacidad de Irán para mantener su sistema público a pesar de las restricciones que le imponen las sanciones fomentadas por Estados Unidos es loable. Pero también se debería de apuntar que los resultados económicos de Irán siguen siendo mejores que los de la mayoría de países de Asia, por lo que Teherán dispone de los recursos internos necesarios para desarrollar sistemas públicos gracias, fundamentalmente, a las exportaciones de gas y petróleo, que representan en torno al 60 por ciento de los ingresos del Gobierno. Sin embargo, los índices relativamente altos de mortalidad infantil en el país, a pesar de su mejor desempeño económico

y de su sistema público de salud, se destaca como cuestión de especial interés y merecedora de estudio.

Los datos comparativos de los indicadores sobre servicios de salud (tabla 8.2) confirman lo que ya se ha comentado. Los pobres resultados de los países en Asia meridional (con la notable excepción de Sri Lanka) y de Laos (excepto para la cobertura de tratamientos antirretrovirales) es sorprendente. Cabe destacar el encomiable desempeño de Bangladesh con respecto al uso de la terapia de rehidratación oral (TRO) para el tratamiento de diarreas. La TRO se presenta a menudo como una de las medidas más importantes en el ámbito de la salud pública introducida en la era moderna y se considera que salva millones de vida cada año. El hecho de que su uso diste mucho de ser universal en la mayoría de entornos es un indicador de cómo los sistemas de salud suelen resistirse a la introducción de tecnologías de bajo costo a pesar de las muchas pruebas que demuestran su eficacia (Werner 1997). Bangladesh ofrece otro ejemplo de la adopción a gran escala de esta tecnología. Si bien la mayoría de países presenta un aumento notable en la cobertura de la inmunización, la cobertura en India se ha estancado y, en el caso de China, ésta incluso se ha reducido. Esto es indicio de la precaria situación de los sistemas públicos en los dos países más grandes del mundo.

Tabla 8.2: Indicadores escogidos de servicios de salud

	% de partos atendidos por personal cualificado		% de niños totalmente inmunizados (sarampión + DPT)		Uso de terapia de rehidratación oral en casos de diarrea	Cobertura del tratamiento antirretroviral (%)
	1990-99	2000-08	1990	2007	2000-07	2007
Bangladesh	14	18	65	88	70,1	7
China	89	98	97	93	NA	19
India	42	47	56	62	26	NA
Irán	NA	97	85	97	NA	5
Laos	7	20	18	40	50,5	95
Malasia	81	100	70	90	NA	35
Nepal	9	19	43	81	29,3	7
Sri Lanka	NA	99	80	98	NA	NA
Tailandia	85	97	80	96	68,3	71,5

Fuente: WHO 2009.

Pasemos ahora a examinar algunos indicadores de determinantes de salud más generales. En la tabla 8.3, destaca la elevada prevalencia de la malnutrición en Asia meridional. Resulta también llamativo el hecho de que India presente peores resultados en este ámbito que incluso sus vecinos más pobres. Algunos autores sostienen que este fenómeno, conocido como ‘el enigma de Asia meridional’, tiene sus raíces en los mayores niveles de desigualdad de género presente en la región

(Ramalingaswami et al 1997). Y señalamos este hecho para subrayar que, aunque en nuestro análisis nos limitamos fundamentalmente a los servicios de salud, hay otros determinantes que suelen tener un impacto muy significativo en la situación sanitaria de las comunidades.

Tabla 8.3: Determinantes de la salud – Agua potable y nutrición

	% de población con acceso a agua potable		% de menores de 5 años con insuficiencia ponderal	
	1990	2006	1990-99	2000-07
Bangladesh	78	80	52	39,8
China	67	88	NA	6,8
India	71	89	44.4	43,5
Irán	92	95	NA	NA
Laos	NA	60	NA	36,4
Malasia	98	99	NA	NA
Nepal	72	89	38.2	38,8
Sri Lanka	67	82	NA	22,8
Tailandia	95	98	NA	7

Fuente: WHO 2009.

Entre los países analizados se observan también diferencias en lo que se refiere a la disponibilidad y el despliegue del personal de la salud. La tabla 8.4 presenta datos comparativos. De ella, se desprende de forma bastante evidente que, independientemente de los números absolutos, la mayoría de países con una mayor proporción de personal de enfermería y obstetricia que de médicos cuenta también con mejores sistemas públicos de salud (como Tailandia, Sri Lanka y Malasia, en comparación con India, China y Bangladesh). Este hecho no debería de resultar sorprendente, ya que los sistemas privados dependen excesivamente de personal con formación más especializada (es decir, más de médicos que de profesionales de la salud, o de especialistas que de médicos generales, etc.). Los sistemas privados, por tanto, se basan más en personal de salud con unos conocimientos más focalizados y especializados, pensados para tratar a grupos de pacientes muy específicos. No hay ninguna prueba, sin embargo, que indique que esto se traduzca en una mejora significativa de los resultados. En algunos lugares, de hecho, sucede lo contrario. El sistema en India, por ejemplo, depende mucho de personal altamente calificado, y esto lleva a que muchas zonas de las regiones más pobres se encuentren sin los centros médicos necesarios, ya que ese personal altamente calificado (médicos) suele mostrarse reacio a instalarse y trabajar allí. Esta realidad contrasta con la situación en Tailandia, con un sistema público que funciona mucho mejor, y donde la densidad de médicos es menor que en India pero donde la de trabajadores de la salud es mucho mayor.

Tabla 8.4: Disponibilidad y despliegue de personal de salud

País	Médicos por cada 10.000 habitantes 2000-07	Personal de enfermería y partería por cada 10.000 habitantes 2000-07	Proporción de médicos con respecto a personal de enfermería/partería
Bangladesh	3	3	1:1.0
China	14	10	1:0.7
India	6	13	1:2.2
Irán	9	16	1:1.8
Laos	4	10	1:2.5
Malasia	7	18	1:2.6
Nepal	2	5	1:2.5
Sri Lanka	6	17	1:2.8
Tailandia	4	28	1:7.0

Fuente: WHO 2009.

Tabla 8.5: Gasto en salud

	Gasto total en salud como % del PIB		Gasto público en salud como % del PIB		Gasto privado en salud como % del gasto total		Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Bangladesh	3,3	3,2	0,9	1	73,5	68,2	88,1	88,3
China	4,6	4,6	1,8	1,9	61,7	59,3	95,6	83,1
India	4,3	3,6	0,9	0,9	78,2	75	92,1	91,4
Irán	5,9	6,8	2,2	3,4	63	49,3	95,9	94,8
Laos	3,2	4	1	0,7	67,5	81,4	91,8	76,1
Malasia	3,2	4,3	1,7	1,9	47,6	55,4	75,4	73,2
Nepal	5,1	5,1	1,3	1,6	75,1	69,5	91,2	85,2
Sri Lanka	3,6	4,2	1,7	2	52,1	52,5	83,3	86,7
Tailandia	3,4	3,5	1,9	2,3	43,9	35,5	76,9	76,6

Fuente: WHO 2009.

Tabla 8.6: Gasto directo de los hogares en servicios de salud en el año 2000

País	Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud	Porcentaje del gasto directo de los hogares en la atención de salud del sector público
Bangladesh	64,85	0,5
India	80	25,61
Malasia	40,2	7,17
Sri Lanka	45,59	0,86
Tailandia	32,74	34,93

Fuente: van Doorslaer et al. 2005.

La forma de financiación de los servicios de atención de la salud es también un importante determinante del acceso y la equidad. La tabla 8.5 presenta datos sobre las grandes diferencias en el gasto en salud. Por lo general, los defensores de los sistemas públicos de salud –así como la Organización Mundial de la Salud– coinciden en que el gasto público en salud debería ser al menos el 5 por ciento del PIB de un país.² Según esa cifra referencia, todos los países estudiados tienen un gasto muy deficiente, y sólo Irán se acercaría un mínimo al índice recomendado (con un 3,4 por ciento). India y Laos se destacan por tener los peores resultados, con un 0,9 por ciento y un 0,7 por ciento del PIB en gasto público en salud, respectivamente. Cabe señalar que el gasto privado es significativo en todos los países y que también en todos los países –excepto en Tailandia–, supera al gasto público. Esto indica claramente que en la mayoría de países de la región predomina el suministro de servicios de salud a través del sector privado.

Es también importante entender que, incluso cuando existen centros públicos, éstos no son necesariamente gratuitos. Los usuarios de servicios públicos deben pagar muchas veces honorarios por la prestación recibida, así como por la compra de los medicamentos que se les recete en la consulta médica (una sustancial fuente de gasto en el sector público en muchos países). La tabla 8.6 proporciona datos sobre los gastos directos de los hogares en el sector público de algunos países. Y aunque no hay datos disponibles para todos los países analizados, se insinúan algunas tendencias. Según algunos estudios realizados hace años en China, por ejemplo, los ingresos de las cuotas que pagan los usuarios representan el 36 por ciento del gasto total en el sistema público (Dezhi 1992).

Es significativo que el gasto público per cápita en salud (como paridad de poder adquisitivo en dólares estadounidenses) haya aumentado entre 2000 y 2006 en todos los países analizados (véase la tabla 8.7). Se trata de una tendencia positiva, aunque el incremento sea marginal en algunos casos. Lo que resulta preocupante es el hecho de que, de los tres países donde el gasto privado ha aumentado más rápido que el público, dos son países que contaban históricamente con mejores sistemas públicos (Malasia y Sri Lanka). Otro dato que llama la atención es el alcance del gasto directo de los hogares en el caso del gasto privado, que indica una limitada penetración de los seguros privados de salud, incluso en situaciones en que el sector privado es el principal proveedor de servicios de salud.

En búsqueda de alternativas

Tras haber ofrecido una visión general de la actual situación del suministro de atención primaria de la salud, tanto desde el sector público como privado, pasamos ahora a examinar una serie de casos de prestación de servicios en que no hay participación del sector privado y con fines de lucro. La información básica sobre

2. Aunque la OMS nunca ha adoptado formalmente esta recomendación, la organización cita muy a menudo en sus documentos la cifra del 5 por ciento. Para un análisis sobre el origen de la recomendación, véase Savedoff (2003, 9-11).

estas diversas iniciativas se consolida más adelante, y se analiza con respecto a un conjunto de ‘criterios de éxito’ predefinidos. Este ‘ejercicio de mapeo’ se entiende como un paso hacia la identificación de prácticas de atención de la salud en el contexto asiático que puedan servir como base para apuntar a estrategias alternativas que garanticen sistemas de salud que formen parte de la esfera pública, sean sostenibles y mejoren la equidad en la salud.

Metodología

El estudio comenzó identificando posibles alternativas que se deberían documentar, fundamentalmente mediante el repaso de literatura. El proceso se completó solicitando a varios contactos en distintas zonas de la región que nos ofrecieran información sobre iniciativas interesantes que se ajustaran a los criterios de ‘alternativas a la privatización’ (véase el capítulo 2 para más información sobre la metodología de estudio). También se buscó información adicional en la Red de conocimientos sobre sistemas de salud de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Gilson et al 2007).

Después de este ejercicio, se elaboró una lista de ejemplos de ‘alternativas a la privatización’ para ahondar en su análisis, que se completó con la información y los datos proporcionados por varias personas encuestadas en distintos países, informes y documentos publicados, y otros materiales disponibles en internet.

Tipologías de ‘alternativas’

La palabra ‘alternativas’ aparece escrita entre comillas de forma deliberada. Algunos de los casos identificados y examinados no responden al concepto ideal de alternativa (en contraposición a la actual tendencia hacia la privatización y la comercialización de la atención de la salud y los mecanismos de suministro). Sin embargo, tal como intentan dejar claro los breves resúmenes que se presentan en las páginas que siguen, muchas de estas iniciativas son importantes porque ponen de manifiesto la tensión entre los principios neoliberales, por un lado, y el intento explícito de abordar problemas de desigualdad relacionados con la salud y el acceso a ella. No obstante, aunque ninguno de los casos que se examinan tiene una agenda declarada de fomento de la privatización, en muchos de ellos se hace evidente el predominio de una perspectiva ideológica que es incapaz de visualizar un sistema de suministro de atención de la salud que sea totalmente público en cuanto a titularidad y fondos.

A continuación, presentamos algunos de los rasgos destacados de las alternativas identificadas según distintas tipologías. Hay cierto grado de solapamiento y, por ejemplo, hemos agrupado bajo una misma rubrica programas de gobiernos y de ONG que abordan un aspecto concreto del acceso a los servicios de salud.

Las iniciativas que hemos identificados se podrían clasificar de la forma siguiente:

- Grandes iniciativas nacionales promovidas por los gobiernos que buscan proporcionar un acceso integral a servicios de salud

- Iniciativas en materia de atención primaria promovidas por ONG sin ánimo de lucro que tienen una cobertura de gran alcance
- Iniciativas en materia de atención primaria que tienen una cobertura limitada pero que ofrecen modelos muy valiosos sobre los que tomar nota
- Iniciativas que abordan un aspecto concreto del acceso a los servicios de salud, tales como el acceso a fármacos, al tratamiento de VIH, etcétera.

Grandes iniciativas nacionales promovidas por gobiernos

China: Sistema Rural de Asistencia Médica Cooperativa

China puso en marcha su Sistema Rural de Asistencia Médica Cooperativa (SRAMC) en julio de 2003, a raíz de la intención declarada del Gobierno chino de reestructurar los servicios de salud prestando una mayor atención a la mejora de la equidad y la atención de la salud (Meng 2007, 1-3). El plan es resultado de un amplio proceso de consulta y persigue poner remedio al notable descenso del acceso a servicios de atención de la salud en China desde que se iniciaron las reformas económicas de los años setenta. La descolectivización de la agricultura se tradujo en un menor apoyo al sistema de bienestar colectivo, uno de cuyos componentes era la atención de la salud. Según unos estudios realizados en 1984, sólo el 40-45 por ciento de la población rural estaba cubierta por un sistema médico cooperativo organizado, mientras que, en 1979, esa cifra era del 80-90 por ciento. El SRAMC busca precisamente solucionar esta situación, así como los problemas relacionados con los altos gastos de los que se deben hacer cargo directamente los usuarios.

El sistema comenzó a funcionar en 2003 y en 2008 ya cubría a más de 800 millones de habitantes de zonas rurales. La prima del seguro del SRAMC se financia con tres fuentes. En 2003, las autoridades nacionales y locales aportaban, cada una, 10 yuanes por persona, mientras que los usuarios aportaban al menos otros 10 yuanes. A fines de 2009, se estableció que la prima anual total se debía aumentar hasta los 100 yuanes, de los que 80 procederán de los gobiernos central y locales, y otros 20 de pagos individuales (Wang 2009, 245).

La evaluación del programa demuestra que el sistema ha supuesto un cierto aumento en el acceso a atención hospitalaria entre poblaciones vulnerables, pero los gastos directos de los hogares siguen siendo un problema significativo. El reembolso de los gastos por la atención hospitalaria sigue siendo bajo –aunque se está ampliando– y garantiza aproximadamente sólo el 30 por ciento de los costos totales (Parry y Weiyuan 2008, 822-5). El sistema prevé que, para 2020, habrá ayudado a alcanzar su objetivo de una atención de salud “segura, eficaz, adecuada y asequible” para toda la población. Seguirá habiendo tratamientos de mayor nivel, pero financiados sólo mediante sistemas de seguros privados. Se está desarrollando un plan trienal de ejecución más detallado hasta 2011, que se espera que reciba 850.000 millones de yuanes (124.000 millones de dólares estadounidenses) para la reforma necesaria. Ésta es la iniciativa de mayor envergadura y más sostenida que se ha desarrollado en la China liberalizada para frenar la tendencia de privatizaciones y desigualdades en la atención de la salud y el acceso a ella. Se

espera que el programa garantice una cobertura plena para 2020, y su aplicación es de gran importancia porque, con ella, se espera dar marcha atrás a más de tres décadas de constante retirada del apoyo público a los servicios de salud. Durante los últimos cinco años se ha producido una expansión notable, y parece que existe la voluntad política necesaria para mantener este impulso (Wang 2009).

Irán: atención primaria en las 'casas de salud'

Las 'casas de salud', concebidas y desarrolladas durante la guerra con Iraq entre 1980 y 1988, constituyen la pieza central del sistema de atención primaria de la salud en Irán. El sistema se basa en los siguientes componentes: 1) establecimiento de 'casas de salud' en aldeas alejadas de centros urbanos y con escasa población; 2) contratación de trabajadores de la salud, conocidos como *behvarzan*, entre las comunidades locales; 3) desarrollo de un sistema de información de la salud simple pero bien integrado; y 4) un sistema de derivación que vincula los centros rurales con los centros de salud y hospitales urbanos (Sadrizadeh 2004).

La 'casa de salud' es la unidad básica de la red iraní de atención primaria de la salud y cada una de ellas está pensada para dar cobertura a unas 1.500 personas. La distancia entre la aldea en que está situada la 'casa de salud' y las aldeas a las que da asistencia no suele superar una hora de camino. Las 'casas de salud' pueden derivar a los pacientes a los centros de salud rural, que cubren a unas 6.000-10.000 personas, y que disponen de hasta dos médicos y varios técnicos de salud. Estos centros se encargan de la gestión de los casos urgentes, de dar apoyo a las casas de salud y de supervisar la tarea de los técnicos de salud y de los *behvarzan* (que significa 'buenas habilidades' en farsi), o de los trabajadores de salud comunitarios (Abbas Motevalian 2007).

Cada 'casa de salud' rural está gestionada por un trabajador y una o más trabajadoras de la salud. Los trabajadores de la salud se eligen entre los habitantes locales, que están familiarizados con los hogares de la aldea. La formación se organiza en el ámbito del distrito. Durante el período de formación, que dura dos años, los estudiantes reciben clases gratuitas y apoyo financiero. A cambio de ello, deben permanecer y trabajar en la 'casa de salud' de la aldea durante un mínimo de cuatro años una vez finalizados los estudios. Actualmente, hay unos 30.000 trabajadores de salud comunitarios en estos centros, más de 16.000 de los cuales son mujeres. La edad mínima para ejercer es de 16 años en el caso de las mujeres y de 20 en el caso de los hombres.

El sistema está totalmente financiado por el Gobierno nacional. Entre los desafíos a los que se enfrenta el programa actualmente estarían el mantenimiento del apoyo financiero frente a las sanciones impuestas sobre el país, la necesidad de fortalecer el sistema de derivaciones, la necesidad de tratar mejor las enfermedades no transmisibles y la necesidad de reforzar los niveles secundario y terciario de atención de la salud (Tavasolli 2008).

El sistema iraní es quizá el más integral de todas las alternativas que se presentan en estas páginas, tanto desde el punto de vista de la cobertura como del abanico de servicios ofrecidos. Los elementos de la atención primaria es-

tán mejor organizados que los de la secundaria o terciaria pero, en general, su mantenimiento y expansión parece ser parte inherente de la política pública de Irán. En este sentido, podría decirse que estar al margen de la arquitectura económica mundial tiene también sus méritos (aunque sea de forma obligada, como sería el caso iraní).

Malasia: sistema de atención primaria de la salud

La atención primaria de la salud se considera la piedra angular del sistema público de salud en Malasia. Se trata de un sistema articulado en dos niveles: clínicas de salud, que sirven a una población de 15.000-20.000 habitantes, y clínicas comunitarias, que dan cobertura a 2.000-4.000 personas. Es un programa de ámbito nacional que se financia con los presupuestos centrales del país. Las clínicas de salud proporcionan ocho servicios básicos, así como atención odontológica y de salud mental. Las clínicas comunitarias ofrecen servicios de atención maternal e infantil y atención ambulatoria para dolencias menores. El sistema está integrado por unas 900 clínicas de salud y unas 2.000 clínicas comunitarias repartidas por todo el país. Las clínicas de salud están vinculadas con la red de hospitales públicos mediante un sistema de derivaciones (Awin 2002).

El sistema atiende a gran parte de la población (en torno al 65 por ciento), pero en él sirve apenas un 45 por ciento de todos los médicos registrados en el país, y aún menos especialistas (25-30 por ciento). Los pacientes pagan sólo una cuota simbólica por los servicios ambulatorios y hospitalarios. El sistema prevé también las urgencias médicas y quirúrgicas, y cuenta con una flota de ambulancias administrada por el Gobierno, incluidos servicios aéreos para poder acceder a los lugares más remotos.

El personal, integrado por médicos, profesionales de la enfermería, la farmacia, la odontología y otros ámbitos afines de la salud está desplegado por el Ministerio de Salud entre los distintos centros del país: desde clínicas rurales a hospitales de distrito, pasando por hospitales especializados. La distribución de estos recursos se basa en el tamaño, las necesidades y la población de los diversos distritos y estados. Sin embargo, en las zonas rurales y más montañosas o apartadas, el despliegue de centros y de recursos humanos es muy irregular, y se sigue dando una gran disparidad y reparto del personal de salud, especialmente médicos.

Parece estar produciéndose un giro algo encubierto en la idea de que se debería permitir la total corporatización de los centros y servicios del sector público en Malasia, por la que serían las fuerzas del mercado las encargadas de dictar el precio, el alcance y la calidad de los servicios ofrecidos. Sin embargo, la movilización pública se ha asegurado de que durante los últimos 20 años hayan prosperado intentos sólo esporádicos y parcialmente exitosos para privatizar o corporatizar los distintos componentes del sector público de la salud; por ejemplo, el centro de adquisiciones y distribución de fármacos del Gobierno y la desinversión de sus

servicios de apoyo (limpieza, lavandería, gestión de los residuos clínicos, mantenimiento de la ingeniería biomédica). No obstante, las tendencias procomercializadoras siguen siendo preocupantes, especialmente en un contexto en que escasea el personal calificado y en que el sistema público empieza a adquirir algunos servicios especializados del sector privado (Cheen Khoon 2010).

Tailandia: sistema universal de cobertura en salud

La Ley Nacional sobre Seguro de Salud de Tailandia entró en vigor en 2002 y con ella se creó el Sistema Universal de Cobertura en Salud (SUCS, antes conocido como ‘sistema de los 30 baht’, en referencia a la moneda del país). El SUCS pasó de ser un programa de seguros para la cobertura en salud basado en los ingresos de los beneficiarios y destinado a pacientes con rentas bajas a un plan integral de atención que garantiza una cobertura universal. Al principio, los usuarios del SUCS debían abonar, en concepto de copago, unos 30 baht (en torno a 1 dólar estadounidense en 2002), pero este copago se anuló posteriormente. El SUCS se centra en proporcionar servicios de atención primaria de la salud a aquellos ciudadanos que estaban fuera del sistema de salud antes de 2002. Los tailandeses que se inscriben en el SUCS reciben una ‘tarjeta dorada’ que les permite acceder a servicios en su distrito de salud y, en caso de ser necesario, ser derivados a un especialista. El sistema está administrado por la Oficina Nacional de Seguridad en Salud de Tailandia, y está financiado fundamentalmente por el Gobierno, basándose en un presupuesto que se calcula según un índice per cápita. Se calcula que, en estos momentos, el sistema cubre a unos 46,95 millones de tailandeses (de una población total de 62 millones) (Tangcharoensathien et al 2007).

Uno de los elementos clave del programa es que el copago de los gastos a los hospitales públicos por parte del Gobierno se basa en la población registrada en las áreas de servicio de dichos hospitales. El sistema está estructurado geográficamente y los hospitales cuentan con unos ingresos fijos basados en la población local, y la viabilidad financiera depende de la capacidad para controlar los costos (Wibulpolprasert Suriwan 2008).

El sistema público de salud tailandés es de creación más reciente que el malayo, pero ha experimentado una trayectoria opuesta. Antes de la introducción del sistema, el seguro público de salud cubría sólo al 9 por ciento de la población. Sin embargo, en los últimos años, y a pesar de los programas de liberalización económica seguidos por el Gobierno, el sistema ha visto un progresivo fortalecimiento. Entre todas las alternativas analizadas en este capítulo, el SUCS tailandés parece presentar la trayectoria más rápida en lo que se refiere a transformar un sistema de atención de la salud fundamentalmente privado en un sólido sistema de financiación pública.

Sri Lanka: sistema público de salud

El sistema público de salud de Sri Lanka, a diferencia de otros países en la región del Asia meridional, se remonta a antes de su independencia, alcanzada en 1948; posteriormente, en 1953, se introdujo la atención gratuita. A pesar

de los cambios políticos, el sistema público ha sobrevivido y se ha expandido. El sistema está integrado por una red de instituciones médicas de diversas dimensiones y de unidades de salud. En 2008, había 258 áreas de unidades de salud, cada una de las cuales cubre a 40.000-60.000 personas (Rannan-Eliya y Sikurajapathy 2008).

Cada área de unidad de salud es una región claramente definida que coincide con las divisiones administrativas del país. Las unidades de salud están gestionadas por funcionarios médicos y cuentan con el apoyo de un equipo de personal de salud pública formado por una o dos enfermeras, cuatro a seis inspectores, una o dos comadronas supervisoras y 20-25 comadronas. Cada unidad de salud está subdividida en áreas de comadronas de salud, que constituyen la unidad de trabajo más pequeña del sistema público. Cada comadrona de salud pública tiene un área bien definida de acción, que abarca a una población de 2.000-4.000 personas (Perera 2007).

El 50 por ciento de la atención ambulatoria está suministrada por el sector privado, aunque el 95 por ciento de la atención hospitalaria está aún proporcionada por el sector público. Aunque todos los ciudadanos de Sri Lanka tienen derecho al servicio público, aquellos que se lo pueden permitir pueden también recurrir al uso de los servicios del sector privado. El sector público de la salud sólo empezó a desarrollarse en serio durante los años sesenta, y se centra fundamentalmente en la atención ambulatoria, prestada por médicos generalistas. Aunque hay algunos médicos generalistas que trabajan a tiempo completo en el sector privado, la mayoría de los médicos están empleados en el sector público y ofrecen un servicio privado limitado al margen de las horas de trabajo oficiales (Rannan-Eliya y Sikurajapathy 2008).

Entre los problemas de este sistema está la infrautilización de los centros periféricos y la masificación de los centros secundarios y terciarios. El sistema se ve también enfrentado a nuevos retos, como la emergencia de políticas relacionadas con la ofensiva neoliberal en la toda la economía, si bien el sistema de salud sigue estando relativamente seguro. Otro de los desafíos está en la creciente entrada del sector privado corporativo (muchas veces importado de India).

El sistema de Sri Lanka se suele presentar como un 'caso de éxito' de los sistemas públicos. Los argumentos en este sentido merecen consideración, teniendo en cuenta que el país ha demostrado buenos resultados en ámbito en que otros de sus vecinos han perdido pie. Hay varios motivos históricos que explicarían esta situación. La senda del desarrollo seguida por Sri Lanka se ha definido como un modelo de 'seguridad basado en la protección', por el que la prestación y la financiación públicas de servicios de salud y de otros servicios afines ha fomentado el progreso social. Incluso antes de la independencia de 1948, durante los años treinta y cuarenta, se produjo una rápida expansión de la inversión pública en educación y salud. La educación gratuita se introdujo en 1947 y la salud gratuita en 1953. De hecho, uno de las principales características de las políticas estatales, además de su fuerte apoyo a los servicios sociales públicos, era un compromiso con la justicia social, con especial hincapié en las

necesidades de los más desfavorecidos. A pesar de sus bajos niveles de renta, de un crecimiento económico muy gradual y de unos niveles relativamente bajos de gasto en salud (el gasto público en salud sería sólo equivalente al 2 por ciento del PIB), Sri Lanka ha alcanzado una situación de salud notablemente buena y un alto índice de alfabetización. Estos logros son testimonio de la eficacia del gasto público sostenido en servicios sociales y del compromiso con la equidad y la justicia social, además de la distribución relativamente equitativa de las rentas (el país tiene un índice de Gini de 33) (McIntyre Di, 2006).

Al igual que en el caso de Malasia, el sistema de Sri Lanka debe hacer frente a la amenaza de reformas que persiguen alinearlos con los principios neoliberales de la comercialización. Los intentos de reforma han sido menos sostenidos que en Malasia, pero no por ello son menos preocupantes. Sería muy útil estudiar en detalle el desarrollo de estas dinámicas, especialmente teniendo en cuenta que la inversión pública en infraestructuras sociales en Sri Lanka ha gozado tradicionalmente de un gran consenso de todo el espectro político.

India: Misión Nacional de Salud Rural

El programa de la Misión Nacional de Salud Rural (NRHM en inglés) comenzó a funcionar en abril de 2005, en respuesta a las numerosas críticas sobre el funcionamiento del sistema público de salud en India. El NRHM está concebido para fortalecer el sistema público de salud existente; un sistema articulado en tres niveles y que ofrece servicios de atención primaria vinculados con una red de centros públicos de atención secundaria y terciaria. El sistema de atención primaria es una extensa red formada por subcentros (que cubren a unos 3.000-5.000 habitantes), centros de atención primaria (20.000-30.000 personas) y centros de salud comunitaria (100.000 personas). En el año 2007, había en todo el país 145.272 subcentros, 22.370 centros de salud primaria y 4.045 centros de salud comunitaria. Aunque puede que las cifras parezcan impresionantes sobre el papel, en muchas zonas del país la red prácticamente no funciona debido a la escasez de recursos y mantenimiento. El sistema está plagado de problemas como la falta de personal y de recursos materiales (Rao 2009).

Entre las estrategias que persigue el NRHM, cabría destacar (Government of India 2009):

- Acceso a atención domiciliaria de la salud a través de activistas acreditados de salud social (ASHA). El programa busca capacitar y desplegar a un activista en cada aldea (en torno a 550.000 activistas formados en todo el país). Los aspirantes a ASHA deben tener un nivel intermedio de escolarización y seguir un curso de formación de tres meses. Deben ser elegidos por la comunidad y reciben su remuneración según los servicios prestados (es decir, facilitación de planificación familiar, partos seguros, etc.).
- Reestructuración del sistema de salud para que pueda gestionar eficazmente mayores asignaciones, y políticas para fortalecer la administración y el suministro de servicios públicos de salud.

- Integración efectiva de los problemas de salud a través de una gestión descentralizada e nivel de distrito.
- Plan de salud para cada aldea a través de los comités de salud locales.
- Fortalecimiento de los diversos niveles del sistema público.
- Fomento de los partenariados público-privados para alcanzar metas de salud pública.
- Regulación del sector privado para garantizar un servicio de calidad.
- Reorientación de la educación médica para dar apoyo a los problemas de salud rurales.
- Mancomunación de riesgos y seguro social de salud.

En 2008-2009, el Gobierno central aportó al programa 107.900 millones de rupias indias (unos 2.400 millones de dólares estadounidenses). Este fondo se complementa con financiación de los gobiernos de los estados (Government of India 2010).

Los logros alcanzados han sido modestos. Se ha producido un avance perceptible hacia cierto fortalecimiento del sistema público, pero el impacto está aún fragmentado y es inadecuado para evitar una alta dependencia del sector privado por parte de los pacientes. El programa insignia de la misión es la formación y el despliegue de los ASHA. Y aunque éste ya ha recibido un fuerte impulso, su impacto sigue siendo limitado. Esto se debe en parte al hecho de que el ASHA no está concebido como un trabajador de la salud en toda regla, sino más bien como un 'asistente' en salud que es remunerado en función de los servicios prestados. Sin embargo, algunos estados están empezando a trabajar para ofrecer unos honorarios fijos a los ASHA. Si bien se están reforzando los centros de atención primaria, lo hacen a un ritmo demasiado lento como para abordar las necesidades actuales. En los ámbitos de atención secundaria y terciaria se están estableciendo partenariados público-privados, lo cual es motivo de preocupación, ya que favorecen la creación y el fortalecimiento de infraestructuras privadas. Hay también tendencias a la privatización en forma de subcontratación de servicios auxiliares, como los de ambulancias y lavandería. El programa prometía incrementar el gasto público hasta un 2-3 por ciento del PIB, pero se ha estancado en torno al 1 por ciento. Una parte importante de ese déficit se debe a la incapacidad de los gobiernos de los estados para movilizar recursos de apoyo al programa, consecuencia de las medidas fiscales adoptadas durante las últimas dos décadas, que han dejado vacías sus arcas (People's Rural Health Watch 2008).

Al igual que en cierto sentido en China, la 'alternativa' que encontramos aquí es la primera respuesta convincente por parte del Gobierno indio ante las crecientes desigualdades en salud en la era neoliberal. India, por supuesto, se diferencia de China porque siempre ha tenido un sector privado floreciente en el ámbito de la salud y un sector público relativamente débil, un desequilibrio que se ha exacerbado desde principios de los años noventa. Teniendo en cuenta este contexto, la NRHM merece especial atención. Es cierto que una parte del programa se sigue

basando en los principios neoliberales, como sería su intención declarada de promover los partenariados público-privados en la atención secundaria y terciaria o los intentos para instaurar cuotas de usuario. Sin embargo, la iniciativa no deja de tener importancia porque representa un esfuerzo para ir en contra de la tendencia general de reformas neoliberales en otros sectores.

Iniciativas en materia de atención primaria con una cobertura de gran alcance

Bangladesh: atención de salud integral en zonas rurales (Gonoshasthya Kendra - GK)
Durante la guerra de liberación de Bangladesh, en 1971, un grupo de médicos bengalíes expatriados en Londres organizó la Asociación Médica de Bangladesh (BMA). Dos de los médicos, el doctor Zafrullah Chowdhury y el doctor M.A. Mobin, visitaron las líneas de frente de la guerra y empezaron a tratar a los soldados heridos que estaban luchando en la guerrilla contra el ejército de Pakistán. Con la ayuda del Gobierno bengalí, exiliado en Calcuta, establecieron un hospital de campaña con 480 camas en la frontera oriental de Bangladesh. Tras la independencia del país, en diciembre de 1971, algunos de los voluntarios de aquel hospital de campaña fundaron una ONG llamada Gonoshasthya Kendra ('centro de salud popular'), con el objetivo de proporcionar atención de la salud a las comunidades rurales en el marco de los esfuerzos nacionales para reconstruir el país (Upham 2004).

Gonoshasthya Kendra (GK) ha recorrido un largo camino desde entonces, tanto desde el punto de vista de la cobertura de sus programas como de sus logros. Durante los primeros 35 años ha aumentado su cobertura de atención básica —que incluye la atención de la salud reproductiva e infantil—, y ha pasado de cubrir a unas 50.000 personas en 50 aldeas en 1972 a más de 1,2 millones de personas actualmente, en 592 aldeas de todo el país. En la actualidad, GK gestiona dos hospitales con una capacidad de 150 camas: uno en el distrito de Savar y otro en el de Dhanmondi, ambos situados en la zona de Dacca, la capital. GK dispone de otros dos hospitales rurales, con 30 camas cada uno, y todos los demás centros de GK disponen de cinco camas para albergar a los pacientes con cuadros de diarreas agudas, infecciones respiratorias, fracturas, complicaciones en abortos y partos difíciles.

GK ofrece un paquete integrado de servicios a través de sus trabajadores de salud en las aldeas y comunidades, y atención secundaria y terciaria mediante un sólido sistema de derivaciones vinculado con los hospitales de GK y del Gobierno. GK también ofrece lo que denomina Gonoshasthya Bima, un programa cooperativo de seguro de salud de base comunitaria, y organiza de forma regular programas de capacitación para que comadronas tradicionales pongan al día sus conocimientos y se conviertan en comadronas tradicionales con capacitación. Los trabajadores de salud de GK colaboran con las comadronas tradicionales para garantizar un sistema de derivaciones eficaz. GK es conocido por su importante papel de incidencia en torno a muchos temas para promover la equidad de género (Huda y Zafrullah 2008).

GK señala de forma explícita que no pretende competir con el Gobierno de Bangladesh, señalando que su tarea consiste en complementar el sistema público de salud. Uno de los principales objetivos de GK es trabajar con el Estado, de forma que sus programas, en caso de dar buenos resultados, puedan ser adoptados por el sector público. Muchas actividades son económicamente independientes (por ejemplo, los hospitales, la unidad farmacéutica y la escuela de medicina), pero se sigue necesitando un gran subsidio anual para mantener el programa en funcionamiento (20-30 por ciento del presupuesto general, procedente en gran medida de agencias donantes como el Comité de apoyo francés a GK-Savar, Médicos, Alemania, etc.).³ Entre los grandes desafíos que se deben afrontar está, por ejemplo, el problema de mantener al personal formado, que se ve atraído por el creciente sector privado (así como por ONG mejor financiadas), la necesidad de buscar constantemente fondos de donantes, y la falta de una sólida dirigencia de segunda línea. El hospital de Dacca también debe hacer frente a la dificultad de competir con los hospitales privados que han ido surgiendo en la ciudad.

La alternativa que ofrece GK representa una importante iniciativa que ha despertado gran atención en la región del Asia meridional, en parte por su vinculación originaria con la lucha de liberación del país. La organización también acogió la primera asamblea internacional sobre salud de los pueblos, en 2000, a partir de la que se desarrolló el Movimiento para la Salud de los Pueblos.⁴ Los aspectos destacables de la 'alternativa' se encuentran en sus vínculos declarados con el programa y las campañas políticas sobre acceso a salud y medicamentos, así como en el marcado hincapié en cuestiones de género y empoderamiento de la mujer.

Bangladesh: atención básica de la salud a través de los comités BRAC

El Comité para el Desarrollo Rural de Bangladesh (BRAC por su sigla inglesa) inició sus actividades en 1972, en el distrito de Sylhet, como un proyecto de ayuda y reconstrucción para ayudar a regresar a los refugiados de la guerra de liberación de 1971. Actualmente, el BRAC está presente en los 64 distritos del país, con más de siete millones de miembros en sus grupos de microfinanzas, 37.500 escuelas de educación primaria no formal y más de 70.000 voluntarios de salud. El BRAC emplea a más de 120.000 personas, la mayoría de las cuales son mujeres. El BRAC también ha diversificado sus actividades más allá de las fronteras de Bangladesh y gestiona varios programas, como los de microfinanzas y educación en nueve países de Asia y África. La organización se autofinancia en un 80 por ciento a través de varias empresas comerciales, entre las que estarían un proyecto de producción de productos lácteos y otros alimentos y una cadena de tiendas de artesanía llamada *Aarong* (BRAC, s.f.)

3. Información basada en correspondencia personal entre el autor y el Dr. Zafarullah Chowdhury, uno de los fundadores de GK, y en varias visitas realizadas por el autor a GK hasta 2007.

4. Para más información sobre el Movimiento para la Salud de los Pueblos, véase www.phmovement.org/es.

En 1979, el BRAC empezó a trabajar en el ámbito de la salud a través del Programa nacional de extensión de la terapia oral (OTEP), una campaña para luchar contra la diarrea, la principal causa del alto índice de mortalidad infantil en Bangladesh. Durante diez años, 1.200 trabajadores del BRAC realizaron visitas a domicilio para enseñar a 12 millones de madres cómo preparar en casa sales para la rehidratación oral. Desde 2002, todas las intervenciones en salud del Comité se han integrado en un único Programa de Salud del BRAC (BHP). Los programas de salud materna, neonatal e infantil se destinan actualmente a ocho millones de habitantes de barrios marginales urbanos y a 11 millones de personas de zonas rurales. El programa de control de la tuberculosis ya ha llegado a 86 millones de personas repartidas en 42 distritos. Unos 70.000 voluntarios de salud comunitaria y unos 18.000 trabajadores de salud han sido formados y movilizados por el BRAC para proporcionar servicios de atención de la salud a domicilio a los pobres rurales. Además, ha establecido 37 centros permanentes de salud y un centro de prótesis que ofrece suministros y servicios a bajo coste para personas con discapacidades físicas. Hasta 2006, el programa proporcionaba apoyo en salud a los miembros de las denominadas 'organizaciones de aldea' vinculadas al BRAC. En 2007, sin embargo, se realizaron varios cambios y, ahora, cualquier persona de la comunidad puede tener acceso a los servicios de atención básica de la salud del BRAC.

Uno de los aspectos que cabe destacar en el análisis del BRAC es que éste gestiona el mayor programa de ONG del mundo y que es el segundo mayor empleador de Bangladesh después del Estado. El programa de salud se ha ido ampliando hasta el punto de que hay una estructura paralela al sistema público de salud del Gobierno. Es cierto que los dos colaboran a menudo, aunque los sistemas de gobernanza se mantienen bastante diferenciados. El auge de estos grandes programas encabezados por ONG se relaciona también con el hecho de que los donantes parecen confiar más en las ONG que en los gobiernos, ya que muchas veces se considera que las organizaciones no gubernamentales son más honestas, más receptivas a las necesidades de las comunidades y más eficientes (Green y Matthias 1995). Resulta también interesante contrastar las trayectorias del programa sobre salud de GK con el del BRAC. Aunque el programa de GK también es de grandes dimensiones, el del BRAC se ha expandido de forma mucho más rápida y es, por lejos, mucho mayor. Esto se ha dado en un contexto en que el BRAC se ha centrado más en expandir sus actividades operativas y no tanto en establecer vínculos con movimientos ideológicos y sus propias posturas sobre la falta de equidad y de acceso. Podría decirse que esto ha facilitado la integración y la colaboración con los sistemas públicos. Otro punto importante del trabajo del BRAC es su método de subsidios cruzados, de forma que financia su labor en el campo del desarrollo con los ingresos procedentes de sus actividades comerciales, lo cual lleva a cuestionar cuán no comerciales son realmente sus iniciativas en salud.

Iniciativas en materia de atención primaria con una cobertura limitada

Laos: proyecto de atención primaria de salud integral en la provincia de Sayaboury

La ONG Save the Children Australia (SCA) y el Departamento de Salud de la provincia de Sayaboury, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de Laos y con apoyo financiero de la agencia AusAID, pusieron en marcha un proyecto de atención primaria de la salud integral en 1992, en la provincia de Sayaboury. Las actividades del proyecto se han ido ampliando hasta abarcar toda la provincia, con 10 distritos y 547 aldeas, y una población total de 307.086 habitantes, muchos de los cuales pertenece a varias minorías étnicas. El programa se ha desarrollado en cuatro fases, cada una de las cuales ha durado tres años y se ha ido construyendo a partir de las mejoras de la anterior (Perks et al 2006).

La primera fase se centró en fortalecer las capacidades de administración y formación del equipo de gestión local, proporcionando capacitación a los equipos de distrito y al personal de los dispensarios. Durante la segunda fase, el programa se amplió a cuatro distritos más y se orientó hacia la integración de las actividades de atención primaria en todos los niveles. La tercera fase expandió su cobertura a cuatro distritos más del norte, recién creados, situados en una zona bastante remota. El Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) construyó varios dispensarios adicionales, ampliando así el programa de construcción iniciado por SCA y expandiendo el acceso a servicios de salud de primera línea. En la cuarta fase se perseguía reforzar las capacidades de los trabajadores de la salud, especialmente de aquellos que trabajan en los distritos del norte. La estrategia para la gestión integrada de las enfermedades infantiles se adoptó en todos los distritos.

El programa de Sayaboury ha conseguido logros significativos a un precio muy asequible de sólo 1 dólar estadounidense por persona y año (o 4 millones de dólares durante un período de 12 años). El índice de mortalidad materna del distrito cayó de 218 por cada 100.000 nacidos vivos en 1998 a 110 en 2003. La edad media en que los niños recibían alimentos complementarios aumentó de 2,8 meses en 1999 a 3,7 meses en 2001, mientras que la tasa de lactancia materna exclusiva para los primeros cuatro meses de vida se incrementó del 28 por ciento en 1999 al 66,2 por ciento en 2004. La cobertura de vacunación, sin embargo, siguió siendo inadecuada, ya que, en 2007, sólo el 50 por ciento de los niños de menos de un año de edad recibían tres o más dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos. El proyecto es considerado como un modelo para el país y se está trabajando para llevar el programa a otras provincias (Save the Children, s.f.).

Como ya hemos comentado, Laos tiene unos indicadores de salud muy precarios y un alto índice de gasto privado en salud. En este contexto, esta iniciativa para extender la cobertura de atención primaria resulta de especial interés, especialmente teniendo en cuenta que ahora se está trasladando a otras provincias del país.

India: 'partenariado público-privado' para la atención primaria de salud⁵ (Karuna Trust)

Karuna Trust, una destacada ONG de India que trabaja para proporcionar servicios de atención de salud primaria, asumió la responsabilidad de gestionar el Centro de Atención Primaria (CAP) de Gumballi, en el estado de Karnataka, en 1996. La iniciativa formaba parte de un proyecto experimental desplegado por el gobierno de Karnataka para externalizar la gestión de algunos centros de atención primaria entre organizaciones no gubernamentales. En el marco de la infraestructura de salud pública de la India, el CAP representa el segundo nivel de los tres mediante los que se proporciona atención primaria. Cada CAP cubre a una población de unas 30.000 personas y proporciona atención ambulatoria y servicios básicos de hospitalización, además de coordinar servicios de prevención y promoción tales como la atención prenatal y posnatal, y la inmunización. Si bien constituyen el principal nodo del sistema de atención primaria, una gran mayoría de los CAP no funciona correctamente. En casi todos los casos no hay servicios hospitalarios, y muchos CAP se reducen a un dispensario que sólo funciona dos o tres horas al día. Éste es el contexto en que el gobierno de Karnataka decidió externalizar la administración del CAP y ofrecérsela a una ONG (Karuna Trust, s.f.).

Karuna Trust integró las actividades de todos los programas nacionales de salud –incluidas la salud reproductiva e infantil– en las actividades del CAP. También garantizó que el CAP proporcionara servicios de urgencias las 24 horas del día, servicios ambulatorios seis días a la semana, un departamento de hospitalización con 10 camas, y un servicio de partos y atención obstétrica esencial también las 24 horas del día. Además, la ONG ha incorporado algunas novedades, como la integración de servicios de salud mental, oftalmología y servicios de especialistas en el nivel de la atención primaria. El CAP presta servicios a 47 aldeas adyacentes, con una población de unos 39.000 habitantes. Se han registrado mejoras significativas en lo que se refiere al número de indicadores en la zona cubierta por el CAP de Gumballi en comparación con los indicadores del estado de Karnataka (el índice de mortalidad infantil en el área del proyecto, por ejemplo, es de 23,6, mientras que en el resto del estado llega a 48,01).

El éxito del CAP de Gumballi y su impacto como un 'CAP modelo' ha reforzado la idea de que los partenariados público-privados son una solución viable entre los responsables de la formulación de políticas. Sus buenos resultados llevaron al gobierno de Karnataka a elaborar una política formal sobre los partenariados de este tipo en el año 2000. Actualmente, el modelo se ha expandido y la ONG Karuna Trust gestiona 26 CAP en todos los distritos del estado de Karnataka y otros nueve CAP en el estado nororiental de Arunachal Pradesh, con lo que cubre

5. Si bien nos referimos a la colaboración entre una ONG sin ánimo de lucro y el Gobierno, lo llamamos 'partenariado público-privado' porque éste es el término utilizado por el Gobierno indio para definir las iniciativas en que se concede la administración y la prestación de servicios de centros de atención primaria de salud a ONG.

a una población estimada de 1,2 millones de personas. La iniciativa ha sido objeto de un importante debate en el país. La ONG considera que su tarea consiste en ‘construir modelos’, y no cree que la iniciativa sea una alternativa a la obligación del Estado de gestionar y mantener el sistema público de atención de la salud. Su experiencia con la gestión de los CAP indica que el éxito es muy variable y que éste depende en gran medida del fuerte apoyo del departamento público de salud local.

El sistema público de salud de la India –sobre todo en el nivel primario– siempre ha estado plagado de problemas, entre los que estaría la incapacidad para atraer recursos humanos, la ineficiencia, las infraestructuras deficientes y la corrupción. Una de las formas para intentar solucionar esta situación está en la externalización de los centros de atención primaria, especialmente en zonas con pocos recursos, a entidades privadas. La alternativa de Karuna Trust representa una de las mayores iniciativas de este tipo, en que una organización sin ánimo de lucro promueve la atención primaria a través de sus propios programas. Si bien la externalización de servicios públicos es un tema que exigiría un debate más profundo, el aparente éxito inicial de este proyecto merecería más estudios (Ghanshyam 2008).

India: Proyecto de Salud Rural Integral en Jamkhed, Maharashtra

El Proyecto de Salud Rural Integral (CRHP en inglés) de Jamkhed se fundó en 1970. Esta zona de India, extremadamente pobre y muy propensa a las sequías, se veía aquejada por unos altos índices de malnutrición, enfermedades infecciosas, mortalidad materna y accidentes laborales. Injusticias sociales como el bajo estatus de las mujeres y los prejuicios basados en la casta exacerbaban aún más esta situación crónica de salud precaria. El proyecto, que comenzó cubriendo a ocho aldeas con una población total de 10.000 personas, se expandió muy rápidamente en sus primeros años para poder llegar a más comunidades. En 1980, el CRHP actuaba en un total de 70 aldeas, con una población de 100.000 personas. En 1985, el CRHP trabajaba con un total de 250.000 personas en 250 aldeas de las zonas de Karjat y Jamkhed. Finalmente, más de 300 aldeas y 500.000 personas participaban en el programa de CRHP mediante la selección, la formación y el apoyo de voluntarias de salud de las aldeas (VSA) y mediante la creación de organizaciones de base comunitaria como asociaciones de campesinos, de mujeres (*Mahila Vikas Mandals*) o grupos de autoayuda.

La voluntaria de salud de la aldea (VSA) actúa como el agente local para el cambio positivo en la salud y la sociedad. La VSA es seleccionada por su comunidad y recibe formación (impartida por el CRHP) en ámbitos como la salud, el desarrollo y la organización comunitaria, destrezas comunicativas y desarrollo personal. Su principal papel consiste en compartir los conocimientos adquiridos con todos los miembros de la comunidad, organizar grupos comunitarios y promover la acción, especialmente entre las mujeres, los pobres y los marginalizados. Al principio, muchas de estas VSA eran mujeres analfabetas de la casta de los dalit (también conocidos como intocables). Las VSA, trabajando exclusivamente como

voluntarias, se vieron empoderadas con el aprendizaje de varias destrezas con las que pudieron empezar a ganarse la vida a través de la microempresa.

El impacto del programa es muy visible. El número de casos de lepra en la zona del proyecto se redujo de 157 en 1988 a sólo 6 en 2006. Del mismo modo, los nuevos casos de tuberculosis disminuyeron de 592 en 1988 a 6 en 2006. El índice de mortalidad infantil, que era de 176 en 1971, se ha reducido a 24 (frente al promedio nacional de 62 por cada 1.000 nacidos vivos). La tasa de malnutrición infantil es inferior al 5 por ciento, en comparación con la media nacional del 47 por ciento; el 99 por ciento de las mujeres recibe atención natal y un porcentaje parecido dispone de acceso a un parto seguro.

A diferencia de muchos otros programas dirigidos por ONG en la región, el proyecto de Jamkhed se ha resistido decididamente a ampliarse. De hecho, el alcance actual del proyecto es menor que en los años noventa; en estos momentos, trabaja en 120 aldeas y el equipo móvil visita activamente a 45 de ellas. Sin embargo, la ampliación se puede entender desde otro punto de vista. Hay pequeños programas de todo el mundo, desde Nepal a Brasil, que utilizan los principios de Jamkhed. El Gobierno indio también envía al proyecto a sus propios funcionarios para recibir asesoramiento y formación. El proyecto se financia (el presupuesto anual es de unos 500.000 dólares estadounidenses) mediante cuotas (que son muy razonables y sólo se piden a aquellas personas que se lo pueden permitir) de un pequeño hospital en Jamkhed y con donaciones individuales de personas de todo el mundo.

El proyecto de Jamkhed, que lleva funcionando más de cuatro décadas, se presenta como un verdadero ejemplo de programa de atención primaria de base y apropiación comunitaria. Otra lección importante son las metodologías de movilización comunitaria y formación de trabajadores de salud que se utilizan en el programa (Rosenberg 2008).

Iniciativas que abordan un aspecto concreto del acceso a los servicios de salud

India: programa de atención neonatal en el domicilio en Gadchiroli, Maharashtra

Este programa fue puesto en marcha por la Sociedad para la Acción Educativa y el Estudio en la Salud Comunitaria (SEARCH), una ONG sin ánimo de lucro fundada en 1986 por un matrimonio de médicos. La organización identificó las principales causas de mortalidad infantil en la región y elaboró una estrategia de atención neonatal en el domicilio para abordarlas. El distrito de Gadchiroli, en el estado de Maharashtra, tenía un índice de mortalidad infantil de 121 por cada 1.000 nacimientos cuando comenzó el proyecto; éste es ahora de menos de 30 por cada 1.000 nacimientos.

El programa se basa en trabajadoras de salud comunitaria (TSC), o *arogyadu*, que son la pieza clave de esta iniciativa para reducir la morbilidad y la mortalidad neonatal e infantil. SEARCH reclutó a mujeres de aldeas con un mínimo de cuatro años de educación y las formó para que proporcionaran atención a las mujeres durante el embarazo y, tras el parto, a sus bebés. Las TSC visitan a las mujeres em-

barazadas para ofrecerles información sobre cómo cuidarse durante el embarazo y cómo reconocer síntomas de peligro que podrían apuntar a alguna complicación. La labor de las TSC se complementa con el de las comadronas tradicionales, ya que su principal atención va dedicada a los recién nacidos, de forma que mantienen papeles bien diferenciados. Tras el parto, las TSC visitan a la madre y al bebé en su hogar ocho veces durante el primer mes (o 12 en caso de que el bebé esté en situación de riesgo).

Entre los tipos de atención preventiva que prestan las TSC estaría el examen del bebé, el control de su peso, temperatura y respiración, y la administración de vitamina K. Las TSC también asesoran a las madres sobre los cuidados para el recién nacido, como la lactancia materna, la prevención de la hipotermia y el reconocimiento de síntomas de peligro. Pueden diagnosticar cuadros como la asfisia, la sepsis y el bajo peso al nacer, y problemas de lactancia materna utilizando una serie de sencillos criterios estándar. Los tratamientos sencillos de recién nacidos con afecciones se realizan en el domicilio, siguiendo varias prácticas aprendidas durante la formación. Además, se han adoptado muchas medidas para dar apoyo al programa. Una de ellas es el diseño y la fabricación local de 'contadores de respiración' que las TSC utilizan en lugar de estetoscopios.

El programa opera en 42 aldeas. En torno a 80 TSC y 120 comadronas tradicionales han aprendido a diagnosticar y tratar enfermedades que son causa importante de muerte como la sepsis neonatal y la neumonía infantil. Según una evaluación del trabajo de las TSC, se produjo una reducción del 62 por ciento en el índice de mortalidad neonatal, una reducción del 71 por ciento en el índice de mortalidad perinatal y una reducción del 49 por ciento en la incidencia de enfermedades neonatales. Además, la tasa de letalidad en los casos de sepsis y neumonía cayó del 16,6 por ciento al 2,8 por ciento, y en los casos de recién nacidos prematuros y recién nacidos con bajo peso disminuyó un 60 por ciento (Bang et al 2001, 956). La incidencia de enfermedades puerperales se redujo en un 51 por ciento. Los resultados positivos del proyecto de Gadchiroli se han traducido en iniciativas piloto para ampliar el programa, algunos de los cuales han sido asumidos por el departamento de salud del Gobierno en su Misión Nacional de Salud Rural.

Aunque ésta no es una alternativa a la comercialización que cubra toda la gama de servicios de salud, el programa se adapta bien a los sistemas de atención primaria. De especial interés son los pasos dados para ampliar el programa mediante la adopción de éste en el sistema público del país. También cabe tomar nota de las innovaciones que se utilizan en la formación y el material formativo, especialmente en el contexto de unos índices de éxito bastante buenos en lo que se refiere al control de la mortalidad y morbilidad infantil.

India: el Proyecto Internacional sobre VIH/SIDA de Sonagachi (SHIP)

En 1992, el Instituto Panindio de Higiene y Salud Pública (AIIPH) impulsó un programa convencional de tratamiento y prevención de enfermedades de transmi-

sión sexual en Sonagachi, el principal ‘barrio rojo’ de Calcuta, con más de 7.000 trabajadores y trabajadoras sexuales. El Proyecto Internacional sobre VIH/SIDA de Sonagachi (SHIP) se puso en marcha gracias a una alianza intersectorial entre la Organización Mundial de la Salud, el AIIHPH, el British Council y varios ministerios y ONG locales. Muy pronto, el proyecto fue más allá de las actividades tradicionales de tratamiento y educación para centrarse en el empoderamiento de los profesionales del sexo. Entre las intervenciones clave durante los primeros cinco años de la iniciativa cabría destacar servicios de vacunación y tratamiento para los hijos e hijas de las trabajadoras sexuales, clases de alfabetización para las mujeres, y programas de activismo e incidencia política, microcréditos y cultura (Jana y Singh 1995).

Los trabajadores y las trabajadoras sexuales crearon su propia organización, *Durbar Mahila Samanwaya Committee* (DMSC), a través de la que negociaron para garantizar un mejor trato por parte de los regentes de los prostíbulos, los arrendadores y las autoridades locales. En 1999, DMSC asumió la gestión del proyecto SHIP y, desde entonces, se ha ido expandiendo hasta incluir 40 barrios rojos de todo el estado de Bengala Occidental, abarcando unos 65.000 trabajadores sexuales –hombres, mujeres y transgénero– que trabajan en burdeles, en las calles y en hoteles. La tarea de DSMC entraña cuestiones como la lucha contra la extorsión y el hostigamiento por parte de vándalos y policías locales, la lucha contra el desalojo de trabajadores sexuales de sus hogares, la gestión de un servicio de asistencia telefónica especializado en el VIH y la acción contra el análisis forzado del VIH/SIDA. Las iniciativas de DMSC han llevado a la creación de una junta autorreguladora que, siempre que llega a Sonagachi una nueva mujer o niña, analiza cuestiones legales como su edad y si piensa entrar en este sector laboral de forma voluntaria. La iniciativa cuenta con el apoyo de la Ford Foundation, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Action Aid y la Organización Nacional para el Control del SIDA (NACO) del Gobierno indio (Smarajit 2004).

Las piezas clave de este programa son las actividades para empoderar a las personas con conocimientos y herramientas en materia de salud. Los propios trabajadores sexuales proporcionan educación a otros trabajadores y regentes de burdeles sobre salud sexual y VIH y distribuyen preservativos. Para dar apoyo a estas acciones de educación no formal, se han establecido 29 centros educativos en Sonagachi y los alrededores. Para fomentar la seguridad económica, se anima a las trabajadoras sexuales que busquen un crédito financiero a integrarse en una cooperativa comunitaria de préstamo que ofrece préstamos asequibles. Como parte de la estrategia de empoderamiento el proyecto de Sonagachi también promueve los distintos talentos de las trabajadoras sexuales mediante una asociación cultural: Komal Gandhar. A todo ello, hay que añadir una unidad contra el tráfico, que depende de las juntas autorreguladoras, que trabaja en todo Bengala Occidental para proteger a los niños y niñas; hay también dos hogares en que se ofrece un refugio seguro a la infancia carenciada.

Las pruebas de que se dispone sugieren que el proyecto ha tenido un gran impacto. En 1992, los índices de uso sistemático del preservativo con los clientes en los dos meses anteriores era de apenas un 1 por ciento. En 2001, esa cifra había aumentado hasta un 65 por ciento. La prevalencia de la sífilis cayó durante ese mismo período del 25 por ciento al 8,76 por ciento. El programa ha atraído una gran atención como ejemplo de una intervención en el sector de la salud que se basa en la participación y la organización de la comunidad. De especial importancia es el hecho de que la comunidad de profesionales sexuales es una de las más marginalizadas. En ese contexto, resulta de utilidad analizar el éxito de la alternativa para proporcionar una voz política a la comunidad y combinarlo con programas que abordan varios determinantes de una buena salud entre las trabajadoras sexuales. La ampliación de la iniciativa y la propuesta de que se adopte en el sistema público de salud son también ámbitos que merecen mayor estudio.

Nepal: gestión comunitaria de la neumonía infantil

La neumonía es una importante causa de mortalidad infantil entre los niños menores de cinco años en Nepal. Por ese motivo, el país puso en marcha una experiencia para formar voluntarias de salud comunitaria (VSC) y mejorar la gestión de la neumonía infantil entre las comunidades con el uso de antibióticos orales. Un grupo de trabajo técnico integrado por funcionarios gubernamentales, expertos locales y socios donantes inició el proceso para desarrollar una estrategia para un proyecto piloto y después ampliarlo a todo el territorio nacional. La gestión comunitaria de la neumonía consiguió duplicar el número total de casos tratados en comparación con los distritos en que el tratamiento sólo se dispensaba en centros de salud. Más de la mitad de los casos fueron tratados por las VSC. El programa se fue desarrollando paulatinamente durante más de 14 años y, ahora, el 69 por ciento de la población nepalí de menos de cinco años dispone de acceso al tratamiento de la neumonía (Dawson 2008, 341).

Las VSC fueron seleccionadas por las comunidades y formadas por el Ministerio de Salud. La OMS, UNICEF y ONUSIDA respaldaron el desarrollo de directrices técnicas para la ejecución del programa. UNICEF realizó un estudio con perspectiva etnográfica para entender mejor los síntomas de peligro de la neumonía percibidos por las distintas comunidades y sus prácticas habituales para buscar asistencia. Los miembros del grupo de trabajo técnico desarrollaron material de formación y comunicación para incidir en determinados comportamientos. Para abordar el bajo nivel de alfabetización de algunas VSC, se dedicó un gran esfuerzo a elaborar manuales de formación y educación con imágenes. Esta fase de preparación se desplegó en 1993 y 1994.

Las actividades de formación comenzaron en junio de 1995, basadas fundamentalmente en juegos de rol y en el desarrollo de habilidades prácticas. En la formación participaron también las supervisoras de las VSC, con la idea de reforzar los vínculos entre ellas de cara al proceso de seguimiento y control sobre el terreno. Se eligieron cuatro distritos para la intervención piloto, dos

‘de tratamiento’ y dos ‘de derivación’, con un total de 1.497 VSC y 525 trabajadores de centros de salud formados. En los cuatro distritos se formó al personal de los centros de salud en el tratamiento de los casos de neumonía y en la gestión del programa para garantizar que las VSC contaban con el debido apoyo, seguimiento y abastecimiento de suministros. Al personal de la oficina de salud del distrito se le formó en el control y la supervisión del proyecto. En todas las aldeas se organizaron grupos de madres y sesiones con los líderes de la comunidad para promover que se buscara asistencia con prontitud y apoyo local. En 1997, los dos distritos ‘de derivación’ se convirtieron en distritos ‘de tratamiento’, y el programa se fue expandiendo gradualmente. En 2007, participaban en la iniciativa 42 de los 75 distritos de Nepal, donde reside el 69 por ciento de la población infantil menor de cinco años. La calidad de la atención proporcionada por las VSC es supervisada periódicamente por personal del distrito y asociado, y los niveles notificados son altos. Se utilizan listas estándar con los criterios que se deben comprobar y se da una respuesta inmediata. Los datos sobre el tratamiento comunitario de la neumonía son parte del Sistema de Información y Monitoreo de la Salud del Gobierno. Se calcula que, gracias a esta intervención, cada año se salvan en Nepal unas 6.000 vidas (Dawson 2008, 340-2).

Nepal es uno de los países más pobres de Asia y ha sufrido las consecuencias de la inestabilidad política y la destrucción fruto de catástrofes naturales en las últimas décadas. Sin embargo, lo que suele pasar desapercibido es el notable progreso realizado por el país en los últimos años en cuanto a la reducción de los indicadores de mortalidad y morbilidad. Algunos analistas lo atribuyen al éxito de ciertos programas especializados, financiados por agencias donantes, que han conseguido cosechar ‘los frutos más maduros’ de la atención primaria de salud. Aunque puede que esta lectura esté en lo cierto, sería de interés estudiar con mayor detalle tales programas, como el descrito en estas líneas. La iniciativa es también valiosa porque aborda una de las principales causas finales de la mortalidad infantil. Otro aspecto destacable es la impresionante expansión del programa, como evidencia el hecho de que más de la mitad de los casos de neumonía esperados en Nepal (56 por ciento) en los 42 distritos donde se desarrolla el programa reciban actualmente tratamiento, más de la mitad de éste proporcionado por la gestión comunitaria de la neumonía (Dawson 2008).

India: medicamentos asequibles para todos y todas

La organización *Low Cost Standard Therapeutics* (LOCOST) se creó con el objetivo de que todos los ciudadanos de la India, incluso los sectores más pobres y en zonas apartadas, dispongan de acceso a medicamentos de calidad y a precios asequibles. LOCOST fue fundada en 1983 como una fundación sin ánimo de lucro con sede en el municipio de Baroda, en el estado de Gujarat. Los precios de los fármacos de LOCOST son notablemente inferiores a los de otros fabricantes. El atenolol, por ejemplo, un medicamento que se utiliza para tratar la

hipertensión, se vende en las tiendas minoristas a 20-25 rupias indias la tira, mientras que, en LOCOST, cuesta 3 rupias la tira. Una tira de paracetamol de LOCOST cuesta 2 rupias, mientras que una de las marcas registradas cuesta 9 rupias [1 rupia india equivale aproximadamente a 0,02 dólares estadounidenses] (LOCOST, s.f.).

La pequeña unidad de producción de LOCOST fabrica más de 60 medicamentos esenciales en 80 formulaciones (líquidos, cápsulas y comprimidos). LOCOST adquiere los principios farmacéuticos activos de grandes productores y, después, prepara sus propias formulaciones. LOCOST también paga a sus trabajadores un salario superior a la media; las escalas salariales, de hecho están entre las más altas de la pequeña industria. A pesar de todos los costos que entraña mantener un alto estándar, LOCOST puede vender los medicamentos a un precio de entre un 10 y un 25 por ciento más barato que el del mercado minorista. Con unos precios tan competitivos, LOCOST obtiene unos beneficios de en torno al 10 por ciento sobre sus ventas anuales, que después reinvierte para incrementar su volumen de producción.⁶

LOCOST lleva años suministrando fármacos a más de 100 organizaciones de la sociedad civil y benéficas. La idea de distribuir los medicamentos de LOCOST en establecimientos minoristas, sin embargo, es bastante nueva. Además de su unidad de producción en Baroda, LOCOST cuenta con una tienda de distribución en Vadodara, un almacén en Karnataka (Bangalore) y el noroeste (Guwahati) y pequeños establecimientos de venta al detalle en varios lugares de Maharashtra. También tiene una unidad de educación que se centra en cuestiones relacionadas con la formación para el uso racional de los fármacos. Publica una revista mensual escrita en gujarati, *Apnu Swasthya*, y otros materiales para el público general, incluidos libros. LOCOST se dedica asimismo a tratar de incidir en las políticas farmacéuticas a escala nacional y regional. Su participación —como parte acusada— en un caso que está examinando el Tribunal Supremo del país se ha traducido en la eliminación de varias categorías de fármacos nocivos e irracionales.

La industria india de los medicamentos genéricos ha sido bautizada como ‘la farmacia del Sur’ por su capacidad para proveer fármacos a bajo costo a un gran número de países pobres de todo el mundo. Sin embargo, dentro de la India, el acceso a los medicamentos sigue siendo un gran problema, y el precio de los fármacos constituye uno de los mayores obstáculos. Se calcula que entre el 50 y el 80 por ciento de los ciudadanos indios carece de acceso a medicamentos esenciales. La ‘alternativa’ presentada en estas líneas intentar solucionar esta situación suministrando medicamentos de bajo costo a programas comunitarios de salud. Se trata de una alternativa a la fabricación y distribución comerciales de las farmacéuticas y podría replicarse en muchos entornos con escasos recursos.

6. Información basada en una entrevista personal del autor con el fundador y director de LOCOST, S. Srinivasan, julio de 2009.

Evaluación de las alternativas

Sería poco apropiado sugerir tendencias concretas o generalizaciones a partir de las limitadas evidencias que ofrecen las 'alternativas a la comercialización' presentadas en este capítulo. Sin embargo, sí se esbozan algunas directrices generales que merecería la pena comentar y que podríamos dividir en dos tipos: las relacionadas con el sector público y las relacionadas con el sector privado y sin fines lucrativos.

Sector público

- Entre los gobiernos que han seguido reformas neoliberales y han desmantelado los sistemas públicos (por ejemplo, China, India y Laos), se observan algunos intentos para remediar los impactos negativos de dichas reformas mediante cierto fortalecimiento de lo público. Por desgracia, la mayoría de iniciativas públicas se siguen basando en la premisa de que éstas deben ir de la mano del sector privado.
- Las ideologías neoliberales impregnan los planteamientos sobre los sistemas de salud incluso en los países en que se considera que los sistemas públicos han generado resultados loables (por ejemplo, Sri Lanka y Malasia). Sin embargo, las propuestas para introducir reformas de comercialización se enfrentan a la oposición popular y no han avanzado al ritmo esperado por los grupos de cabildeo neoliberales.
- La presencia de un creciente sector privado afecta a la capacidad del sistema público para prosperar y expandirse porque provoca el desvío de recursos técnicos y humanos.
- Por lo general, la ideología de 'reforma' predomina en los ámbitos de la atención secundaria y terciaria de la salud, por el motivo de que al sector privado no le interesa el nivel primario. Esto está generando una corriente hacia la bifurcación de los sistemas de salud, en que la atención primaria es considerada dominio de los sistemas públicos y la atención secundaria y terciaria se abre al sector privado.

Sector privado y sin fines de lucro

- El sector sin fines de lucro se está desarrollando y llevando adelante varias alternativas que podrían ser adoptadas por los sistemas públicos. Un análisis sistemático de estas alternativas podría ser una buena base para promover otras iniciativas públicas.
- Las organizaciones de base comunitaria que están desplegando alternativas encuentran muy difícil ampliar sus proyectos cuando tienen que llegar a regiones que quedan fuera de su área de actividad más inmediata.
- Parece haber un delicado equilibrio entre la capacidad (y la intención) para ampliar los programas y cuestiones de solidaridad y compromiso ideológico desde una ética pública. Esto significa un dilema interesante, ya que los programas más grandes deben 'prestar más atención a los principios básicos de movilización comunitaria, solidaridad, apropiación y empoderamiento.

- Se debería analizar el papel de los organismos donantes y su preferencia a apoyar los programas desarrollados por organizaciones sin ánimo de lucro en detrimento de los encabezados por los gobiernos.
- La línea divisoria entre un ‘contratista’ de servicios para el Gobierno y un agente de movilización comunitaria suele ser borrosa. Se deberían elaborar algunos criterios para examinar los programas que conllevan una colaboración entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales.

Escenarios de futuro

En muchos lugares del mundo, ‘lo público’ ha prácticamente desaparecido de los sistemas de atención de salud. Por lo tanto, urge abordar las impresiones erróneas y las descaradas falsedades sobre el sector público, especialmente teniendo en cuenta los intentos sistemáticos por presentar al sector privado como más ‘eficiente’ y aducir que la competencia y los incentivos basados en el mercado llevan a una mejor atención y a más opciones. Estos argumentos pasan por alto el hecho de que el sector público ha desempeñado el papel protagonista en casi todos los contextos donde los resultados en salud han mejorado de forma significativa. Los sistemas de salud que han dependido históricamente del sector público han sido más la norma que la excepción, incluso en países ricos. Las historias de éxito en cuanto al desarrollo de sistemas de salud en el Sur Global (por ejemplo, Sri Lanka, Costa Rica y Cuba) están estrechamente vinculadas con el sector público. Aunque cabe destacar que los logros del sector público no se limitan a los sistemas de atención de salud. Los estudios realizados con fondos públicos en institutos nacionales y universidades han sentado las bases de muchos avances –si no la mayoría– en las ciencias médicas.

Los sistemas públicos son deseables porque fomentan la equidad. Ésta es quizás la razón más importante por la que el sector público debe desempeñar un papel destacado en los sistemas de atención de salud, independientemente del país de que se trate. Las personas tienen derecho a una atención de la salud equitativa, que no dependa de su poder adquisitivo. Los gobiernos –y no los mercados– pueden garantizar que los sistemas de salud aborden las necesidades de los grupos más pobres y marginalizados. También es cierto, sin duda, que los sistemas públicos deben contar con elementos explícitos y deliberados para promover esa equidad. El mero hecho de que un sistema esté financiado con fondos públicos no implica necesariamente que éste fomente la equidad. En este sentido, entran en juego varios factores, como, por ejemplo, que el sistema dedica especial atención a aquellas personas que más necesitan los servicios de salud. Esto no quiere decir que los servicios públicos de salud sean ‘servicios precarios para los pobres’, sino que deberían entenderse como iniciativas coordinadas para proporcionar los mejores servicios posibles a todos y a todas, y abordar, a la vez, las necesidades especiales de los más vulnerables.

Un sistema de atención de salud equitativo y eficiente requiere de una planificación que se base en el contexto local. Esto es algo imposible para un sistema fragmentado, que persigue el lucro y con múltiples objetivos (a menudo contra-

dictorios). Para que un sistema de este tipo funcione de manera óptima, debe estar en constante conexión con las necesidades y las prioridades de las personas. Y la mejor forma de lograr esta meta es mediante una participación popular que garantice que el público no es un mero destinatario de la atención de la salud, sino que está implicado también en su planificación y ejecución. El vínculo entre los ingresos de los proveedores de atención de la salud y el suministro de dicha atención sólo se podrá romper con la puesta en marcha de un sistema público que esté adecuadamente financiado. El comportamiento poco ético de los proveedores de atención de salud está directamente relacionado con el hecho de que esa atención supone un beneficio, por lo que, a peor salud, mayores beneficios.

Iniciativas públicas que se deben reivindicar

Las alternativas que se presentan en estas páginas esbozan algunas sendas para seguir avanzando y apuntan a que en muchos países de la región hay verdadera inquietud por revertir la marginalización del sector público. Sin embargo, puede que parte de este interés tenga un cariz más práctico que ideológico, lo cual pondría de manifiesto una constante tensión entre la ética neoliberal de la 'nueva gestión pública' y las evidencias reales de que los sistemas de atención de la salud comercializados no cumplen con sus supuestos deberes. Muchos economistas neoliberales reconocen ahora esta realidad y han acuñado incluso la fórmula de 'fracaso del mercado' para justificar las carencias básicas de la economía neoliberal con respecto a los programas de bienestar (People's Health Movement 2006, 11-51). A pesar de ello – especialmente en el caso de la India– sigue habiendo dudas y se están buscando métodos para encontrarle un papel significativo al sector privado.

De entre los sistemas públicos analizados aquí, Tailandia merecería una especial atención y todos los países de la región podrían extraer lecciones muy valiosas de la experiencia tailandesa.

Iniciativas públicas que se deben defender

Hemos elegido también, deliberadamente, analizar algunos sistemas públicos que muestran una tendencia a minar la ética pública, como serían los casos de Malasia y Sri Lanka. En ellos, cabe resaltar el hecho de que, aunque las políticas públicas en otro ámbito han seguido una trayectoria de liberalización más rápida, la resistencia y el escrutinio públicos han obstaculizado las reformas previstas en el sector de la salud. Esto sugiere que hay una base sólida para promover el examen y la movilización de la sociedad civil en torno a la cuestión del suministro público de servicios de salud.

Innovaciones y alternativas: modelos posibles

Las alternativas del sector privado pero sin fines de lucro plantea otra serie de cuestiones en lo que se refiere a las vías de futuro. Sería incorrecto entender que alguna de estas alternativas puede transformar todo el sistema de atención de la salud. No obstante, estos programas incorporan muchas mejoras e innovaciones en las que se pueden inspirar los sistemas públicos. Es muy importante, por ejemplo,

que estas alternativas suelen mantener vivos conceptos como prestación pública, participación comunitaria y atención integral; conceptos, todos ellos, que son pieza clave de la Declaración de Alma Ata, con la que se comprometieron la mayoría de los gobiernos en 1978 y que no han conseguido sacar adelante.

Finalmente, y a pesar de las tácticas más inmediatas y de corto plazo, los sistemas públicos sólo pueden sobrevivir y crecer a expensas del sector privado. Éste sería un mensaje fundamental que no se puede quedar por el camino. El análisis de muchas de las alternativas en el sector de la salud en Asia demuestra que el sector privado constituye una influencia perjudicial que socava los sistemas públicos. Las próximas batallas, allí donde se están revitalizando los sistemas públicos, pasarán por garantizar que éstos se construyan a expensas del sector privado y no como un complemento de éste.

Referencias

- Abbas Motevalian, S. 2007. *A Case Study on Intersectoral Action for Health in I.R. of Iran: Community Based Initiatives Experience*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Awin, N. 2002. *A Review of Primary Health Care in Malaysia*. Manila: World Health Organization (WHO).
- Bang, A. T., R.A. Bang, S.B. Baitule, M.H. Reddy y M.M. Deshmukh. 2001. "Burden of morbidities and the unmet need for health care in rural neonates: a prospective observational study in Gadchiroli, India", *Indian Pediatrics* 38: 952-965
- Chee Khoo, C. 2010. "Re-inventing the Welfarist State? The Malaysian Health System in Transition", *Journal of Contemporary Asia* 40(3): 444-465.
- CHSI (Center for Health Statistics and Information, MoH). 2004. *An analysis report of national health services survey in 2003*. Beijing: Union Medical University Press.
- Dawson, P., Y.V. Pradhan, R. Houston, S. Karki, D. Poudel, y S. Hodgins. 2008. "From research to national expansion: 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal", *Bulletin of the World Health Organization* 86(5): 339-343.
- Dezhi, Y. 1992. *Changes in health care financing and health status: the case of China in the 1980s*. Occasional Paper No 34. Florencia: Innocenti.
- Ghanshyam, B. 2008. "Can public-private partnerships improve health in India?", *The Lancet* Volume 372(9642): 878 - 879.
- Gilson, L., J. Doherty, R. Loewenson y V. Francis. 2007. *Challenging Inequity through health systems, Final Report, Knowledge Network on Health Systems*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Government of India. 2009. *Annual Report 2008-2009*. Nueva Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.
- Government of India. 2010. *National Rural Health Mission. Meeting People's Health Needs in Partnership with States. 2005-2010*. Nueva Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.

- Green, A. y A. Matthias. 1995. "NGOs - a policy panacea for the next Millennium?", *Journal of International Development* 7(3): 565-573.
- Haque, M.S. 2008. "Global Rise Of Neoliberal State And Its Impact On Citizenship: Experiences In Developing Nations", *Asian Journal of Social Science* 36: 11-34.
- Huda, C.R. y Z. Chowdhury. 2008. "Maternal Mortality in Rural Bangladesh: Lessons Learned from Gonoshasthaya Kendra Programme Villages", *Asia-Pacific Population Journal*, abril: 55-78
- Jana, S. y S. Singh. 1995. "Beyond medical model of STD intervention. Lessons from Sonagachi", *Indian Journal of Public Health* 39(3): 125-31.
- McGregor A. 2008. *Southeast Asian Development*. Nueva York: Routledge.
- McIntyre, D. 2006. *Country Case Study: Universal tax funded health system in Sri Lanka*. Ciudad del Cabo: Health Economics Unit, University of Cape Town,
- Meng, Q. 2007. *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*.
- Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Parry, J. y Weiyuan, C.. 2008. Making health care affordable in China. *Bulletin of the World Health Organization* 86(11): 822-825.
- People's Health Movement, Medact and Global Equity Gauge Alliance. 2006. *Global Health Watch 2005 - 2006: An alternative world health report*. Nueva York: Zed Books.
- People's Rural Health Watch - Jan Swasthya Abhiyan. 2008. *Health services and the national rural health mission*. Nueva Delhi: People's Health Movement.
- Perera, M. 2007. *Intersectoral Action for Health in Sri Lanka*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Perks, C.T., J. Michael y K. Phouthonsy. 2006. "District health programmes and health-sector reform: case study in the Lao People's Democratic Republic", *Bulletin of the World Health Organization* 84(2): 132-138.
- Ramalingaswami, V., U. Jonsson y J. Rohde. 1997. "Malnutrition in South Asia: a regional profile", en S. Gillespie (ed) *ROSA Publication No. 5*. Kathmandú: UNICEF Regional Office for South Asia.
- Rannan-Eliya, R.P. y L. Sikurajapathy. 2008. "Good Practice in Expanding Health Care Coverage in Sri Lanka", en P. Gottret, G. Schieber y H. Waters (eds) *Good practice in health financing : lessons from reforms in low and middle-income countries*. Washington D.C.: The World Bank.
- Rao, M. 2009. "Health for all and neoliberal globalization: an Indian rope trick", en L. Panitch, y C. Leys (eds) *Morbid Symptoms: Health under capitalism*. Nueva Delhi: Leftword Books.
- Rosenberg, T. 2008. "Necessary Angels", *National Geographic Magazine*, diciembre: 11.
- Sadrizadeh, B. 2004. "Primary Health Care Experience in Iran", *Medical journal of the Iranian Red Crescent* 7(1): 79-90.

- Savedoff, W. 2003. "How Much Should Countries Spend on Health, Discussion paper, Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation". Ginebra: World Health Organization (WHO).
- SIDA. 1994. 1994. *Economic Reform in Vietnam: Achievements and Prospects*. Estocolmo: Swedish International Development Assistance (SIDA).
- Smarajit, J. 2004. "The Sonagachi Project: A Sustainable Community Intervention Program", *AIDS Education and Prevention*, 16 (5): 405-414.
- Tangcharoensathien, V., P. Prakongsai, S. Limwattananon, W. Patcharanarumol, y P. Jongudomsuk. 2007. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn?* Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Tavassoli, M. 2008. "Iranian health houses open the door to primary care", *Bulletin of the World Health Organization* 86(8): 577-656.
- UNDP. 2008. *Human Development Report 2008*. Ginebra: United Nations Development Programme (UNDP).
- Upham, N. 2004. "Making Health Care Work for the Poor, Review of the NGO experiences in selected Asian countries". Documento de base para la WHO Asian Civil Society Conference on Macroeconomics and Health. Colombo.
- van Doorslaer, E, O. O'Donnell y A. Somanathan. 2005. "Paying Out-of-pocket For Health Care in Asia: Catastrophic and Poverty Impact". Rotterdam: Equitap Project.
- Wang, S. 2009. "China's double movement in health care", en L. Panitch y C. Leys (eds). *Morbid Symptoms: Health under capitalism*. Nueva Delhi: Leftword Books.
- Werner, D. y D. Sanders. 1997. *Questioning the Solution: The politics of primary health care and child survival with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Palo Alto, CA: Health Wrights.
- WHO. 2009. *World Health Statistics 2009*. Ginebra: World Health Organization (WHO)
- Wibulpolprasert, S. y S. Thaiprayoon. 2008. "Thailand: Good Practice in Expanding Health Coverage—Lessons from the Thai Health Care Reforms", en P. Gottret, G. Schieber y H. Waters (eds) *Good practice in health financing : lessons from reforms in low and middle-income countries*. Washington D.C.: The World Bank.
- World Bank. 2009. *World Development Report*. Washington, D.C.: The World Bank.