


PÁGINAS DE SALUD PÚBLICA



 Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al., ed. **Disease control priorities in developing countries.** Washington, DC: Oxford University Press, The World Bank, 2006, segunda edición.

La ya clásica primera edición del libro *Prioridades para el control de enfermedades en los países en desarrollo*, publicada en 1993, estuvo ligada a México de diversas maneras. En primer lugar, fue un elemento clave para el desarrollo de las políticas de salud en el país a mediados de los años noventa. De hecho, algunas de esas propuestas han inspirado nuestra actual reforma del sistema de salud. Pero hay algo todavía más importante. Uno de

Nota: reseña presentada en el lanzamiento de la segunda edición del libro *Disease Control Priorities in Developing Countries* en Beijing, China, el 2 de abril de 2006.

los cuatro editores de la edición original, José Luis Bobadilla, era mexicano y un querido amigo mío. Su muerte en un accidente aéreo hace diez años cuando cumplía con una misión para el Banco Interamericano de Desarrollo hace que la publicación de la segunda edición del libro (al cual me referiré como PCE2) nos brinde la oportunidad de honrar su memoria y constatar que su contribución a esta línea seminal de trabajo ha superado la prueba del tiempo.

Debido a su novedosa metodología, su visión integradora y su abordaje multidisciplinario, la primera edición de *Prioridades para el control de enfermedades en los países en desarrollo* resultó un derroche de ingenio y un banquete de ideas iluminadoras. La segunda edición ha logrado lo que parecía imposible: superar a su predecesor.

Durante los trece años que separan ambas ediciones, la arena de la salud global ciertamente ha cambiado. Hoy hay nuevos actores, nuevos recursos, nuevos debates, desafíos novedosos. Pero hay también nuevos consensos, particularmente en lo que respecta al papel central de la salud en el desarrollo, así como al conocimiento en el avance de la salud. La primera parte de este consenso se basa en el creciente cuerpo de estudios que muestra que la salud no es sólo el resultado del desarrollo económico, sino uno de sus principales

determinantes. La segunda parte del consenso es que el conocimiento científico representa el motor más poderoso del progreso en materia de salud. Todos coincidimos en que la búsqueda del conocimiento es un valor en sí mismo, una parte esencial de la cultura.

Pero, además, la investigación tiene un valor instrumental como medio para mejorar la salud. Esto se logra a través de tres mecanismos. En primer lugar, el conocimiento genera nuevas y mejores tecnologías, como los medicamentos, las vacunas y los procedimientos diagnósticos. En segundo lugar, el conocimiento científico, al ser interiorizado por las personas, estructura su comportamiento cotidiano en dominios tan importantes como la higiene personal, los hábitos alimenticios, la sexualidad y la crianza de los niños. De esta manera el conocimiento empodera a las personas para modificar sus estilos de vida y así promover su propia salud. En tercer lugar, el conocimiento puede mejorar la toma de decisiones, tanto en la prestación de los servicios de salud como en la formulación de las políticas públicas.

Cada uno de estos mecanismos se ve limitado por una serie de brechas que debemos superar. Por lo que se refiere al uso del conocimiento para generar nuevas soluciones, nuestro principal reto es enfrentar “la brecha 10/90”, que significa que

apenas 10% de los recursos globales para la investigación en salud se destinan a los problemas que afectan a 90% de la población mundial.

Por lo que toca al uso del conocimiento para mejorar los estilos de vida, el reto consiste en ampliar el acceso a él por parte de todas las personas, particularmente las más pobres. Democratizar el conocimiento es esencial para que las personas desarrollen el poder de enfrentar los riesgos añejos y emergentes. Este poder les permite asimismo ser usuarios informados de los servicios de salud y ciudadanos exigentes de sus derechos.

Finalmente, la tercera brecha se refiere a la distancia que aún separa el conocer y el hacer, debido a una deficiente traducción de la investigación en decisiones para la acción. Aquí el gran reto es lograr que el poder de las ideas oriente las ideas del poder, es decir, las ideas de aquellos que tienen el poder para diseñar e implantar las políticas de salud.

Diversos desarrollos recientes en México pueden servir para ilustrar este último punto. Gracias a la colaboración de varias organizaciones académicas e internacionales, el armamento analítico de las políticas de salud se ha visto considerablemente enriquecido durante los últimos años con la inclusión de herramientas tan sólidas como las que promueve el PCE. Dentro de estas herramientas se incluyen la medición de la carga de enfermedad, el análisis de costo-efectividad, las cuentas nacionales de salud y las encuestas estandarizadas. La aplicación rigurosa de estos bienes públicos globales relacionados con el conocimiento, aunada a la existencia de excelentes bases de datos nacionales, ayudó a catalizar una reforma estructural del sistema mexicano de salud.

Se trata posiblemente de un caso de libro de texto en lo que se refiere a políticas basadas en evidencias. En

efecto, el análisis riguroso hizo posible que tanto los tomadores de decisiones como el público en general cobraran conciencia de diversas realidades críticas que requerían de una solución. Así, el cálculo cuidadoso de las cuentas nacionales de salud reveló que más de la mitad del gasto total en salud en México era gasto de bolsillo. Esto se debía al hecho de que aproximadamente la mitad de la población carecía de seguro de salud.

Estos hallazgos resultaron inesperados, ya que había la creencia generalizada de que el sistema mexicano de salud se financiaba básicamente con recursos públicos. En contraste, el análisis reveló la existencia de una paradoja inaceptable. Sabemos que la atención de la salud es una de las maneras más efectivas para luchar contra la pobreza. Sin embargo, la propia atención médica se convierte en un factor de empobrecimiento de los hogares cuando no se cuenta con los mecanismos sociales para garantizar un financiamiento justo que proteja a toda la población. La conciencia del hecho de que millones de hogares habían estado pagando sumas catastróficas de sus bolsillos generó una perspectiva diferente sobre la operación del sistema de salud. Los diseñadores de las políticas públicas ampliaron su enfoque para tomar en consideración diversos temas financieros que demostraron tener un enorme impacto sobre la prestación de servicios de salud y los niveles de pobreza de los hogares mexicanos.

Otro bien público global que contribuyó a la reforma fue el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Este marco, publicado en el año 2000 como parte del *Informe sobre la salud en el mundo*, puso énfasis en el financiamiento justo como uno de los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud.

Como consecuencia directa de los altos niveles de gasto de bolsillo, México mostró un desempeño muy pobre en la comparación internacional sobre justicia financiera. En lugar de generar una reacción defensiva, la constatación de este resultado echó a andar en 2001 un análisis detallado a nivel nacional, el cual demostró que los gastos catastróficos se concentraban en los hogares pobres y no asegurados. Este análisis fue llevado a cabo de manera conjunta por la Secretaría de Salud de México, la OMS y la Fundación Mexicana para la Salud, lo que constituye un ejemplo de la forma en que los gobiernos nacionales, los organismos internacionales y las instituciones no gubernamentales pueden unir esfuerzos.

El análisis a nivel nacional se basó en datos de las encuestas de ingreso y gasto para México, otro bien público global. Estas encuestas son producidas por muchos países del mundo y generan bases de datos homogéneas que son clave para las comparaciones internacionales. El uso cuidadoso de los análisis nacionales e internacionales generó las herramientas necesarias para promover una profunda reforma legislativa que fue aprobada en 2003 por una amplia mayoría en el Congreso de México, estableciendo un sistema de protección social en salud.

Este sistema está reorganizando e incrementando el financiamiento público hasta en un punto porcentual del PIB durante un periodo de siete años. El objetivo es ofrecer un seguro universal de salud que beneficiará a 50 millones de mexicanos, pobres en su mayoría, que hasta ahora habían quedado excluidos de los esquemas formales de aseguramiento por ser autoempleados, estar fuera del mercado de trabajo o trabajar en el sector informal de la economía.

El incremento en el financiamiento está sirviendo como punta de lanza de un esfuerzo mayúsculo des-

tinado a alinear los incentivos a todo lo largo del sistema de salud. Hoy las familias pobres se pueden afiliar a un nuevo esquema denominado Seguro Popular de Salud, que sirve de base para la asignación de los recursos federales a los estados. El antiguo modelo de "presupuestación burocrática", que subsidiaba a los prestadores de servicios sin tomar en cuenta su desempeño, está siendo reemplazado por una "presupuestación democrática", que hace posible que el dinero siga a la gente mediante un subsidio a la demanda. Además, el uso de pagos *capitados* y la libertad de elección permiten asegurar un equilibrio óptimo entre calidad y eficiencia.

Para alcanzar este propósito, la reforma financiera en el nivel macro se está complementando con una reforma gerencial en el nivel micro. Se trata de fortalecer la oferta de servicios a través de una serie de intervenciones específicas como las siguientes: la planeación de largo plazo de la infraestructura de atención, la evaluación de tecnologías, el abasto eficiente y la prescripción racional de medicamentos, el desarrollo de los recursos humanos incluyendo la capacitación gerencial, los sistemas de información orientados por los resultados, la acreditación de unidades de atención, la certificación de proveedores, el aseguramiento de la calidad y la evaluación comparativa del desempeño, tanto de los sistemas estatales como de las instituciones de salud. Me complace constatar que todos estos temas sistémicos ocupan un lugar relevante en el PCE2. Gracias a este nuevo enfoque, el PCE2 se convertirá en un recurso invaluable para facilitar el papel rector que los ministerios de salud deben desempeñar con eficacia creciente.

El elemento que articula las reformas financiera y gerencial es un paquete explícito de beneficios que ha sido diseñado utilizando el cos-

to, la efectividad y la aceptabilidad social como criterios conductores. Además de servir como herramienta para la definición de prioridades, el paquete también es un medio para empoderar a la gente al crearle una clara conciencia de sus derechos. El trabajo pionero del PCE1 ha sido crucial para este componente de la reforma. Estoy seguro de que la nueva edición enriquecerá aún más las bases analíticas para la transparencia y la rendición de cuentas.

Uno de los sellos distintivos de la experiencia mexicana ha sido la inversión en investigación para el diseño de la reforma, el seguimiento de su implantación y la evaluación de sus resultados. Éste es un claro ejemplo de la posibilidad de armonizar dos valores centrales de la investigación en salud: la excelencia científica y la pertinencia en la toma de decisiones.

La necesidad de contar con investigación sólida para iluminar la toma de decisiones se acentúa en estos tiempos, cuando todos estamos buscando mejores maneras de fortalecer los sistemas de salud. Debido a los vacíos en nuestro conocimiento actual, cada iniciativa de reforma debe ser vista como un experimento cuyos efectos deben ser documentados en beneficio de cualquier otra iniciativa, presente o futura. Ello requiere de una sólida inversión en investigación de sistemas de salud, tal como lo propone el PCE2. Cada innovación es una oportunidad de aprendizaje. No aprovecharla nos condena a redescubrir, con un enorme costo, lo que ya se sabía o, peor aún, a repetir los errores del pasado. Para reformar es indispensable informar o de lo contrario se corre el peligro de deformar.

El caso mexicano también demuestra que el dilema entre la investigación local y global es falso. Como hemos visto, la globalización permite convertir el conocimiento en un bien público internacional que pue-

de llevarse al centro de las agendas nacionales con el fin de hacer frente a algún problema local. Esta aplicación, por su parte, retroalimenta el acervo global de experiencias, generando así un proceso de aprendizaje compartido entre las naciones.

Por último, la reforma mexicana ilustra la manera en la que los bienes públicos del conocimiento pueden empoderar a los tomadores locales de decisiones para hacer avanzar la agenda de salud en la competencia por atención y recursos públicos. Especialmente en su interacción con los ministros de finanzas los responsables de la salud pueden usar las evidencias globales para demostrar que, además de su valor intrínseco, un sistema de salud con un buen desempeño contribuye al bienestar general de la sociedad al mejorar la productividad, incrementar las capacidades educativas, desarrollar el capital humano, generar empleo, proteger el ahorro, aliviar la pobreza, mejorar la competitividad y estimular de manera directa el crecimiento económico.

Estos argumentos, brillantemente documentados en varios capítulos del PCE2, han sido una poderosa herramienta que ha convencido a los tomadores de decisiones sobre la necesidad de movilizar más dinero para la salud. Pero este libro también ofrece elementos para asegurarnos, en palabras del legendario profesor Ramalingaswami, de obtener más salud por el dinero.

La experiencia que se comparte en estas líneas ilustra cuán correcta es la argumentación de Dean Jamison cuando asegura que el ritmo de difusión del conocimiento dentro de un país determinará, mucho más que su nivel de ingreso, el ritmo del mejoramiento de la salud de su población.

A su vez, la diseminación de bienes públicos globales relacionados con el conocimiento dependerá de la renovación de la cooperación internacional en salud. Para terminar,

quiero sugerir tres elementos clave para dicha renovación, tres "e": experiencias, evidencias y empatía.

En primer lugar, la revolución de las comunicaciones nos ofrece la oportunidad de intercambiar experiencias sobre la manera de enfrentar los retos comunes a los sistemas de salud de todo el mundo. Estoy seguro que el PCE2 tendrá incluso más éxito que su predecesor en acelerar la diseminación de conocimiento pertinente a las políticas públicas.

Para que ese intercambio sea útil, deberá estar basado en evidencias sobre las alternativas. Sólo así seremos capaces de construir una base sólida de conocimiento sobre lo que realmente funciona y sobre las posibilidades de transferirlo cuando sea cultural, política y financieramente razonable hacerlo. El camino es claro: las evidencias derivadas de la investigación científica deben ser el faro que ilumine el diseño, la implantación y la evaluación de los programas en los gobiernos nacionales, las agencias de cooperación bilaterales y los organismos multilaterales.

Pero hay un valor más. El filósofo británico Sir Isaiah Berlin ha propuesto el estudio comparativo de otras culturas como un antídoto contra la intolerancia, los estereotipos y el peligroso engaño por parte de individuos, tribus, estados, ideologías o religiones que se presentan como poseedores únicos de la verdad. Y

esto nos lleva a nuestro tercer elemento: la empatía, esa característica humana que nos permite participar emocionalmente de una realidad ajena, comprenderla, relacionarnos con ella y, a final de cuentas, valorar los elementos esenciales que nos hacen a todos miembros de la raza humana.

El Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades es un excelente ejemplo de lo que la salud global requiere hoy en día: cooperación global para la creación de bienes públicos globales que nos ayudarán a enfrentar los problemas globales comunes. El PCE2 es el heraldo de esta concepción más iluminada de la salud global, que subraya el valor del conocimiento para informar las políticas y la acción.

Como última reflexión propongo que nos aseguremos de que en el proceso de compartir el conocimiento no haya perdedores, sino que todos seamos ganadores: los productores del conocimiento, es decir los investigadores; los reproductores de ese conocimiento, como los editores de revistas científicas y los educadores; las entidades financieras, tanto públicas como privadas; los responsables de traducir el conocimiento en bienes y servicios; los usuarios del conocimiento, especialmente los ministros de salud, los ministros de finanzas y otros diseñadores de políticas públicas; y

por último, y sin duda los más importantes, los ciudadanos, quienes deben ser empoderados por el conocimiento para ejercer plenamente su derecho a la atención de la salud.

Por fortuna el tema de los bienes públicos globales contiene en su esencia la posibilidad de compartir. Es un tema en el que todos podemos participar y del cual todos podemos beneficiarnos. Es un tema en el que el interés propio de cada país coincide con el interés común de todas las naciones.

Uno de los pensadores que mejor captó la posibilidad de compartir el conocimiento fue Thomas Jefferson, quien hace casi dos siglos afirmó:

Aquel que recibe una idea de mí, recibe él mismo instrucción sin reducir la mía, del mismo modo que quien enciende su vela con la mía, recibe luz sin dejarme en la oscuridad.

En el curso de las deliberaciones que seguirán a la importantísima publicación del PCE2 habrán de encenderse muchas velas. Con ellas, todos contribuiremos a iluminar el camino hacia nuestra meta común: un desarrollo más equitativo a través de una mejor toma de decisiones para la salud.

Julio Frenk