

# Revitalizando la salud para todos: desarrollo de un modelo de atención primaria de salud integral para Bangladesh

---

Aunque la atención primaria de salud (APS) es la clave para mejorar el estado de salud, proporcionado por los complejos de salud de los upazilas (CSU) en Bangladesh, estos servicios no son utilizados por todos los sectores de la población. Por lo tanto, nuestro objetivo es examinar la evolución histórica de la APS en Bangladesh, detectar lagunas entre los principios de Alma-Ata y el estado presente, medir la equidad en la utilización de servicios y desarrollar un modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) adecuado para Bangladesh.

La APS-I se ha definido como una serie de actividades que: 1) contiene un mínimo de ocho actividades clave mencionadas en la Declaración de Alma-Ata; 2) garantiza un sistema eficaz de derivación a un especialista y 3) tiene en cuenta principios de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, así como equidad, tecnología apropiada, colaboración intersectorial, transferencia de competencias (en lugar de *decentralización*), así como empoderamiento de la comunidad (en lugar de *participación de la comunidad*).

Un estudio preliminar cuantitativo de 20 CSU en los distritos de Dacca y Barisal que se basó en las pautas del sistema de evaluación del desempeño de la OMS dio como resultado CSU con un «alto desempeño» y otros con «bajo desempeño» que después se estudiarían más a fondo. El estudio a fondo consistió en la utilización de entrevistas cuantitativas de hogares, observación participante, entrevistas a fondo de las partes interesadas y un enfoque de investigación participativa como herramientas para recoger datos. Para examinar la evolución histórica de la APS en Bangladesh se llevaron a cabo entrevistas con informantes clave, así como investigación de documentos.

El estudio cuantitativo preliminar de 20 CSU identificó Dhamrai (ubicado cerca de la capital de Dacca) como el complejo con un desempeño más alto y Mehendigonj (un upazila remoto en el distrito de Barisal) como el centro de salud con el rendimiento más bajo. El estudio a fondo nos permitió identificar los puntos fuertes y débiles de estos dos upazilas con respecto a la APS-I para recomendar más adelante un modelo apropiado.

El paquete de servicios básicos (PSB) es el pilar fundamental de la prestación de atención de salud en Bangladesh, que se lleva a cabo en el marco de un programa avanzado de apoyo sectorial SWAP (Sector Wide Approach) conocido como Programa para el Sector de la Salud, Nutrición y Población (Nutrition and Population Sector Program). El sector de la nutrición no está funcionando en la mayor parte de los CSU. El suministro de agua segura y de saneamiento básico no le compete al sector de salud, sino al Ministerio de Ingeniería Sanitaria Pública. La salud materna e infantil le compete a la Dirección General de Servicios de Salud (Directorate General of Health Services), mientras que la planificación familiar le compete al Directorado General de Planificación Familiar (Directorate General of Family Planning). Teniendo en cuenta estos hallazgos, proponemos un enfoque integral en lugar del enfoque fragmentado existente en materia de APS. Dadas las tendencias recientes de transiciones demográfica y epidemiológica asociadas a las enfermedades no transmisibles, la salud de los ancianos, la salud urbana y las preocupaciones de salud de los discapacitados deberían incluirse en este paquete.

Un período de tiempo de espera prolongado, menos tiempo de contacto directo, falta de receptividad de los proveedores de servicios de salud, falta de medicamentos y de equipo, la inexistencia de verdaderos recursos humanos para la salud y la falta de confianza son factores hacen que la gente se

salga del servicio de derivación de especialistas, a pesar de los altos costos que esto entraña. Lo que es más, si a los pacientes en estado crítico se les mandan a centros de salud con un grado de atención superior, esto será difícil debido a la falta de una instalación de derivación en funcionamiento. La continuidad de los cuidados, además del carácter integral de éstos, justifica el compromiso de los proveedores de salud, su disponibilidad y la gestión adecuada de los servicios, un sistema de gestión de información en salud eficaz, supervisión interna y externa, mecanismo progresivo de financiamiento de la salud basado en el prepago, transparencia, rendimiento de cuentas y capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes. Si se tienen en cuenta estos problemas inseparables, es obvio que un mecanismo de derivación adecuado debería ser integrado en el modelo de la APS-I.

Un personal de salud comprometido y satisfecho debe garantizarse mediante la puesta a disposición de dicho personal de servicios básicos, autonomía del hospital, planificación a nivel local, suministros necesarios para el hospital, formaciones actualizadas, planificación de carrera para el personal médico y administrativo, compensaciones por estar en zonas rurales y pagos basados en el rendimiento. El personal médico se debe separar del que no lo es para maximizar la calidad del servicio de los clínicos y los profesionales de la salud pública. Se debe mantener una combinación adecuada de competencias y la corrupción, la excesiva burocracia y la influencia política indebida no deben estar presentes en el área de los recursos humanos para la salud. Se debe desarrollar un mecanismo de incentivos sociales para contextos específicos para retener al personal de salud que trabaja en áreas rurales no centrales.

Por último, la propuesta más importante de nuestro modelo de APS-I es la inclusión del empoderamiento de la comunidad: 1) acceso a la información, 2) participación en la toma de decisiones, 3) capacidad para exigir que los que toman decisiones rindan cuentas y 4) asociaciones con el servicio público. Cabe destacar que proponemos *empoderamiento de la comunidad* en lugar de *participación de la comunidad*. Consideramos que el estado de empoderamiento de la comunidad no es satisfactorio excepto en el caso de acceso a la información, lo cual se puede atribuir al uso de celulares, medios de comunicación en línea, así como la penetración en la comunidad de las ONG. En este sentido, proponemos que se anime a la comunidad a que se sientan dueños de los centros de salud, involucrando a los medios de comunicación en este proceso de empoderamiento, elaborando materiales acerca de la estrategia de comunicación sobre el cambio de conductas (Behavior Change Communication) sobre empoderamiento en salud y haciendo que los trabajadores gubernamentales en el terreno informen a las personas de sus derechos en materia de salud. El gobierno local puede tener un papel capital en este aspecto, especialmente desarrollando y continuando la organización de reuniones basadas en la comunidad sobre derechos en materia de salud.