

# La Iniciativa de Bamako

Patrocinada por UNICEF y la OMS, y adoptada por los ministros de salud de África en 1987, la Iniciativa de Bamako se basó en el hecho de que, no obstante la aceptación de los principios esenciales de la atención primaria de la salud de carácter general, hacia finales de los años 1980 muchos países –especialmente de África subsahariana– atravesaban una difícil situación por falta de recursos y de estrategias prácticas para la aplicación de programas. En particular, muchos centros de salud adolecían de falta de recursos y suministros para funcionar adecuadamente. En consecuencia, los trabajadores sanitarios muchas veces debían limitarse a prescribir medicinas que los pacientes se veían obligados a comprar en establecimientos privados que no siempre contaban con licencia ni supervisión. Adicionalmente, muchos pacientes habían perdido confianza en los ineficientes y mal dotados centros de salud pública. Todos esos factores amenazaron con echar a perder los logros de los años 1980. Los desafíos principales eran promover inversiones adicionales por parte de los donantes; detener y revertir la política gubernamental de reducir el gasto social, en general, y el gasto en el sector de la salud, en particular, y retornar al sistema público el dinero gastado en los sectores privado e informal.

La Iniciativa de Bamako aspiraba a mejorar el acceso a la atención primaria de la salud aumentando la eficiencia, viabilidad económica y equidad de los servicios sanitarios. A fin de responder a las necesidades básicas de salud de las comunidades, los centros de salud de Bamako adoptaron un plan de cobertura mínima, enfocado en el acceso a los medicamentos y el contacto regular entre los profesionales de la salud y los miembros de la comunidad. Partiendo del concepto de que las comunidades debían participar directamente en la gestión y la financiación de los medicamentos esenciales, los comités de las aldeas intervinieron en todos los aspectos de la gestión de los centros de salud, con resultados positivos para la salud de los niños de África occidental, en particular.

La financiación por parte de la comunidad tenía por objeto captar una fracción del dinero que las familias gastaban en el sector informal y combinarlo con los fondos del gobierno y de los donantes para vigorizar los servicios de salud y mejorar su calidad. Las intervenciones más eficaces costaban menos que en el sector privado y contaban con subsidio cruzado mediante un recargo a las intervenciones menos prioritarias y un copago más alto. La vacunación y la terapia de rehidratación oral se suministraban sin costo. Cada comunidad establecía los criterios para eximir a las personas de menores recursos.

Aun cuando los países seguían distintos caminos para aplicar la Iniciativa de Bamako, tenían un objetivo común: ofrecer un conjunto básico de servicios integrados a través de centros de salud revitalizados, que utilizaban las tarifas que cobraban a los usuarios y administraban los fondos junto con la comunidad.

En torno a este programa se organizaron estructuras comunes de apoyo, como suministro de medicinas esenciales, capacitación, supervisión y vigilancia.

Ampliar la escala fue una etapa fundamental en el proceso de aplicación. El ritmo de la expansión cambiaba dependiendo de la disponibilidad de recursos internos y externos, la capacidad local, la obligación de trabajar al ritmo que exigían las necesidades de la comunidad y las presiones de los gobiernos y los donantes. La mayoría de los países de África subsahariana que adoptaron la Iniciativa de Bamako recurrieron a algún mecanismo para ampliar gradualmente su escala, y algunos –especialmente Benín, Malí y Rwanda– alcanzaron resultados importantes.

Poner en práctica la Iniciativa de Bamako fue, básicamente, un proceso político que implicó cambiar los patrones imperantes de autoridad y poder. La participación de la comunidad en la gestión y el control de los recursos a escala de los establecimientos sanitarios fue el mecanismo principal para garantizar a los usuarios la seriedad de los servicios de salud pública. Los comités que se ocupaban de la salud y representaban a las comunidades efectuaban reuniones de vigilancia durante las cuales fijaban, analizaban y comparaban metas de cobertura y gastos. Se considera que la iniciativa mejoró la disponibilidad de los recursos y la utilización de los servicios de salud en muchas partes de África; que elevó la cobertura de inmunización y la mantuvo, y que incrementó la utilización de los servicios por parte de los niños y las mujeres del quintil más pobre.

La Iniciativa de Bamako no estuvo exenta de problemas. El cobro de tarifas a los usuarios de las familias menos favorecidas y el concepto de recuperación del costo suscitaron fuertes críticas, y aunque muchos países de África la adoptaron, en muy pocos alcanzó una gran escala. Incluso en los países donde se consideró exitosa, el precio constituyó un obstáculo para mucha gente a principios del decenio de 2000, y una gran parte de la población no utilizó los servicios de salud básicos, a pesar de las exenciones y los subsidios. El reto que Benín, Guinea y Malí aún enfrentan, junto con otras naciones de África que adoptaron la Iniciativa de Bamako, es proteger a los miembros de las comunidades más desfavorecidas y marginadas, garantizando que los costos no les impidan acceder a los servicios esenciales de atención primaria de la salud.