

---

# GUÍA DE RECURSOS PARA EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD

---

VERSIÓN DIGITAL



MINISTERIO  
DE ASUNTOS EXTERIORES  
Y DE COOPERACIÓN



# *Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud*

© AECID, 2016

**Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)**

Av. Reyes Católicos, 4

28040 Madrid, España

Teléfono: +34 91 583 81 00

NIPO—502-16-187-4

[www.aecid.es](http://www.aecid.es)

**Dirección y Coordinación**— Área de Salud. *Departamento de Cooperación Sectorial. Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera.*

**Diseño original**—Frank Martínez Soriano. [frank@frankmartinezportfolio.com](mailto:frank@frankmartinezportfolio.com)

**Maquetación**—Savía Diseño y Comunicación. [hello@wearesavia.com](mailto:hello@wearesavia.com)

## 0. PRÓLOGO

La salud es un derecho fundamental y su abordaje sigue siendo una de las principales prioridades para todos los países socios de la Cooperación Española, independientemente de su nivel de desarrollo. Respondiendo a este planteamiento, **la AECID ha considerado sistemáticamente la salud como un ámbito prioritario de actuación**, habiendo contribuido a lo largo de sus casi 30 años de historia a la mejora del sector y, a través de éste, a la mejora de las condiciones de vida de millones de personas.

Esta experiencia acumulada nos enseña que el mecanismo más eficaz para contribuir a la mejora de la salud de la población es **apoyar las estrategias sectoriales y contribuir al fortalecimiento integral de los Sistemas Nacionales de Salud** de los países socios. Como se afirmó en la 68ª Asamblea de la OMS: *“El Derecho Humano a la Salud solo se puede alcanzar si en todos los países del planeta existe un sistema de salud sostenible accesible para todos”*.

Esta **Guía de recursos para el diálogo de políticas en el sector salud** es un detallado y valioso instrumento, destinado al conjunto de actores de desarrollo, tanto especializados en el sector como no, que pretende **contribuir a los procesos de diálogo sobre políticas y estrategias de salud**, desde la elaboración de los planes nacionales hasta la definición de pequeñas intervenciones. La aplicación de los insumos de esta Guía contribuirá a la calidad del diálogo entre los actores del sector y de éstos con los gobiernos de los países, contribuyendo a mejorar los resultados de desarrollo así como la eficiencia y eficacia de las acciones de cooperación.

Este documento es el resultado de un **esfuerzo compartido liderado por el Área de Salud del Departamento de Cooperación Sectorial / Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera de la AECID**, que ha contado con el apoyo del conjunto de responsables del sector salud en las Oficinas Técnicas de Cooperación de la Agencia en todo el mundo, coordinados a través de la Red Sectorial de Salud, así como con el apoyo de la consultora externa Anna Cirera.

Ahora tenemos todos por delante el reto de su apropiación y aplicación y, partiendo de ésta, de la retroalimentación. **Con los aportes de todos, fruto de la aplicación, se elaborará una nueva versión actualizada, que responda también de forma directa a los retos de la implementación de la Agenda 2030 en el Sector Salud**. Los primeros años de implementación de la Agenda nos darán elementos importantes de cara también al diálogo de políticas, que se tendrán en cuenta en la próxima versión.

## **Equipo de trabajo**

Área de Salud. Sergio Galán Cuenla y Cruz Ciria Matilla.

Departamento de Cooperación Sectorial. Javier Gavilanes Hernández.

Red Sectorial de Salud de AECID. Responsables del sector salud de las OTC de la AECID.

Apoyo externo: Anna Cirera, a quien agradecemos de forma especial la pertinencia de sus planteamientos y la calidad de los contenidos aportados, así como su dedicación y su disponibilidad.

# ÍNDICE

<b>Pág</b>	<b>3</b>	<b>0.</b>	<b>PRÓLOGO</b>
<b>Pág</b>	<b>7</b>	<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>
Pág	9	1.1	POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS
Pág	10	1.2	QUÉ ENTENDEMOS POR DIÁLOGO DE POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD (DPSS)
Pág	14	1.3	CÓMO PROCEDER PARA APOYAR EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS EN PAÍSES SOCIOS
Pág	23	1.4	CON QUIÉN
Pág	31	1.5	CONTEXTO: ENFOQUE DE LAS ACTUALES POLÍTICAS Y MAPEO DE ACTORES GLOBALES
Pág	40	1.6	EL ENFOQUE 4X4
<b>Pág</b>	<b>43</b>	<b>2.</b>	<b>PROCESO</b>
Pág	44	2.1	ANÁLISIS DE SITUACIÓN
Pág	55	2.2	ESTRATEGIAS SANITARIAS
Pág	70	2.3	PROCESO PRESUPUESTARIO
Pág	88	2.4	MONITOREO DEL SIS
<b>Pág</b>	<b>107</b>	<b>3.</b>	<b>PRINCIPIOS</b>
Pág	109	3.1	LIDERAZGO INCLUSIVO
Pág	122	3.2	ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS
Pág	135	3.3	COBERTURA UNIVERSAL
Pág	146	3.4	SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS
<b>Pág</b>	<b>161</b>	<b>4.</b>	<b>PILARES</b>
Pág	162	4.1	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS SANITARIOS
Pág	182	4.2	ACCESO A MEDICAMENTOS
Pág	203	4.3	FINANCIACIÓN EQUITATIVA
Pág	231	4.4	INFRAESTRUCTURAS ADECUADAS Y LOGÍSTICA
<b>Pág</b>	<b>243</b>	<b>5.</b>	<b>PROBLEMAS DE SALUD</b>
Pág	245	5.1	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
Pág	255	5.2	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Pág	266	5.3	SALUD REPRODUCTIVA
Pág	278	5.4	SALUD INFANTIL



# INTRODUCCIÓN

1

La elaboración de esta guía parte de la necesidad de incrementar la coherencia interna y externa, la capacidad de análisis del sector salud y generar un diálogo de calidad en cualquier partenariado para el desarrollo a nivel nacional, regional y global. Esta necesidad se señaló durante la [presidencia de España en la UE](#) entre los Estados Miembros y la Comisión Europea en el [Documento de Trabajo sobre los Servicios de la Comisión sobre «La política de desarrollo como contribución a la cobertura universal de los servicios de salud»](#) y [la Comunicación de la Comisión Europea sobre “El Papel de la UE en la Salud Global” en mayo 2010](#).

De acuerdo con la disponibilidad de expertos en el ámbito de la salud, grado de especialización en dicho sector así como el apoyo específico programas sanitarios, la profundidad del proceso de análisis y diálogo de políticas variará, pero resulta imprescindible realizar una buena evaluación de la situación de salud y tendencias, el análisis del sector salud, la elección de [instrumentos de la ayuda](#), el análisis del sistema de monitoreo en la implementación e impacto de la ayuda y la relación de acuerdos globales y la arquitectura de la ayuda. A nivel de país, en caso de que la salud sea un sector priorizado, la [Cooperación Española](#) requiere un grado de competencias en el ámbito de la salud para el diálogo regular con el gobierno, grupos de la sociedad civil y otros donantes, especialmente en un contexto donde se ha optado por el [enfoque de Aproximación Amplia Sectorial SWAP](#) o cualquier enfoque de programa. Cuando la ayuda se canaliza a través del [apoyo presupuestario general](#), se requiere también experiencia en el sector salud con el fin de garantizar la adecuada vinculación con los resultados de salud definidos en los documentos estratégicos y operativos de salud, su presupuesto, el desarrollo de capacidades, la gestión financiera y su aplicación e impacto.

Asimismo, en aquellos países donde la salud no está priorizada de forma directa como sector de concentración, o se trabaja indirectamente a través de apoyo presupuestario general u otras modalidades regionales como la multilateral, la Cooperación Española tendrá que asegurar que (i) el sector salud quede reflejado adecuadamente en los planes nacionales de desarrollo, a fin de avanzar hacia los [ODMs relacionados con la salud](#); (ii) que en aquellas políticas relevantes que afectan directamente a la salud, tales como el comercio, la seguridad alimentaria, los fenómenos migratorios y la disponibilidad de recursos humanos, la seguridad o el medio ambiente, así como la gestión financiera, se tengan en cuenta las necesidades y características específicas del sector de la salud; y (iii) garantizar la coherencia y el seguimiento de otros instrumentos que tienen como objeto la salud, tales como (a) las iniciativas mundiales como el [Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis](#) y la [Alianza del GAVI](#), (b) los recursos sanitarios y proyectos de actores no estatales, (c) [la ayuda humanitaria](#) e (d) iniciativas de investigación del ámbito de la salud.

En resumen, en aquellos países prioritarios para la Cooperación Española, tanto el apoyo al ámbito de la salud en cualquier objetivo de desarrollo, como el apoyo directo o indirecto al sector salud, requieren competencias en el diálogo de políticas que, en el sector salud de la AECID, se enmarcarán bajo los pilares definidos en la [Política de salud Global de la UE](#).

# 1.1 POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS

## OBJETIVO DE LA GUÍA DE RDPSS

La presente guía, que se presentará en formato web e impresión, pretende ofrecer directrices y recursos en todos los aspectos referentes al análisis de situación, la evaluación de los principios y los pilares de un sistema de salud, la cobertura de las prioridades sanitarias y los pasos a seguir hacia la consecución de estrategias de salud eficaces, efectivas, justas y equitativas, que faciliten la capacidad de diálogo de políticas a todos los niveles por parte de los donantes.

El objetivo general de la guía es el de dotar de competencias técnicas al personal involucrado en el diálogo de políticas en el ámbito de la cooperación en el sector salud para que, cada uno según su función, pueda desempeñar adecuadamente y con coherencia institucional su cometido.

La guía pretende contribuir a mejorar la calidad de la cooperación española en el sector salud así como la alineación con las estrategias sanitarias nacionales, a través de una serie de recursos bibliográficos relevantes que permitan una comprensión en profundidad de cada uno de los componentes de un sistema de salud basada en la evidencia, y el acceso a referencias, documentos relevantes y estudios de caso que sirvan como aprendizaje en el diálogo de políticas en el sector salud.

### A QUIÉN SE DIRIGE:

**La guía se dirige a tres perfiles diferentes de profesionales de la cooperación española del ámbito de la salud y de otros sectores, responsables de ofrecer apoyo en todo el proceso de definición e implementación de políticas nacionales de salud:**

- » Profesionales de la sede central de organizaciones/instituciones de la cooperación referentes para el diálogo de políticas.
- » Personal técnico en el terreno de todos los actores de la cooperación que se ocupen de los temas de salud.
- » Responsables del diálogo de políticas en países socios.

## COMPRIENDIENDO LA NECESIDAD DEL DIÁLOGO DE POLÍTICAS EN PAÍSES SOCIOS

Tal y como se especificaba en la [Resolución WHA 64.8 de la 64ª Asamblea Mundial de la Salud](#) (mayo 2011) sobre el “*Fortalecimiento del diálogo normativo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos*” basada en el [informe A64/12 titulado «Fortalecimiento de los sistemas de salud: mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud»](#); “un diálogo sobre políticas integrador, con una gama amplia de interesados, tanto del gobierno como de otra índole, que incluya organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y los profesionales y académicos de la esfera de la salud, en el marco del sector sanitario y de otros sectores, es esencial para aumentar las posibilidades de que las políticas, estrategias y planes nacionales estén diseñados y se apliquen adecuadamente, y arrojen los resultados previstos”.

El DPSS tiene un carácter dual: es a la vez un mecanismo de rendición mutua de cuentas en la gestión de la ayuda y un soporte a la gobernabilidad democrática del sector.

## 1.2 QUÉ ENTENDEMOS POR DIÁLOGO DE POLÍTICAS (DPSS)

### DEFINICIÓN RELATIVA AL DIÁLOGO DE POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD

La OMS define el diálogo de políticas como: (i) el proceso de elaboración o la formulación de políticas, desde el reconocimiento de la demanda social, la transformación de la demanda en políticas y, eventualmente, en la formulación de una declaración política que sirva de orientación para decisiones subsiguientes sobre la aplicación técnica (OMS 1982); y / o (ii) el debate social y la interacción entre las partes interesadas que conduce a la traducción de las políticas en estrategias y planes<sup>1</sup>.

No se limita a los principios de eficacia de la ayuda o a los socios de desarrollo, sino al modo en que se agrupan los recursos y se establecen mecanismos de negociación con implicación de todos los actores, incluyendo la sociedad civil, con el fin de consensuar una serie de reformas y medidas que luego se traducirán operacionalmente al nivel de ejecución de proyectos.

### QUÉ ES EL DPSS:

- » Un proceso conjunto de discusión, intercambio y deliberación respecto a políticas, prioridades y decisiones acerca de la salud de la población (el fin) y los sistemas de salud (el medio).
- » Un medio de trabajo conjunto;
- » Un componente clave en la formulación y aplicación de políticas;
- » Un paso útil para implicar a las partes interesadas y la sociedad;
- » Un proceso que facilita una comprensión y confianza mutuas;
- » Se refiere a deberes y derechos profesionales y cívicos.

## TIPOS Y NIVELES DE DIÁLOGO DE POLÍTICAS

El diálogo encaminado a formular políticas, estrategias y planes nacionales de salud integrales es un proceso tan político como técnico. El grado de equilibrio entre la visión, las políticas, los aspectos operacionales y las medidas de aplicación, varía mucho de un país a otro. Tiene lugar a diferentes niveles, desde el nacional, incluyendo aspectos económicos globales, gestión de las finanzas públicas, etc., hasta el sectorial (políticas y resultados específicos del sector salud), con participación de diversos actores.



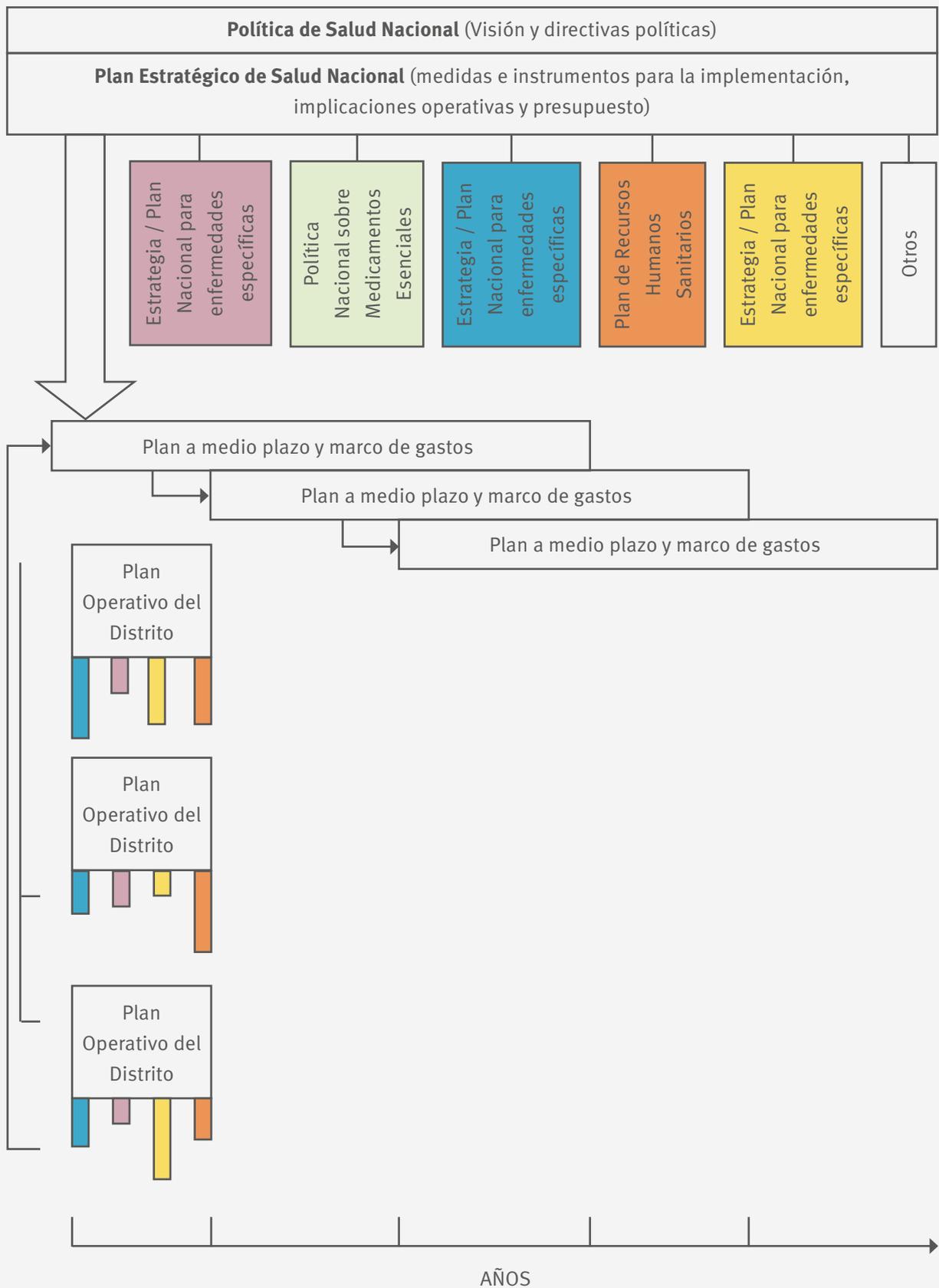
Fuente: SIDA, 2006:9<sup>2</sup>

La orientación indica las premisas de cómo –y con quién– se debe llevar a cabo el diálogo

Existen diversas áreas en las que llevar a cabo el diálogo de políticas:

1. Diálogo acerca de la política, plan y estrategia nacional de salud y su aplicación, contemplando desde el fortalecimiento del propio sistema de salud a proyectos sanitarios o estrategias de enfermedades específicas.
2. Diálogo en los procesos de evaluación y programación conjunta de estrategias sanitarias, apoyo a [Reformas Sanitarias](#) y [Estrategias de Reducción de la Pobreza](#).
3. Diálogo como mecanismo de coordinación del sector salud y de la ayuda, incluyendo el [enfoque sectorial \(SWAP\)](#) y modalidades de financiación: [ayuda programática \(apoyo presupuestario general, apoyo presupuestario sectorial\)](#) y el [fondo común](#) (también llamado cesta de donantes)<sup>3</sup>.
4. Diálogo vinculado a objetivos acordados internacionalmente como los vigentes [ODMs](#), resoluciones de la AMS o acuerdos internacionales (ej derechos humanos).

Gráfico 1. Elementos de planificación



Fuente: WHO. A framework for National Health Policies, Strategies and Plans, June 2010

El diálogo de políticas necesita establecerse de forma regular y ser efectivo, en el sentido de llevar a cabo el proceso de discusión [desde la estrategia amplia de reducción de la pobreza](#) hasta los niveles de prestación de servicios y participación comunitaria, teniendo en cuenta siempre el grado de descentralización en cada país.

El gráfico 1 refleja un posible punto de partida para trabajar con la terminología que suelen utilizar los países, aunque difiera de unos a otros. Los bloques coloridos se refieren a planes de programas específicos, cuya relevancia puede variar en diferentes planes operacionales a nivel de distrito. La representación asume que existe un vínculo efectivo entre el plan nacional de salud integral y los planes específicos por programas. El Trabajo alrededor de la [Evaluación Conjunta de las Estrategias Nacionales JANS](#), la [Alianza Sanitaria Internacional \(IHP+\)](#) y la [agenda de París](#) proveen una buena base para facilitar la mejor complementariedad entre ambos.

## 1.3 CÓMO PROCEDER PARA APOYAR EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS EN PAÍSES SOCIOS

### ARTICULACIÓN DEL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICAS

En la medida en que existe un diálogo político global sobre la [Estrategia de Reducción de la Pobreza](#) del país y el [Marco Evaluación del Desempeño](#) (como el [PARPA en Mozambique](#)) los donantes deben asegurar la coherencia entre los dos procesos mediante una vinculación y comunicación apropiadas.

El DPSS inducido por donantes a nivel nacional debe estar fuertemente acompasado y entrelazado con el del propio país, a un ritmo en consonancia con los ciclos de planificación y presupuestario del país socio.

Debido al panorama internacional de donantes, por lo general poco armonizado y alineado, así como las numerosas deficiencias en los procesos de formulación, planificación y gestión de las políticas nacionales (se trata de países de bajos ingresos e instituciones de bajos ingresos) y, debido a la falta de experiencia y capacidad en la implementación de cambios organizacionales y políticas complejas y el despliegue de recursos financieros, materiales y recursos humanos, generalmente se requiere una interacción frecuente (mensual, trimestral) que tendría que ser repetido a intervalos regulares durante las [revisiones sectoriales conjuntas](#), a fin de observar si la política se ha implementado según lo previsto y se han alcanzado los objetivos y resultados definidos. En este contexto, los asociados para el desarrollo deben tener en cuenta que el DPSS debe centrarse en cuestiones de carácter estratégico, y no perderse en detalles técnicos o de microgestión, identificando y discutiendo con el Ministerio de Sanidad acerca de medidas o intervenciones para la mejora del funcionamiento del sistema sanitario nacional.

La adhesión a los acuerdos conjuntos y la exclusiva utilización de los modos acorda-

dos de interacción es de suma importancia, pero debe tenerse en cuenta la consecución de una mejora gradual hacia un objetivo definido, ya que existen enfoques bilaterales paralelos al DPSS reconocidos por muchas agencias, en particular las grandes iniciativas.

En situaciones donde aún no se han estructurado espacios formales de diálogo en políticas de salud, a veces foros ya establecidos para otros fines (como por ejemplo el [Mecanismo de Coordinación de País-CCM del Fondo Mundial](#)) puede ser la oportunidad única de trabajo para el DPSS.

Las políticas, estrategias y planes nacionales de salud deben articularse de una manera integral, equilibrada y coherente, contemplando los siguientes elementos<sup>4</sup>:

i . Una *visión, valores compartidos, objetivos, metas y alineación de políticas intersectoriales*.

ii . *Un análisis sólido de la de la situación*, políticas y estrategias (ej. a través de la guía del [JANS](#)).

iii . Los escenarios posibles y orientaciones políticas para (i) mejorar la equidad en salud, (ii) establecer servicios centrados en las personas con el fin de responder a las necesidades prioritarias y expectativas, (iii) proteger y promover la salud de las comunidades y la salud pública, y (iv) fortalecer capacidades para hacer frente a crisis y retos del futuro.

iv . Una *estrategia* integral para responder a los retos y poner en práctica las orientaciones de las políticas:

a. implicaciones de estas orientaciones en las políticas en: (i) la prestación de servicios (redes de servicios, así como programas, las acciones dirigidas a las personas, así como las acciones de salud pública dirigidas a la población), (ii) el personal de salud, (iii) los productos médicos y tecnologías sanitarias, e infraestructura, (iv) la información, (v) la financiación de la salud, y (vi) la gobernanza del sector de la salud.

b. implicaciones para el trabajo con otros sectores.

c. repercusiones en los recursos y los costes asociados.

d. estrategia de inversión y estrategia para la movilización de los fondos necesarios.

Los mecanismos de liderazgo y de gobernanza para la aplicación de la estrategia en términos de:

a. papel de las distintas instituciones y grupos de interés.

b. monitoreo del desempeño, medición de resultados, organización de la investiga-

ción y la adaptación de la estrategia a las circunstancias cambiantes.

c. marcos regulatorios y legales para garantizar la sostenibilidad.

d. trabajo con otros sectores para asegurar que la salud se tenga en cuenta en todas las políticas.

e. hacer frente a la comunidad de donantes en los países donde su contribución a la financiación del sector de la salud es importante.

La forma en que se ordenan estos componentes y se compartimentan entre los documentos de políticas, estrategias y planificación, y dónde poner énfasis, depende en bastante medida, del contexto específico del país. La imposición de formatos estandarizados no sería aconsejable. Como principio general, sin embargo, se requiere cubrir todos los aspectos, y es fundamental que las decisiones operacionales entre diferentes opciones de implementación y los enfoques para el seguimiento y la evaluación sean reforzadas por el uso de herramientas y técnicas normativas apropiadas.

## ASPECTOS QUE AFECTAN LA CALIDAD DEL DIÁLOGO DE POLÍTICAS

### MINISTERIO DE SANIDAD (MS)

- » **Soberanía:** grado de implicación de los socios en el proceso de decisión del MS.
- » **Tiempo disponible del personal clave del MS** para implicarse de lleno y participar de forma significativa en el DP.
- » **Análisis y debate interno limitado acerca de opciones en aspectos relevantes en salud** (financieros, funciones sanitarias públicas, etc).
- » **Agenda de reforma sanitaria clara.**
- » **Concepciones erróneas acerca de los donantes.**
- » **Importancia de las relaciones y confianza mutua.**

### SOCIOS DE DESARROLLO

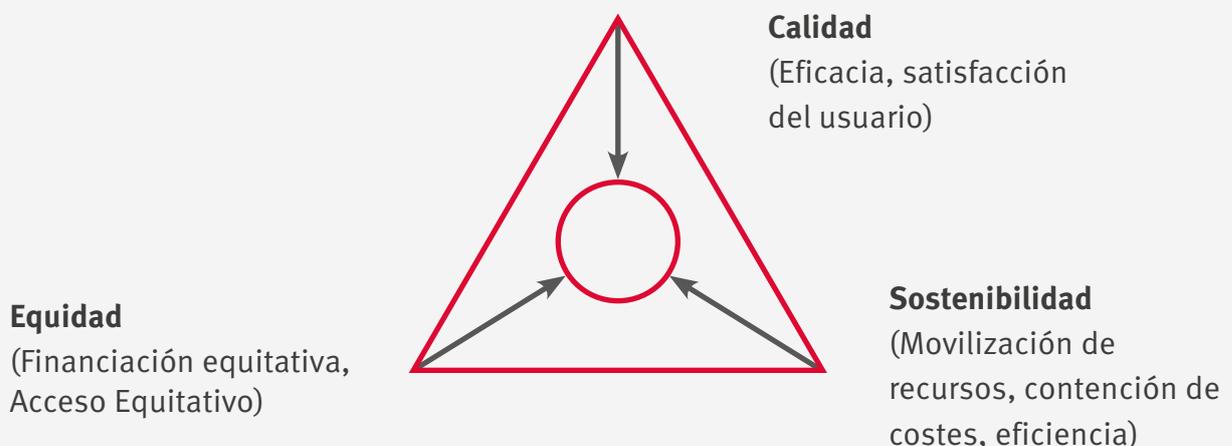
- » **Multiplicidad de actores:** dificulta el consenso
- » **Presión por conseguir y mostrar resultados** reduce el tiempo para implicarse, discutir. Ej ODMs
- » **Generalmente mejor preparación** para debatir que las contrapartes del MS
- » **Consideraciones del contexto local:** comunicación– símbolos, lenguaje corporal
- » **Reconocimiento de diferencias entre socios** para mantener a todos en la mesa

## PASOS A SEGUIR

El DPSS requiere la definición de objetivos generales y resultados esperados del apoyo al sector salud basados en los valores y orientaciones estratégicas acordados. En el caso del sector salud, las orientaciones del [IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016](#), el [Plan Estratégico de la AECID 2014-2017](#) y las líneas de acción del [Plan de Actuación Sectorial PAS Salud de la AECID](#) a nivel nacional; [la Declaración de los Ministros de Sanidad de la UE 2006](#) y la [Política en Salud Global de la UE \(mayo 2010\)](#) a nivel de la UE; y, las Resoluciones [WHA 62.12](#) y [62.14](#) de la Asamblea Mundial de la Salud (2009), a nivel internacional, servirán como marco de referencia para el diálogo de políticas. Los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#) constituyen otro cimiento útil, que cuenta con el consenso y apoyo internacional.

Una representación gráfica simplificada de los objetivos generales de las declaraciones de políticas mencionadas anteriormente puede ayudar a concentrarse en lo esencial y a tener en cuenta que la formulación y aplicación de políticas se enfrenta a menudo con objetivos contradictorios y concesiones mutuas. La puesta en práctica consistirá entonces en encontrar el equilibrio adecuado entre estos objetivos en conflicto, teniendo en cuenta las oportunidades y limitaciones políticas existentes<sup>5</sup>.

Gráfico 2. Valores y objetivos principales a tener en cuenta en el DPSS



Fuente EuropeAid E3 Concept Note. Health Sector Policy Dialogue, 2009

Sobre esta base, se debería proceder a un primer análisis y evaluación de la política sectorial del país beneficiario. Tanto para la cooperación española como el resto de actores es preciso (1) evaluar las políticas y el entorno político en el que se va a trabajar (cómo interactúan los gobiernos provinciales/territoriales y responden a la labor de colaboración, etc.), (2) evaluar posibles obstáculos al cambio (incluyendo una estrategia para abordarlos), (3) evaluar la sostenibilidad del proceso de colaboración en las políticas<sup>6</sup>.

En segundo lugar, hay que definir las funciones y tareas de los distintos foros, y cómo y sobre qué base los socios de desarrollo y los gobiernos nacionales tienen la intención de trabajar con los demás. Por lo general, se define en algún tipo de acuerdo por escrito en el que se establecen las reglas del juego y las principales modalidades de funcionamiento. El grado de detalle y rigor de las disposiciones, así como el carácter jurídico de tales acuerdos escritos, varían enormemente, desde un [Memorando de Entendimiento](#) limitado y poco vinculante a acuerdos más amplios tales como los [compromisos de Eficacia de la Ayuda](#) reflejados en la [Alianza Sanitaria Internacional \(IHP+\)](#).

Hay que tener en cuenta que el apoyo a los programas sectoriales es un proceso dinámico y flexible con implicaciones de índole política de alto nivel muchas de las veces; por ello, en el proceso de implicación en el diálogo a nivel de país, es esencial dedicar un tiempo para tomar y generar confianza, tener una comprensión común acerca de objetivos compartidos como socios de desarrollo y establecer relaciones sólidas entre los colaboradores coreponsables.

Las [OTCs](#) de cada país deberán tomar una decisión respecto al grado de representación y participación en los diversos foros, ya sea por su propia planificación y gestión de los recursos humanos, ya sea para cualquier acuerdo que pretendan celebrar con otros asociados para el desarrollo. Se deben identificar los puntos de entrada más apropiados para introducirse en los procesos de diálogo, dando respuesta a las oportunidades que se presenten y, al mismo tiempo, centrarse estratégicamente en aquellas áreas donde nuestra contribución pueda tener mayor impacto buscando nuestro valor añadido como Estado más allá de la propia cooperación en general o simplemente las acciones bilaterales en ese país. Esta es una decisión estratégica que ha de basarse en coherencia de políticas.

La definición de un calendario consensuado proveerá la regularidad y plazos para el trabajo de los diversos órganos de gestión y foros de revisión. La cooperación española debe de intentar integrar el diálogo a todos los niveles, modalidades e instrumentos de cooperación, con el fin de dar mayor coherencia (ver ejemplo práctico de Mozambique). El calendario deberá estar en consonancia con el calendario fiscal del gobierno e incluir los plazos de financiación de los compromisos adquiridos por los donantes, aunque pos-

teriormente los ciclos financieros de nuestra cooperación sean los de nuestro país hay que encontrar ajustes entre ambos, adaptándonos a los socios; reuniones, informes y revisiones; un cronograma multianual para documentar el programa sectorial; y un programa de trabajo para la investigación y revisiones relacionadas con el sector.

## ESTRUCTURAS PARA UN DPSS

La creación de las estructuras para una DPSS es un elemento esencial en la implementación de un Programa de Apoyo a las Políticas del Sector Salud (PAPS). No existe un único enfoque, sino que el DPSS debe adaptarse al contexto específico de cada país.

Participar en un DPSS requiere recursos humanos apropiados en las OTCs que comprendan los aspectos que afectan/influyen a la salud así como los principales retos que las administraciones públicas socias intentan abordar para lograr el mejor estado de salud de las poblaciones. En caso de no poder proporcionar la experiencia necesaria en el sector, en línea con el [Programa de Acción en Salud Global 2014- 2020 de la UE](#) al que ha contribuido la cooperación española, se deberían contemplar otras posibilidades de apoyo, por ejemplo a través de la colaboración con expertos de salud de otros Estados Miembros de la UE o las propias delegaciones de la UE, que pueden ser en forma de “asociaciones silenciosas”; son una forma útil para capitalizar la disponibilidad de expertos en el sector por parte de un donante, disminuyendo al mismo tiempo, el número de interlocutores para el gobierno.

Las estructuras organizativas del programa sectorial y los procesos de coordinación de los donantes específicos de país, contexto y sector adoptan a menudo los siguientes mecanismos<sup>7</sup>:

- ✓ Establecimiento de un grupo de trabajo del sector, presidido por el ministerio y que incluya otras partes interesadas relevantes a nivel nacional, así como a todos los donantes que den apoyo al sector para el diálogo continuado y coordinado. Es importante que este tipo de foro no se limite al intercambio de información, sino que se establezca un debate sobre políticas. Generalmente se requerirá de forma adicional la conformación de subgrupos más técnicos siempre bajo el liderazgo de los socios locales y donde las agencias técnicas especializadas de NNUU tendrán que poner un mayor esfuerzo de apoyo específico.
- ✓ Acordar [revisiones anuales conjuntas](#) que ayuden a armonizar el monitoreo del desempeño del sector, lo mismo ocurre con el acuerdo relativo a un marco común de seguimiento. Es importante sin embargo, que el diálogo de políticas como tal, no se restrinja únicamente al momento de la revisión, ya sea la JAR o medio plazo) para lo que se debe de impulsar un diálogo franco, abierto y continuo desde los grupos de trabajo técnicos hasta el foro anual de revisión conjunta.

El diálogo de políticas es un proceso continuo que se desarrolla a todos los niveles del ciclo de gestión de la ayuda y procesos de políticas: identificación, establecimiento de una agenda, diseño de políticas, implementación, monitoreo y análisis de impacto. No obstante, la importancia y naturaleza pueden variar según sea el estadio del ciclo,

por ello es preciso tener conocimiento acerca de los mecanismos existentes y acciones a nivel nacional en cada momento del mismo. En la página siguiente se muestra un ejemplo gráfico del ciclo de planificación del sector salud en Mozambique, vinculados al Plan de Reducción de la Pobreza, teniendo en cuenta el Escenario Fiscal a Medio Plazo y los ciclos de los Ministerios de Planificación y Desarrollo y el Ministerio de Finanzas.

La política de planificación facilitará la coordinación y armonización con el fin de garantizar que los presupuestos nacionales reflejen claramente las necesidades prioritarias en el año fiscal específico.

Por otro lado, las revisiones del sector que se han establecido en una serie de países de medianos y bajos ingresos conjuntamente entre los gobiernos y las agencias de desarrollo para evaluar el progreso hacia las metas acordadas en el sector salud, han permitido i) hacer un balance de la organización y el desempeño del sector en puntos clave del ciclo de planificación por parte de todos los socios y ii) un análisis informado sobre los avances y desafíos para decidir conjuntamente los próximos pasos.

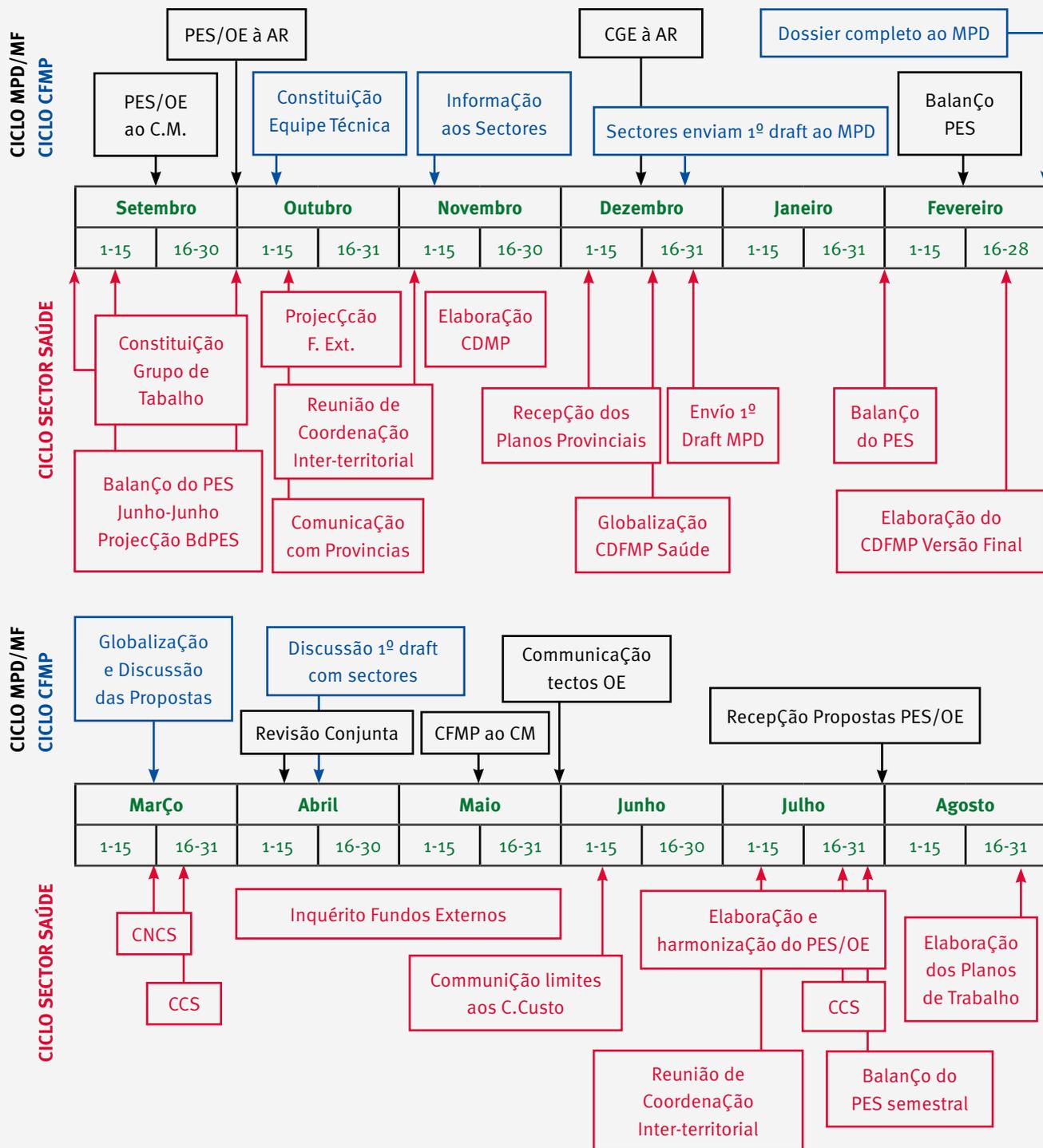
Puede ser utilizado por los gobiernos para identificar áreas de mejora o por las agencias de desarrollo para evaluar el desempeño del sector, con miras a implicarse en el apoyo sectorial o enfoques sectoriales. La revisión del sector salud puede ser un ejercicio aislado, por ejemplo en el contexto del desarrollo de un plan estratégico multianual para el sector salud, o un ejercicio anual regular para monitorear el desempeño del sector en el contexto de un enfoque sectorial. Se puede utilizar para revisiones integrales, que abarquen todos los aspectos importantes del sector o para subsectores específicos, pero también para las estrategias intersectoriales, como los recursos humanos, la financiación del sector, asociaciones público privadas o incluso para cuestiones intersectoriales, tales como el VIH/SIDA, la buena gobernanza y el género<sup>8</sup>.

Las agencias globales tienen una gran responsabilidad en el apoyo a los esfuerzos de alineamiento de la planificación de programas (de enfermedades específicas) con las políticas, estrategias y planes, asegurando mayor coherencia con los planes operacionales y una mayor sincronización de los ciclos de planificación

Las revisiones sectoriales suelen ser designadas por los Ministerios de Sanidad y/o los socios de desarrollo, y sus hallazgos tienen por objeto informar sobre la planificación y la programación posterior. Como tales, deben tener un enfoque más estratégico que las revisiones anuales, cuyo objetivo es analizar el grado de cumplimiento de los planes y programas definidos y su ejecución en base a lo planificado.

Gráfico 3. Ciclo de planificación para el sector salud a nivel central en Mozambique

### CICLO DE PLANIFICAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE



Fuente: REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA PLANIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO Direcção Nacional de Planificação PROPOSTA DO PROCESSO E DA ESTRUTURA DE TRABALHO NO ÂMBITO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PARPA

CFMP – Escenario Fiscal a Medio Plazo; PES - Plan Económico y Social; CGE – Cuentas Generales del Estado; MPD – Ministerio de Planificación y Desarrollo; MF – Ministerio de Finanzas; POA - Plan de Acción (planes anuales sectoriales); OE – Presupuesto de Estado; CCS – Consejo de Coordinación Sectorial

### PRINCIPIOS RECTORES DPSS:

**Los siguientes seis principios rectores resultan esenciales para poner en práctica diálogos eficaces e inclusivos (UE y los donantes/OSC y gobiernos):**

- » Desarrollar diálogos orientados a los resultados, con objetivos claros, para garantizar la apropiación colectiva sobre el proceso y lograr resultados positivos para todos los actores;
- » Asegurar la voluntad política y el liderazgo, junto con un compromiso reforzado con la transparencia y rendición de cuentas, justificando la coherencia a lo largo de las diferentes fases, desde la planificación a la ejecución y el seguimiento;
- » Asegurar una adecuada comprensión del contexto, los intereses, y la correlación de fuerzas (por ejemplo, a través de ejercicios de mapeo estratégicos, etc.)
- » Garantizar la relevancia de los actores, su representatividad e inclusión, de forma que los participantes sean interlocutores válidos y representativos de sectores/actores concretos con demandas específicas; asegurar incluir a la sociedad política como un actor relevante del diálogo;
- » Asegurar que hay suficiente capacidad por parte de todos los actores involucrados. Esto es particularmente relevante para OSC locales y autoridades locales en los diálogos locales, lo que podría requerir un mayor apoyo al desarrollo de capacidades de sus contrapartes internacionales. Los actores europeos, al mismo tiempo que fomentan el intercambio de sus experiencias y conocimientos sobre diálogos, deben evitar poner en peligro la legitimidad de los procesos liderados localmente;
- » Por último, asignar recursos suficientes y garantizar un adecuado grado de institucionalización de los diálogos.

Fuente: *Structured Dialogue for an efficient partnership in Development. Concluding Paper*. Technical Assistance Team to the European Commission. May 2011.

## 1.4 CON QUIÉN

En el terreno, se establecen mecanismos de coordinación y comunicación con una gran variedad de actores: parlamentarios, asesores, instituciones (incluyendo las académicas), consultores del ámbito nacional e internacional y otros donantes bilaterales y multilaterales, incluyendo agencias de Naciones Unidas, ONGs, Asociaciones PúblicoPrivadas (PPP) o las iniciativas globales.

Se podrían diferenciar cuatro procesos diferentes en el diálogo de políticas, que generalmente se producen de forma paralela:

(i) *diálogo entre los diferentes actores en el país socio*, es decir, el diálogo acerca de la planificación y ejecución del programa de reforma formulada conjuntamente por el nivel superior del gobierno del país y la comunidad de donantes; generalmente un gran número de actores está involucrado, entre ellos la dirección política del país, las autoridades públicas desde el nivel más alto hasta el más bajo, la sociedad civil en forma de organizaciones no gubernamentales, y los usuarios finales; los donantes también participan;

(ii) *diálogo entre el nivel superior del gobierno del país socio y de los donantes*, que trata de establecer el modo en que el apoyo debe ser estructurado, aplicado y seguido;

(iii) *diálogo entre los distintos donantes*, respecto a la forma en que el apoyo debe ser estructurado: la [División del Trabajo](#)<sup>9</sup> y [Cooperación Delegada](#)<sup>10</sup> constituyen un estándar avanzado en la armonización entre donantes con el fin de aumentar la eficacia de la ayuda y reducir los costes de transacción.

(iv) *diálogo dentro de la agencia donante*, por ejemplo, entre la sede y el personal de la embajada o la Unidad de Cooperación Exterior.

ACTORES PRINCIPALES EN EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS			
COMUNICACIÓN EN UN PAÍS SOCIO	COMUNICACIÓN ENTRE GOBIERNO Y DONANTES	COMUNICACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD DE DONANTES	SENO DE DONANTES BILATERALES Y MULTILATERALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verticalmente en el seno de las autoridades públicas</li> <li>- Horizontalmente entre diferentes autoridades públicas</li> <li>- Donantes</li> <li>- Público general</li> <li>- Grupos de actores</li> <li>- Sociedad civil, ONGs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables de proyectos</li> <li>- Donantes multilaterales y bilaterales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación entre donantes multilaterales y bilaterales</li> <li>- Grupos de coordinación de actores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sede y embajadas</li> <li>- Ministerios de Asuntos Exteriores, Finanzas, Sanidad y las Agencias de Cooperación de países donantes</li> </ul>

Fuente: adaptado de SIDA (2006:27)

Dependiendo del contexto a nivel de país, la intensidad y la calidad del diálogo entre las autoridades y los actores del sector, y la intensidad de la relación del diálogo entre los donantes y el diálogo nacional sectorial, puede variar considerablemente:

- ✓ En el caso de los países de bajos ingresos en situaciones de fragilidad, la ayuda internacional puede apoyar en el restablecimiento de contactos básicos y el diálogo entre el gobierno y los actores relevantes, y sentar las bases para un futuro diálogo de políticas sectorial nacional estructurado y autosostenido (ya que, mal diseñado, podría obstaculizar el resurgimiento de este diálogo).
- ✓ En algunos países de bajos ingresos más estables con alta dependencia de la ayuda (por ejemplo, Ghana o Tanzania), el DPSS con los donantes suele involucrar a bastantes actores nacionales, con un papel de liderazgo del Ministerio de Salud aparentemente sólido. El diálogo entre donantes y el Ministerio de Salud y el diálogo entre éste y los actores relevantes suelen estar bastante entrelazados, sin embargo, con una fuerte presencia del personal de las agencias de donantes y predominancia de los intereses de los donantes; en otros países de esta categoría, el DPSS nacional y el DPSS con los donantes pueden existir todavía en paralelo, con los vínculos necesarios por establecer.
- ✓ Países de ingresos medios relativamente estables por lo general establecen métodos más sofisticados de DPSS a nivel nacional (aunque en algunos países puede ser bastante informal y de baja visibilidad y transparencia); hasta qué punto el DPSS nacional y el de donantes se solapan o existen en paralelo puede variar de país a país.

## GOBIERNO

El gobierno debe asumir el liderazgo en el proceso de desarrollo sectorial. Es crucial que los sistemas de coordinación sectorial se establezcan y sean dirigidos por parte del gobierno, contando no sólo con el Ministerio de Sanidad sino también con la implicación de otros Ministerios relevantes para el sector, como el de Finanzas. En el seno de la autoridad pública responsable del sector, el diálogo entre los niveles central y local debe ser funcional.

## PAPEL DE LOS DONANTES

Según la OCDE/CAD (2005), el papel de la cooperación al desarrollo en el fortalecimiento de los procesos de diálogo se centra en los siguiente aspectos: (i) apoyo a la sistematización e intercambio de experiencias de diálogo y conocimiento; (ii) promoción del diálogo en la programación e implementación de programas; (iii) apoyo directo en procesos de diálogo nacional a través del apoyo técnico, la provisión de expertos o la movilización de recursos; (iv) apoyo a la consolidación de una red global de expertos en procesos de dialogo; (v) fortalecimiento de capacidades y desarrollo de guías y directrices.

## COORDINACIÓN DE DONANTES/DIVISIÓN DEL TRABAJO Y PROGRAMACIÓN CONJUNTA

Tras la [Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda](#) (2005)<sup>11</sup> y el compromiso renovado de la comunidad de donantes hacia ese objetivo, en el contexto internacional se viene perfilando un nuevo enfoque con una mayor apropiación de los socios locales y una mayor armonización entre los donantes. Este nuevo enfoque es relevante para todos los instrumentos de cooperación.

El incremento de la complementariedad requiere cambios en la actitud de los donantes y de los países beneficiarios. Incide considerablemente en los procesos de planificación y en las asociaciones a largo plazo entre países donantes y entre sectores. La UE definió un *marco común para la elaboración de los documentos estratégicos nacionales y la programación plurianual conjunta* en la Comunicación de la Comisión Europea al Consejo y Parlamento Europeo [COM \(2006\) 88 final](#)<sup>12</sup>.

Etapas de la **programación conjunta** según dicho marco de la UE.

La primera etapa del proceso de programación común consiste en *poner en común los elementos de análisis esenciales* para definir una estrategia de cooperación, es decir:

- la evaluación de la situación política global;
- la valoración del contexto macroeconómico, social y ambiental del país;
- la enunciación de las prioridades del país socio;
- el análisis de la experiencia adquirida en anteriores cooperaciones y de la coherencia de las otras políticas del país socio.

La segunda etapa consiste en *elaborar una estrategia de respuesta conjunta* mediante:

- la definición común de los objetivos de la cooperación con el socio;
- la definición de los ámbitos de acción, incluida la división del trabajo entre los socios («matriz financiera» de los donantes);
- indicaciones sobre las asignaciones financieras y sobre el análisis de los riesgos y los compromisos de los países socios adquiridos de común acuerdo.

En el seno de la UE, el Atlas de Donantes de la UE puso de manifiesto la existencia de lagunas, duplicaciones y costes administrativos innecesarios que limitan la incidencia de la ayuda prestada por los donantes y sobrecargan los países socios. La necesidad de aprovechar plenamente el valor añadido de cada uno de los donantes y la complementariedad de sus intervenciones, y hacer el mejor uso posible de los recursos humanos y económicos, llevó a la UE a adoptar el [Código de Conducta relativo a la División del Trabajo](#) en el ámbito de la política de desarrollo en 2007. Específicamente, la AECID participó en una experiencia en Mali de cooperación delegada a los Países Bajos.

### **DIVISIÓN DEL TRABAJO:**

**Las líneas de actuación de la División del Trabajo se basan en los siguientes principios operativos por parte de los donantes de la UE:**

- » Concentrar las actividades en un número limitado de sectores nacionales.
- » Reorganizar las demás actividades que no se lleven a cabo en los sectores prioritarios del país.
- » Garantizar una presencia adecuada de la UE en los sectores estratégicos.
- » Replicar las prácticas de cooperación con las instituciones regionales socias.
- » Establecer países prioritarios.
- » Atender a los países “huérfanos” de la ayuda.
- » Analizar y ampliar las áreas globales donde se tenga más fortaleza.
- » Perseguir un avance sobre las dimensiones complementarias de modalidades / instrumentos verticales y horizontales.
- » Promover conjuntamente la división del trabajo.
- » Profundizar en las reformas de los sistemas de ayuda.

## **PAPEL DE LAS AGENCIAS DE NACIONES UNIDAS**

La medida en la que las agencias especializadas de la ONU relevantes para el sector (por ejemplo, la OMS) deben desempeñar un papel de facilitador, coordinador u otro papel en el DPSS, depende de las circunstancias específicas de cada país, y deben ser exploradas. Tal y como se especifica en el [Informe de la Secretaria de la OMS de la 64ª AMS](#)<sup>13</sup>, la OMS puede utilizar su presencia e influencia en los países, sobre todo en los caracterizados por una capacidad institucional precaria y un contexto inestable, para garantizar la continuidad del proceso de elaboración de estrategias y dotarlo de una perspectiva a largo plazo. En los países donde la ayuda tiene una función estratégica, la OMS puede ayudar a fomentar cambios de comportamiento entre los asociados internacionales, en consonancia con los principios de la [Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo](#) y la puesta en práctica de estos por la Alianza Sanitaria Internacional y otras iniciativas conexas ([IHP+](#)). La OMS puede desempeñar un papel fundamental en fomentar el marco de [evaluación conjunta de estrategias nacionales \(JANS\)](#) u otros enfoques similares para orientar (no solo para evaluar) el proceso de diálogo sobre políticas. Esta función es especialmente importante en las etapas iniciales de planificación, pero dada la naturaleza dinámica de los programas del sector, el diálogo político tiene que ser un proceso contínuo.

En la 64ª AMS, ([WHA64.8](#))<sup>14</sup> se solicitó renovar el papel de la OMS como facilitadora a nivel nacional de un diálogo integrador sobre las políticas, estrategias y planes nacionales de salud, proporcionar apoyo técnico para llevar a término el proceso de planificación, según proceda y reforzar la capacidad de la Organización a todos los niveles para prestar un apoyo mayor e integrado al diálogo nacional sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud. En este sentido, en 2010 se creó “[The Global Learning Programme](#)”.

## OTROS ACTORES CLAVE: ONGDS, PARLAMENTARIOS

El [Programa de Acción de Accra](#) incluyó el establecimiento de un diálogo abierto e inclusivo sobre políticas para el desarrollo a nivel nacional. Se reconoció la función fundamental y la responsabilidad de los parlamentos en relación con la identificación del país con los procesos de desarrollo. Para profundizar este objetivo, se definieron las siguientes medidas:

a) Colaboración de los gobiernos de los países en desarrollo en forma más estrecha con los parlamentos y las autoridades locales para preparar, implementar y realizar seguimiento de las políticas y planes nacionales de desarrollo, conjuntamente con las organizaciones de la sociedad civil.

b) Respaldo de los donantes a iniciativas para aumentar la capacidad de todos los actores involucrados en el desarrollo – parlamentos, gobiernos centrales y locales, organizaciones de la sociedad civil, institutos de investigación, medios y el sector privado – para asumir una función activa en el diálogo sobre políticas de desarrollo y sobre el papel de la asistencia como contribución a los objetivos de desarrollo nacionales.

## INICIATIVAS GLOBALES

Iniciativas Globales en Salud (IGS) tienen un papel estratégico en formar parte de un diálogo sobre políticas nacionales y encontrar la manera de informar e integrarse con las estrategias y planes sectoriales globales. Frente a la presión internacional para mejorar su integración en los sistemas de los países en los que intervienen, algunas iniciativas globales de salud han iniciado maneras innovadoras de diálogo. Este es especialmente el caso del Fondo Mundial, gestionado a nivel de país a través de un [Mecanismo de Coordinación de País \(MCP\)](#), que constituye un foro para el diálogo.

Las iniciativas globales de salud pueden contribuir a través de la inversión en:

- ✓ La participación activa en el desarrollo de estrategias sectoriales, planes, marcos de gastos a medio plazo y [Estrategias de Reducción de la Pobreza](#) (ERP), para asegurar que reflejen las principales prioridades de salud; clarificar roles de los diferentes socios, y maximizar el grado en que las estrategias y técnicas específicas planes se benefician de y encajan con los planes nacionales.

- ✓ Asegurar que los fondos propios de la IGS apoyan las áreas dentro de los planes nacionales en los que tienen una ventaja comparativa y pueden ser de beneficio para todos los programas y servicios.
- ✓ Compartir las lecciones para mejorar, por ejemplo, la capacidad de planificación, la gestión de múltiples donantes, el trabajo con las comunidades, enfoques innovadores para la supervisión de los proveedores estatales y no estatales.

Las Iniciativas globales de salud deben evitar en la medida de lo posible, el apoyo a las estrategias técnicas nacionales y planes de ejecución desarrollados de forma aislada a la estrategia nacional sectorial así como los costes de transacción derivados, por ejemplo, de la falta de sincronización en los ciclos de planificación.

## GRUPOS DE COORDINACIÓN DE ACTORES

A nivel de país socio, se han establecido una serie de mecanismos para facilitar un diálogo estructurado y construcción de procesos de consenso entre el Ministerio de Sanidad y otros Ministerios vinculados al sector salud y todos los actores implicados en el desarrollo, tales como los Comités de Coordinación Sectorial (CCS), los *Mecanismos de Coordinación de País* (CCM) originados en muchos países a partir del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis y los grupos de *Apoyo Técnico acerca de áreas temáticas específicas o grupos de trabajo y foros del SWAP<sup>15</sup> o la Alianza Sanitaria Internacional (IHP+ por sus siglas en inglés)*, a la que España se adhirió en mayo 2010.

A nivel internacional, la AECID es miembro también de la red de donantes denominada *“Providing for Health” P4H* que tiene como finalidad ofrecer apoyo coordinado al desarrollo de políticas y estrategias de protección social en salud, así como colaboración internacional armonizada a nivel nacional, regional y mundial para establecer sistemas de salud equitativos y eficaces de financiación basados en el prepago y la protección del riesgo financiero. Por el momento, aparte de la AECID, la iniciativa P4H comprende el Ministerio Federal Alemán para la Cooperación y el Desarrollo, el Ministerio Francés de Asuntos Exteriores y Europeos, la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, la OIT, la OMS y el Banco Mundial.

En 2012 se estableció un acuerdo de colaboración global CE/OMS acerca del fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel de país en los países en vías de desarrollo centrado en el *“Fortalecimiento del diálogo político nacional para construir políticas, estrategias y planes de salud más robustos”*, con el apoyo de *“Investing in People.”*

La UE, en el *Programa de Acción en Salud Global 2014-2020*, en su primer eje destinado a mejorar el impacto de la ayuda de la UE incluye, entre otras, dos líneas de acción prioritarias:

- ✓ Coordinación más efectiva de la UE en salud Global en el apoyo a las estrategias nacionales de salud, el uso de sistemas de gestión nacionales ([JANS](#), [PFM](#), [JAR](#), revisiones sobre el aprovisionamiento, y evaluaciones a medio y largo plazo de los planes sectoriales en salud plurianuales), la coordinación de la UE a nivel de país, la programación conjunta a nivel global y el fomento de plataformas de actores de la cooperación como el foro sobre políticas en salud global ([Global Health Policy Forum](#)).
- ✓ Participación coordinada en Iniciativas Globales en Salud (IGS) a nivel de país (GAVI, Fondo Mundial): [Mecanismos de Coordinación de País](#) (CCM), [Comités de Coordinación para la Inmunización](#) (ICC); y a nivel central entre la Comisión Europea y los Estados Miembros.

En el seno del MAEC junto con la estrecha colaboración del departamento sectorial de la AECID se han concentrado esfuerzos para la articulación entre los actores centrales del sistema de cooperación española en el sector salud, explorando las posibles sinergias:

- ✓ entre sectores y departamentos del MAEC (agua/ medioambiente/ genero/ Ayuda Humanitaria, educación, etc....) y con otros Ministerios de nuestro país (Ministerio de Interior, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Ciencia e Innovación, etc....) a través de la MIMAS (Mesa de Articulación InterMinisterial de Salud).
- ✓ con todos los actores de la cooperación española tanto del ámbito de las ONGDs, el mundo académico como las escuelas de salud pública, fundaciones filantrópicas, etc. que hasta ahora se ha conformado como la Mesa de Armonización Sectorial de la Cooperación Española MASCE.
- ✓ con el sector privado en el ámbito de la actuación conjunta de cooperación al desarrollo integrándolo en los procesos de diálogo abiertos para otros actores de cooperación.

## TIPOS DE FOROS Y PLATAFORMAS REGULARES

Foros regulares a nivel global con implicación del MAEC con estrecha colaboración del área de salud de la AECID:

- ✓ [Comités Ejecutivos de la OMS](#) (min. dos al año: enero y mayo)
- ✓ [Asamblea Mundial de la Salud](#) (anual, mes de mayo)
- ✓ [Cumbres relevantes de Naciones Unidas](#)
- ✓ [Asamblea General de Naciones Unidas](#)
- ✓ [Global Health Policy Forum de la UE](#) (mensual)
- ✓ [European Development Days](#)

- ✓ Consejos Directivos de iniciativas globales como el [GAVI](#), [Fondo Global](#), [UNITAID](#), etc.
- ✓ [Grupo de Expertos en Salud, Población y Desarrollo de la UE](#) (bianual)
- ✓ [Foro internacional de los equipos nacionales del sector salud signatarios del IHP+](#)
- ✓ [Foros de la Iniciativa Mesoamericana 2015](#)

### PRINCIPALES FOROS EN EL DIÁLOGO DE POLÍTICAS A NIVEL DE PAÍS:

- » **Comité de enlace de alto nivel del programa sectorial**  
Responsable de la supervisión global, el diálogo de políticas general y el diálogo respecto al apoyo de los donantes al programa sectorial. Compuesto por el Ministerio de Sanidad, comité de salud parlamentario, Ministerio de Finanzas, representantes del gobierno local, los principales donantes, otros representantes entre los socios implicados, incluyendo la sociedad civil.
- » **Foro de alto nivel del gobierno y donantes adhoc**  
Posible resolución de conflictos, consistente en altos funcionarios y pequeños grupos de responsables de agencias con un mandato del resto de donantes.
- » **Órgano menor de coordinación entre el gobierno y donantes**  
Coordinación operacional y diálogo de políticas más específico (revisión de informes regulares y analíticos, aprobación del calendario y términos de referencia para revisiones conjuntas, negociación de la agenda para trabajo analítico, etc.). El liderazgo de por parte de uno o un grupo reducido de donantes puede racionalizar su puesta en marcha.
- » **Grupos de trabajo técnicos conjuntos**  
Diálogo en mayor profundidad y/o análisis en áreas específicas.
- » **Revisiones conjuntas periódicas (probablemente anuales)**  
Revisión de los logros del último período de trabajo, evaluación de indicadores relevantes del sector y recomendaciones a todos los actores del programa sectorial. Puede ser liderado por el gobierno, fomentando su apropiación, o por los donantes, en el caso de precisar una revisión propia por motivos de rendición de cuentas.
- » **Foro consultivo más amplio**  
Participación de una variedad más amplia de actores locales, justo antes o después de la revisión anual conjunta.

Fuente: Guía para el apoyo de la CE a programas sectoriales, EuropeAid, 2007:84

## 1.5 CONTEXTO: ENFOQUE DE LAS ACTUALES POLÍTICAS Y MAPEO DE LOS ACTORES GLOBALES

### ARQUITECTURA DE LA AYUDA

El panorama de la salud mundial es cada vez más complejo, En la última década, la ayuda en salud global ha sufrido numerosos cambios por lo que respecta al volumen de la ayuda, la proliferación de diferentes perfiles de donantes e iniciativas, así como los objetivos de la propia ayuda. A pesar de los progresos alcanzados hacia la financiación y el acceso a los servicios de salud, las innumerables iniciativas sanitarias mundiales que han surgido, no han servido para fortalecer sistemas de salud más eficaces y equitativos, La creación de programas paralelos al propio sistema de salud y mecanismos de los propios donantes para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de sus propias estrategias, dificulta la capacidad de respuesta y la falta de apropiación a nivel nacional.

Las pautas de la financiación de la ayuda en el sector salud han cambiado. Muchas de las ayudas no se están empleando en apoyo de planes nacionales de salud de amplio alcance; por el contrario, cada vez se van fragmentando más y el grueso de las ayudas sanitarias se sitúa ya al margen de las cuentas del Estado; en su mayor parte, no queda registrado por las autoridades presupuestarias nacionales ni guarda relación con los planes nacionales de salud. En [Accra](#) los signatarios reafirmaron el compromiso de la [Declaración de París](#) de desembolsar el 66% de las ayudas a través de Enfoques Programáticos (PBA, por sus siglas en inglés) para 2010. Sin embargo, el avance general hacia un mayor uso de los PBA es lento y se limitaba en torno a un 40% en 2010<sup>16</sup>.

### PANORAMA DE DONANTES

La falta de liderazgo y compromiso global ha conllevado a una variedad de nuevos actores, mecanismos y agendas difíciles de ajustar en el marco presente, con la consecuente atención desigual y fragmentada prestada a las prioridades en materia de salud que ha obstaculizado los avances. En la actualidad existen más de 140 iniciativas globales en el ámbito de la salud mundial, dirigidas a necesidades específicas que, a menudo, son intervienen de forma aislada y terminan por aumentar la presión sobre unos sistemas de salud ya frágiles de por sí. A los actores tradicionales en salud global fundamentalmente Ministerios Nacionales de Sanidad y la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) se han sumado una diversidad cada vez mayor de actores de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales, iniciativas sanitarias mundiales como el [Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria \(FMSTM\)](#) o la [Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización \(GAVI\)](#), las empresas privadas e instituciones filantrópicas. La búsqueda de atribución de resultados con una visión cortoplacista del desarrollo *impulsada por el aumento de la financiación privada de la ayuda* ha venido a

centrar la ayuda en proyectos y actividades destinados a enfermedades o áreas de intervención limitadas, generando una mayor “*fragmentación de la financiación sanitaria*” y por tanto mayores costes de transacción y menor sostenibilidad. Por otro lado, por parte de los países donantes, existe muchas veces una falta de coherencia interna respecto a las [modalidades e instrumentos de la AOD](#) y la previsibilidad de la financiación.

La cuota correspondiente a la [ONU](#) y el [Banco Mundial](#) se ha reducido de un tercio a un sexto y se ha ido centrando paulatinamente en actividades concretas. Por ejemplo, menos del 20% de la financiación de la OMS se destina a fondos “no marcados” (es decir, no dirigidos a enfermedades a estrategias específicas). Además, en el ámbito de las políticas de salud global, países de ingresos bajos y medios tales como Kenia, Méjico, Brasil, China, India, Tailandia y Sudáfrica, han ido asumiendo un papel cada vez mayor y, consecuentemente, se está haciendo mucho más hincapié en la [cooperación Sur-Sur](#) y la [cooperación triangular](#).

## ESTRATEGIAS Y ORIENTACIONES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN EL SECTOR SALUD

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en salud ha tenido un descenso considerable tanto en porcentaje como en números absolutos en el período 2008-2012, pasando de un presupuesto de 506 millones de euros en 2008 a 74 millones en 2012, con una asignación de los fondos atribuibles al sector salud de tan solo un 4.67%. En el año 2012, la cooperación bilateral en salud representó un 63,5%, lo cual podría situar a nuestra cooperación en una modalidad óptima para la mejora en el fortalecimiento de Sistemas de Salud Equitativos y de Calidad y el diálogo de políticas en el sector salud.

El actual [Plan de Actuación del Sector Salud](#), que ha sido evaluado en 2014, impulsado por el MAEC SGCID, se enmarca en la actual agenda internacional de la AOD y los [principales compromisos adquiridos respecto a la Eficacia de la Ayuda](#) y [Gestión Por Resultados](#), así como la [política de Salud política de Salud Global de la UE](#)<sup>17</sup> (ver más adelante).

En concordancia con el [IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016](#), la AECID ha asumido el compromiso de seguir abordando el principal reto de salud en el mundo, que sigue siendo la equidad, incluyendo la reducción de las desigualdades, el acceso universal a servicios integrales de salud de calidad y la protección social. Las líneas de acción contempladas en el IV Plan Director y también el PAS-Salud incluyen, entre otras, el fortalecimiento y cobertura universal de sistemas públicos de salud equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, la lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas y el acceso a los medicamentos esenciales; todo ello en el marco de los Planes Nacionales de Desarrollo del Sector. Con el fin de asegurar el enfoque de equidad, se están apoyando programas de formación y capacitación de recursos humanos destinados a la mejora de la gobernanza, de la gestión y de la eficiencia de los sistemas de salud, con participación democrática, transparencia y rendición mutua de cuentas.

En el marco global de actuación, se ha priorizado asimismo el trabajo en el seno de las Iniciativas Globales, en los Organismos Multilaterales y en los grupos de expertos de la Unión Europea, para adecuar las políticas específicas de enfermedad al objetivo general de la cobertura universal y de la equidad, disminuyendo el riesgo de distorsión de los sistemas de salud. Igualmente, se continúa la colaboración con las Organizaciones Internacionales de referencia en salud.

Gráfico 4. Estrategia de la Cooperación Española

### LA PROGRAMACIÓN OPERATIVA DE AECID Y LA ESTRATEGIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA



Con el fin de orientar la acción de la AECID de acuerdo con las estrategias de la cooperación española así como el análisis continuado de su impacto, sobre la base de información veraz, se han elaborado una serie de herramientas que constituyen requisitos fundamentales para poder ofrecer una ayuda de calidad y eficacia en los diversos procesos de planificación, entre otras:

- ✓ [Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID 2014.](#)
- ✓ [Plan Estratégico AECID 2014-2017.](#)
- ✓ [Manual del Sistema de Programación Operativa de la AECID 2014-2015.](#)
- ✓ [Metodología. Manual para el Establecimiento, Seguimiento y Evaluación de los Marcos de Asociación País \(MAP\) 2013.](#)
- ✓ [Guía para evaluaciones de convenios, proyectos y acciones de cooperación para el desarrollo, 2012.](#)
- ✓ [Normas de gestión, seguimiento y justificación de convenios y proyectos de ONGD y de acciones de cooperación para el desarrollo. Guía de aplicación, 2012.](#)

- ✓ [Orientaciones para las contribuciones bajo la modalidad multilateral.](#)
- ✓ [Orientaciones técnicas para la AECID sobre la cooperación delegada.](#)
- ✓ [La Ayuda Programática. Guía Técnica para la puesta en marcha de los nuevos instrumentos de cooperación, 2008.](#)
- ✓ [Manual de Gestión de Evaluaciones de la Cooperación Española, 2007.](#)
- ✓ [Herramienta para la Elaboración de los Documentos de Estrategia de País \(DEP\) de la Cooperación Española, 2005.](#)

## PRINCIPAL DESARROLLO EN LA UE Y POLÍTICAS GLOBALES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

En mayo de 2010, bajo el liderazgo de la Presidencia Europea de España, la UE aprobó una [política de Salud Global](#)<sup>18</sup> en la que se definen los principios por los que deberían regirse todos aquellos sectores relevantes que influyen en la salud y expone una serie de áreas en las que la UE podría abordar los principales desafíos que plantea la salud global de una manera más eficaz, en particular, la equidad, coherencia, gobernanza y el conocimiento.

Las líneas de actuación de la cooperación española se enmarcan en esta política de Salud Global de la UE consensuada en el Consejo Europeo. La UE tiene un papel importante a jugar en el progreso hacia el alineamiento y previsibilidad para reforzar los sistemas de salud así como la coherencia y diálogo entre políticas internas de cada país y externas a nivel global relevantes. En este marco de actuación, la UE tiene el potencial de presentar su modelo social, sus sólidas normas de seguridad y su comercio global y solidaridad para promover la salud global.

Entre otras comunicaciones y conclusiones del Consejo recientes de la UE relevantes para el sector salud, se encuentran [“El programa para el Cambio”](#) (2011), en la que la UE manifiesta su compromiso para incrementar el impacto de la ayuda, concentrándose en menos países y en los sectores clave para un crecimiento a largo plazo, el [“Apoyo Presupuestario de la UE a terceros países”](#) (2011) y [“Una vida decente para todos: finalizando con la pobreza y ofreciendo al mundo un futuro sostenible”](#) (2013), acerca de la [agenda post2015](#).

## POLÍTICA SANITARIA GLOBAL

La globalización y los cambios que se están produciendo en la sociedad a nivel mundial están alterando el panorama de la salud global hasta tal punto que la salud pública ya no se puede enmarcar exclusivamente a nivel nacional. La salud es un derecho humano fundamental que está siendo influenciado progresivamente en todos los países por la interacción de normas, políticas y prácticas globales transnacionales, tanto de índole socioeconómica, ambiental como aspectos ligados al comercio, la seguridad, los flujos migratorios o la seguridad alimentaria. Para abordar los problemas de salud a nivel mun-

dial es necesario que todas las políticas y acciones internas y externas sean coherentes y se basen en principios consensuados.

El principal reto de salud en el mundo sigue siendo la equidad, tal y como se reconoció en la [Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud](#), Río de Janeiro (Brasil, octubre de 2011) y se acordó de forma colectiva en la resolución de la AMS [WHA62.14](#) («Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»), existe un compromiso a nivel internacional para abordar las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, es decir, los determinantes sociales de la salud con el fin de reducir las desigualdades y garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud de calidad así como la protección social.

Los principios de atención primaria de salud, que se convirtieron en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la [Declaración de AlmaAta](#)<sup>19</sup>, y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000 siguen vigentes veinticinco años después con un fuerte respaldo internacional, tal y como se refleja en el [Informe Mundial de la Salud 2008](#) o la [resolución WHA62.12 de la AMS](#)<sup>20</sup>.

El marco de la salud global ha venido marcado también por la concentración de esfuerzos para la consecución de los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#), específicamente en el sector salud el [ODM4](#), referente a la reducción de la mortalidad infantil, el [ODM5](#) referente a la mejora de la salud materna y el [ODM6](#) que tiene como finalidad combatir el VIH/SIDA, el paludismo y la malaria. Tras la [Conferencia de NNUU sobre Desarrollo Sostenible \(Cumbre de Río+20\)](#) celebrada en Río de Janeiro (Brasil, junio 2012), se está debatiendo la nueva [agenda post2015](#) acerca de los nuevos objetivos de desarrollo que, en el ámbito de la salud, pretende tener un enfoque más holístico e incluir la cobertura universal de sistemas públicos de salud equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad.

### **POLÍTICA SALUD GLOBAL UE:**

[Tanto la Comunicación de la Comisión europea](#) como las [Conclusiones del Consejo sobre “El papel de la UE en la Salud Global”](#) defienden los valores de la UE de solidaridad hacia una cobertura equitativa y universal de servicios de salud de calidad, reafirmando el papel central del enfoque de derecho a la salud y reconociendo las desigualdades en salud como uno de los principales retos en la actualidad, teniendo en cuenta que existe un total de 20 millones de muertes evitables al año.

## EFICACIA DE LA AYUDA

La apuesta por la eficacia de la ayuda ha marcado la agenda de la cooperación internacional en general, y la española en particular, en estos últimos años, explorando la articulación de nuevas iniciativas así como, la mejora y adaptación de estrategias ya existentes. A través de los Marcos de Asociación País (MAP) y la Programación Operativa de AECID, la Cooperación Española ha dado pasos importantes en la materialización práctica de la agenda de eficacia de la ayuda.

- ✓ Declaración de París, Agenda para la Acción de Accra y Busan

Los principales compromisos internacionales sobre eficacia de la ayuda adquiridos en la [Declaración de París](#) (2005), así como la [Agenda de Acción de Accra](#) (2008) y el [IV foro de Alto Nivel de Busan](#) (2011) sentaron los principios básicos de apropiación y *liderazgo del país receptor y trabajo conjunto con otros donantes y actores* (armonización) en aras de una cooperación más eficaz y plantearon un nuevo sistema de cooperación al desarrollo que superara el modelo clásico de donante del Nortereceptor del Sur, y que definiera principios y orientaciones para avanzar hacia la eficacia del desarrollo.

### PRINCIPIOS IV FORO ALTO NIVEL BUSAN:

1. **Apropiación de las prioridades del desarrollo:** reconocer que los países en desarrollo deben diseñar y liderar su propio desarrollo;
2. **Enfoque en los resultados:** lograr resultados concretos para erradicar la pobreza, reducir las desigualdades y garantizar que se dispone de los recursos y las capacidades necesarias para hacerlo posible;
3. **Alianzas incluyentes:** promover la confianza y el aprendizaje mutuos entre todos los actores de desarrollo.
4. **Transparencia y responsabilidad compartida:** potenciar la transparencia de las prácticas de la cooperación, para así mejorar la prestación de servicios y dejar claras las responsabilidades compartidas.

- ✓ Alianza Sanitaria Internacional-IHP+

La [Alianza Sanitaria Internacional](#), se constituyó en Londres en septiembre de 2007 con el fin de movilizar el apoyo internacional alrededor de una única estrategia nacional de salud y armonizar la financiación de donantes en línea con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda. En la actualidad, hay 59 signatarios, incluyendo 33 países en desarrollo, 26 donantes bilaterales y 12 organizaciones y fundaciones internacionales. La sociedad civil también participa activamente a nivel mundial y nacional. España se adhirió durante la [63ª AMS](#) en mayo 2010 y participa activamente tanto desde el área de salud de la AECID en sede como en el terreno en los siguientes países IHP+: El Salvador,

Etiopia, Mali, Mauritania, Mozambique y Níger.

El IHP+ trata de agrupar al conjunto de los socios para el desarrollo en torno a un único plan nacional para la salud; un marco de seguimiento y de evaluación; y un proceso de revisión, que permitan de ese modo mejorar la armonización, la alineación, la orientación hacia los resultados y la responsabilidad mutua.

✓ El enfoque sectorial: SWAP

El enfoque sectorial es una modalidad dentro de la ayuda programática que opera al nivel de un sector completo como la salud, o para una temática determinada, con el propósito de incrementar la apropiación del gobierno sobre la política sectorial y mejorar la coherencia entre las políticas, la asignación de recursos y los resultados, a la par que se reducen los costes de transacción.

Persigue coordinar la acción gubernamental y la totalidad del apoyo externo, para el cumplimiento de un programa de gastos único dentro de un sector determinado.

Un aspecto fundamental del enfoque sectorial es que tanto la política sectorial como las decisiones sobre la asignación de recursos se sitúan bajo la gestión y el liderazgo del gobierno del país socio, con lo que se persigue mejorar la capacidad y la eficacia estatales, y garantizar la apropiación del proceso de desarrollo de las políticas y el gasto público por parte del gobierno nacional.

#### **CRITERIOS ENFOQUE SECTORIAL:**

- Se aplica una visión integral del sector en su conjunto que recomendablemente debe plasmarse en un documento de política sectorial.
- Todos los recursos para el sector, ya sean externos o internos, han de canalizarse a través de una sola política y un marco presupuestario único bajo el liderazgo del país socio.
- Existe una coordinación formal entre donantes.
- Existe un marco común de gestión, planificación y monitoreo regular del desempeño (rendición de cuentas) a través de revisiones conjuntas.
- Se produce o se va incrementando paulatinamente el uso de estructuras y procedimientos nacionales.

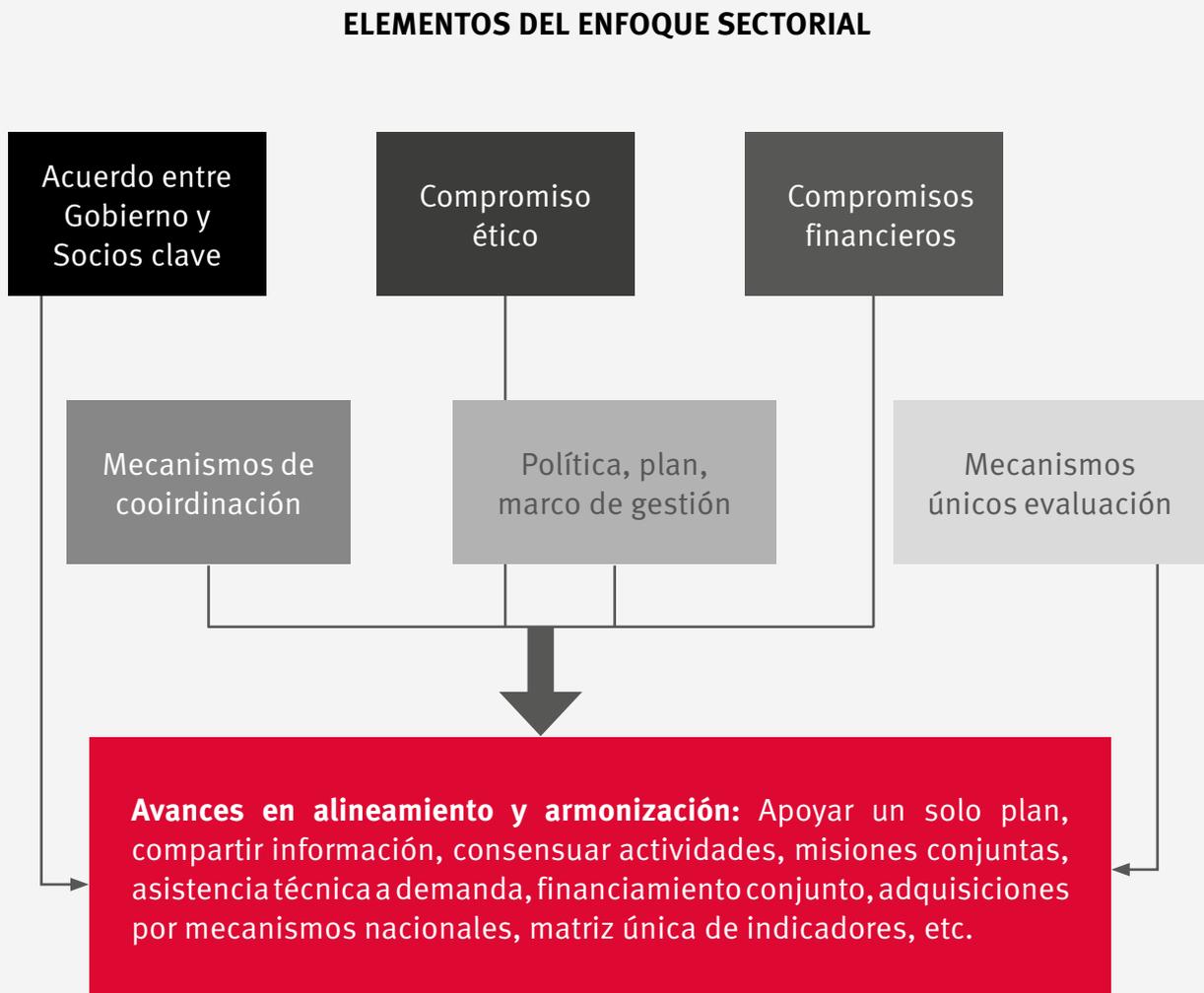
Los enfoques sectoriales no son instrumentos de ayuda al desarrollo, sino modalidades de gestión y entrega de la misma que implican varios instrumentos. Así, en el marco de los SWAPs pueden utilizarse el [apoyo presupuestario sectorial](#), las [cestas de donantes](#), los programas y proyectos o la asistencia técnica, que pueden o no estar marcados para determinados gastos.

El contexto más adecuado para la utilización de los enfoques sectoriales se da cuando se cumplen las condiciones anteriormente mencionadas para la ayuda programática y, en particular, cuando:

- ✓ El gobierno del país socio está interesado en un diálogo de políticas a nivel sectorial.
- ✓ El gobierno del país socio ejerce un rol importante de control y capacidad de gestión del sector, bien directamente a través de la financiación o prestación de servicios, o indirectamente, mediante su regulación.
- ✓ Existe un alto grado de acuerdo en la estrategia y prioridades sectoriales, entre el gobierno y la comunidad de donantes y en el seno de ésta.
- ✓ Cuando las relaciones interinstitucionales e intersectoriales permitan un acuerdo básico sobre prioridades en el sector.
- ✓ La aportación del donante al SWAP es significativa.
- ✓ Se enfocan como un proceso, que requiere un plazo de tiempo suficiente para la obtención de resultados.
- ✓ La situación macroeconómica y presupuestaria es lo suficientemente estable como para hacer más fiable y realista la planificación y el gasto.
- ✓ El nivel de dependencia de la ayuda en el sector es elevado.

Los enfoques sectoriales pueden por tanto desarrollarse con mayor rapidez si existen políticas sectoriales adecuadas, consensuadas y vinculadas al presupuesto, una correcta gestión macroeconómica y presupuestaria, el suficiente liderazgo y capacidad de influencia del gobierno en el sector y altos niveles de dependencia de la ayuda en el sector<sup>21</sup>. El siguiente gráfico resume los principales componentes del que se compone un enfoque sectorial.

Gráfico 5. Elementos del enfoque sectorial



Fuente: SWAP Salud Mozambique

## 1.6 EL ENFOQUE 4X4

Los sistemas sanitarios se basan en múltiples elementos interrelacionados entre sí, los cuales deben contemplar cuatro **principios** esenciales, la necesidad de fortalecer cuatro **pilares** sólidos, que aseguren la atención sanitaria a las principales **prioridades sanitarias** de los países con recursos limitados, todo ello a través de la definición de una estrategia sanitaria nacional a través de un **proceso de planificación** que consta de cuatro etapas. La tabla nº1 resume este enfoque integral denominado “4x4” en el que se basará el desarrollo de la segunda parte de la guía.

Este enfoque “4x4”, es una forma coherente de estructurar los componentes esenciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud acordados por la OMS, que incluyen: (i) la [Atención Primaria de Salud](#) como principio esencial, reflejado en la [Resolución de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud](#); (ii) los “[building blocks](#)” de los sistemas de salud definidos por la OMS; (iii) los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#) acordados en Naciones Unidas, con la incorporación adicional de las enfermedades no transmisibles (“ODM plus”) y (iv) los principios de eficacia de la ayuda reflejados en la [Alianza Sanitaria Internacional](#) (IHP+) y sus herramientas ([JANS](#)) para el apoyo de UN UNICO Plan Nacional de Salud, a través de UN SOLO presupuesto y UN UNICO sistema de monitoreo.

Tabla 1. Principios, pilares, prioridades sanitarias y proceso de un sistema sanitario

<b>Proceso</b> (IHP+/JANS)	Análisis Situación	Estrategias de Salud/BHCP (Prestación SS)	Escenarios Presupuestarios	Monitoreo SIS/Investigación operacional
<b>Prioridades en Salud</b> (ODM plus)	Enfermedades Transmisibles	Enfermedades No Transmisibles	Salud Sexual y Reproductiva	Salud infantil
<b>Pilares</b> (“Building Blocks OMS)	Recursos Humanos Sanitarios	Infraestructuras y logística	Acceso a Medicamentos	Financiación Equitativa
<b>Principios SS</b> Atención Prim. S (AMS 62.12)	Liderazgo participativo (derechos humanos)	Cobertura Universal	Atención centrada en el paciente/ la persona	Salud en todas las Políticas

Fuente: Garay J. Global health equity and the challenge for a new global health framework. The US and EU policies and opportunities to improve global health. Berkeley 2012.







# PROCESO

# 2

Los cuatro componentes del ciclo de un sistema sanitario que se describen a continuación, referentes al funcionamiento del sistema y los servicios de salud, son esenciales para asegurar su pertinencia, es decir, que se adapte y responda a las necesidades en salud y su eficiencia, en base a la mejor utilización de los recursos disponibles: (i) **el análisis de situación** permite identificar las necesidades de salud, (ii) **el diseño de las competencias de los servicios de salud por niveles de atención**, pretende cubrir los diversos ámbitos de la salud con el fin de alcanzar los resultados esperados e informar acerca de las necesidades referentes a los pilares sanitarios (recursos humanos, medicamentos, infraestructuras, etc.), (iii) **el marco regulatorio a medio plazo**, fundamenta las reformas administrativas/legales necesarias y el marco de gastos por pilares sanitarios y planes de contingencia, desglosados por año y niveles de financiación y de gestión descentralizada; y (iv) el **monitoreo** de las contribuciones (a través de la auditoría de los planes normativos y de financiación), los resultados de proceso e impacto (a través de un sistema de información sanitaria fundamentado en las acciones, de forma participativa y en datos complementarios de encuestas), vinculados a la investigación del sistema de salud y un enfoque nacional de investigación en salud.

Hay que tener en cuenta que, en la mayoría de países con recursos limitados, la planificación de los sistemas sanitarios se lleva a cabo muchas de las veces con información limitada e incompleta acerca de las necesidades de la población y/o con insuficiente información sobre las necesidades de financiación y las capacidades presupuestarias a medio plazo. Ello genera fragmentación de los sistemas de salud al trabajar con enfoques aislados en algunas prioridades/programas de salud o, en el mejor caso, algunos de los pilares sanitarios.

Tabla 2. Proceso y dinámicas de un sistema sanitario

<b>Proceso</b> (IHP+/JANS)	Análisis Situación	Estrategias de Salud/BHCP (Prestación SS)	Escenarios Presupuestarios	Monitoreo SIS
-------------------------------	--------------------	---	----------------------------	---------------

## 2.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

### CONCEPTO

El análisis de situación permitirá asegurar la pertinencia de las políticas y estrategias sanitarias así como su apropiación a todos los niveles, desde la base a nivel comunitario hasta los niveles más complejos del ámbito institucional nivel político. Incluye desde la evaluación de las principales *prioridades sanitarias* (principales causas – y causas de las causas: determinantes de enfermedad, discapacidad y muerte prematura), distribución de las necesidades de salud y las repercusiones de las necesidades no satisfechas en la carga de la enfermedad, a los *conocimientos, prácticas y actitudes* de la población en relación con su percepción e interpretación de la salud y enfermedad y sus lógicas y

conductas para la demanda de servicios de salud, causas insatisfechas prioritarias y las consecuencias de la mala salud; y la *respuesta de los sistemas de salud* (acceso, cobertura, calidad) a esas necesidades y su relación con la investigación prioritaria acerca del sistema de salud y las prioridades sanitarias.

## RETOS

Uno de los principales retos indicados por la OMS es el enfoque participativo con implicación de la sociedad civil de base y el nivel comunitario.

Hay que tener en cuenta también que los datos institucionales con frecuencia tienen la limitación de no representar la totalidad de la población, especialmente en lo que respecta a los grupos más vulnerados con limitaciones de acceso por desequilibrios de poder que no se ven reflejados en las estadísticas.

## PROCESO

### *Enfoque participativo e intercultural*

Desde el comienzo del análisis y el diseño, se debe contar con la [participación comunitaria](#), la apropiación y el compromiso desde la base social, con el fin de nutrir el análisis local, regional y nacional.

Existen en la actualidad diversas metodologías de [enfoque participativo](#) que tienen como característica común y básica el promover la participación de la sociedad civil, impulsando un proceso de empoderamiento y gobernanza local en salud, al mismo tiempo que se asegura el fortalecimiento de capacidades. Han ido evolucionando y se han tratado de agrupar bajo el concepto de *Participatory Learning Action* (PLA), o [Acción de Aprendizaje Participativo](#). Entre tales enfoques, uno de los más importantes, y que sirvió como base y precursor de todos los demás, es el de la [Investigación-Acción Participativa](#), IAP (o *Participatory Action Research*, PAR), orientado al análisis crítico y comunitario de la realidad con vistas a su transformación y al empoderamiento de la población.

En la actualidad, sin embargo, el enfoque participativo más conocido e importante es seguramente el [Diagnóstico Rural Participativo](#), DRP (o *Participatory Rural Appraisal*, PRA), que posibilita la participación local en todas las fases del proceso, desde el análisis de la situación y la identificación de prioridades, hasta la evaluación, y que pone énfasis también en el empoderamiento de las personas<sup>22</sup>.

Por su parte, el [diagnóstico rural rápido](#), DRR (o *Rapid Rural Appraisal*, RRA) promueve también la participación de la comunidad local, pero no de cara a su concienciación, movilización y empoderamiento, sino a fin de obtener rápidamente información con la que diseñar un proyecto de desarrollo.

Por último, el denominado [Seguimiento y Evaluación Participativos](#), SEP (o *Participatory Monitoring and Evaluation*, PME]) es un método por el que la población local toma parte, conjuntamente con las agencias de ayuda y los funcionarios o autoridades, en el análisis de la marcha de los proyectos, su evaluación final y la decisión sobre las acciones a adoptar a partir de ella.

Las metodologías participativas han logrado, desde su nacimiento, una amplia utilización tanto en países en desarrollo como desarrollados, por parte de diferentes actores y en una amplia gama de sectores.

Por su parte el [enfoque intercultural](#), promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende que las políticas, programas y proyectos en salud deben confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de análisis y aplicación de las acciones, contemplando la medicina y prácticas tradicionales<sup>23</sup>.

### ***Evaluación de la situación sanitaria***

El proceso de análisis de la situación sanitaria, de los compromisos internacionales relacionados y el contexto de las políticas sanitarias, requiere varias etapas. El siguiente cuadro resume los principales componentes a incluir.

La evaluación del nivel y la distribución de las necesidades en salud y las repercusiones de las necesidades insatisfechas que conducen a la mala salud, requiere estudios que contemplen las principales variables determinantes. Se ha propuesto una lista de variables clave que generalmente influyen en la distribución de salud: [PROGRESS](#): Se trata de un acrónimo en inglés, en el que cada letra representa una de las diversas dimensiones de la desigualdad en salud que Evans et al consideran importantes: la desigualdad por lugar de residencia (**P**lace en inglés), por la **R**aza, por **O**cupación laboral, según el **G**énero, la **R**eligión, la **E**ducación, el nivel **S**ocioeconómico, y el capital **S**ocial. La variación estimada entre las variables, su marco de muestreo en varias etapas y la precisión requerida acerca de los niveles de necesidades no satisfechas y la carga de enfermedad por categorías de variables, influirán en el tamaño de la muestra requerido. Por lo general se requerirá un número de 5 dígitos de personas y hogares a ser evaluados, y la logística de transporte y comunicación, a través de un enfoque participativo en el diseño, recopilación de datos, análisis e interpretación. El grado de participación no sólo es esencial para favorecer la apropiación del consecuente diseño sostenible e integrado de los servicios de salud, sino también para reducir los costes mejorando la eficiencia y permitir evaluaciones más frecuentes.

### UN ANÁLISIS SÓLIDO DE LA SITUACIÓN DEBE INCLUIR (OMS):

- a. La evaluación de los [determinantes sociales de la salud](#) y las [necesidades en salud](#), incluyendo la [carga de enfermedad](#) actual y proyectada y retos en materia de salud;
- b. Evaluación de las expectativas, incluyendo la demanda actual y proyectada de servicios, así como las expectativas sociales.
- c. Evaluación del [funcionamiento del sistema sanitario](#) y de las limitaciones en el desempeño en respuesta a las necesidades y expectativas.
- d. Evaluación de la [capacidad del sector salud](#) para responder a los retos actuales y anticiparse a los retos del futuro.
- e. [Evaluación de los recursos del sistema de salud \(humanos, infraestructuras, financieros, sistemas de información\)](#) y del déficit de recursos para responder a las necesidades y expectativas.
- f. Evaluación del posicionamiento de las partes interesadas (incluidas, cuando proceda, de los socios externos).

### ***Conocimientos, prácticas y actitudes***

Un componente esencial de la comprensión de las necesidades de salud que permite el establecimiento de prioridades pertinentes, es el análisis de la percepción de la salud, de sus necesidades y de las consecuencias prioritarias de la mala salud de la población. El análisis científico y cuantitativo de los factores que condicionan la salud y su distribución en la población, requiere un componente sociológico y antropológico, con el fin de abordar las principales necesidades de acuerdo a las estrategias más factibles.

Existen dos áreas principales de conocimiento en este ámbito: la información y la comprensión de los [conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud](#), sus aspiraciones y limitaciones tal y como son sentidos por la población, y la traducción en la promoción de la propia salud y la dinámica de recuperación dentro de la familia y la comunidad, incluidas las prácticas tradicionales y la búsqueda de modelos de atención de salud a través de los sectores locales, informales y formales de salud.

Esta información será crucial para priorizar las necesidades de salud y diseñar las estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades de las que se apropiase la población.

## ***Respuesta del sistema de salud***

Los componentes anteriormente mencionados referentes al análisis de situación relativos a las necesidades de salud observadas y percibidas, permitirán contrastar la capacidad y el desempeño del sistema de salud para responder a esas necesidades. Se requiere información estructural y funcional del sistema de salud (información sobre sus pilares, infraestructuras y logística, recursos humanos, productos médicos y planes de equipamiento, gestión y financiación) y su funcionamiento en términos de actividades (consultas, ingresos, programas de salud pública, etc.).

Existen algunos criterios básicos que se deben tener en cuenta en el análisis del desempeño de un sistema de salud son: (i) el acceso; (ii) la cobertura; (iii) la eficiencia; (iv) la equidad; (v) la calidad; (vi) la seguridad; y (vii) la sostenibilidad.

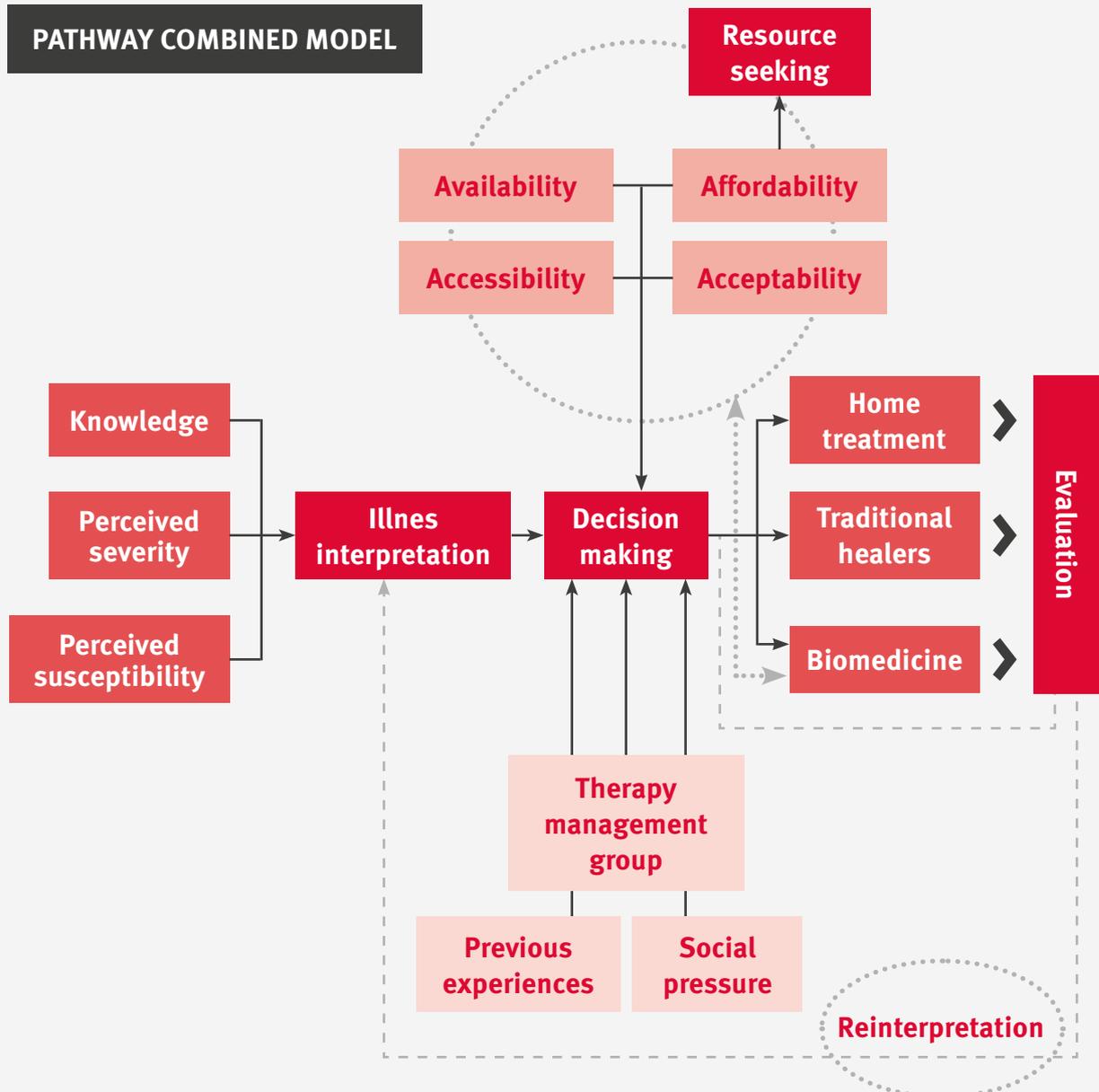
En concreto, el [acceso a la atención sanitaria](#) depende de realidades multidimensionales que ponen en la balanza cuestiones relativas a lo que se definen como factores de la oferta y la demanda. Desde la perspectiva de la oferta se deben contemplar cinco atributos relativos a la provisión de servicios:

- ✓ **Disponibilidad**
- ✓ **Accesibilidad**
- ✓ **Aceptabilidad**
- ✓ **Pertinencia/Adecuados**
- ✓ **Calidad**

Resulta especialmente interesante verlos dimensionados en relación con otros componentes relativos a la demanda que determinan el acceso y la utilización de los servicios y que plantean abordajes holísticos e interdisciplinarios (ver figura nº 3 de Muela & Hausmann 2007)<sup>24</sup>. El modelo de Muela & Hausmann integra los componentes de cuatro dimensiones que definen el [Health Seeking Behavior](#), válidas para el análisis destinado al diseño, la implementación o la evaluación de políticas de salud, ya sea para la promoción, la prevención, la asistencia o la rehabilitación : a) la interpretación émica<sup>25</sup> de la enfermedad, b) la toma de decisión en la búsqueda de ayuda, la utilización del recurso o adopción de conductas positivas para la salud, c) la búsqueda del recurso y d) y la evaluación final del resultado de la intervención terapéutica y de los terapeutas

## PROCESOS E ITINERARIOS EN LA BÚSQUEA DE SALUD: HEALTH SEEKING BEHAVIOR

Gráfico 6. Procesos e itinerarios en la búsqueda de salud: Health Seeking Behavior



Fuente: Hausman-Muela 2007

Asimismo, los [ICESCRs](#) (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) representan claramente las dimensiones de acceso a los servicios de salud que deben ser garantizados por cualquier Estado tomando con seriedad y responsabilidad el derecho a la salud de sus ciudadanos. Estas dimensiones de acceso a los servicios de salud se relacionan con el acceso geográfico, el acceso económico, aspectos socioculturales y a nivel de organización, en relación con la sensibilidad de los trabajadores de la salud con el idioma y las creencias de las comunidades, o el tiempo de espera para la atención y otros servicios.

La [accesibilidad geográfica](#) tiene que ser combinada con la [accesibilidad económica](#). Dada su complejidad y sensibilidad política y socioeconómica, no hay orientaciones claras a este respecto. El costo de acceso a los servicios de salud incluye desde la pérdida de ingresos durante el proceso de búsqueda de atención sanitaria, a los gastos de transporte, el pago por servicios de atención médica ambulatoria o ingreso hospitalario, el pago de los medicamentos u otros productos médicos, los gastos de rehabilitación y las repercusiones por la pérdida de ingresos, y las consecuencias económicas de cualquier efecto durante el período de discapacidad. Esta ecuación compleja debería relacionarse además con el nivel de ingresos y su equilibrio con las necesidades básicas de vida y del estado de salud (nutrición, agua) y vivienda, incluyendo los costos de energía pero también los costos de educación y de comunicación básicas. Esta canasta mínima de necesidades básicas diferirá mucho de un país a otro e incluso dentro de un mismo país.

Existen propuestas de [indicadores de acceso y condicionantes de acceso a servicios de salud](#) (ej. pag 173 de la guía de OPS incluida en la sección de referencias y websites).

Además de intentar una evaluación precisa de las diferentes dimensiones de la accesibilidad, es preciso conocer su efecto final, el cual se verá reflejado en los patrones de búsqueda de atención de salud y en la [cobertura de servicios de salud](#). Existe una [guía de la OMS](#) sobre el número previsto de nuevas consultas por persona y año (en torno a 1) y las metas establecidas (5 consultas externas/persona/año)<sup>26</sup>; no obstante, la gran variedad de carga de enfermedad cuestiona este objetivo fijado para todos los contextos. El análisis de situación debe proporcionar información sobre la [incidencia de las principales enfermedades agudas](#) y la [prevalencia de las principales enfermedades crónicas](#), lo que unido a las necesidades previstas para los servicios de salud reproductiva, la promoción de la salud y la detección temprana de enfermedades a través de los servicios de screening y los servicios de vacunación y nutrición, deberían poder revisar el nivel mínimo de servicios prestados. La cifra final se encontrará en encuestas de población sobre las estimaciones de la cobertura de servicios clave.

Otro aspecto fundamental en el análisis de la situación y de los componentes de acceso y el desempeño de los sistemas de salud es la [calidad de la atención](#), no solo a través de la evaluación objetiva del cumplimiento de los protocolos sino también la satisfacción percibida por los propios pacientes. Esto requerirá de encuestas dirigidas a los trabajadores de salud, revisión de los registros médicos y pacientes, entre otros.

### ***Análisis de las estrategias sanitarias nacionales***

El análisis de la estrategia sanitaria comprende además otros aspectos tales como:

- ✓ Compromiso del propio país en el ámbito de la salud: tal y como se refleja en las políticas sanitarias, la financiación y la implicación de la sociedad civil.
- ✓ Grado de asignación de recursos a las prioridades sanitarias.
- ✓ Mapeo de los principales actores en el ámbito de la salud, además del gobierno y evaluar el contexto de políticas para el sector privado y los proveedores no gubernamentales para su efectiva implicación en la estrategia nacional.
- ✓ Descripción de la cobertura de servicios básicos de salud.

- ✓ Análisis de la brecha de financiación y el nivel de alineamiento del apoyo externo al sector salud.

### ***Priorización de Necesidades y Servicios***

La selección de las prioridades debería basarse en las necesidades de la población y las limitaciones de los sistemas de salud para hacer frente a esas necesidades. Tal y como se ha visto con anterioridad, las necesidades de salud de las personas se evalúan, generalmente a través de un análisis cuantitativo/objetivo de la carga de la enfermedad y un análisis cualitativo/subjetivo de la percepción de las necesidades de las comunidades. La carga de la enfermedad se mide por los [AVAD \(años de vida ajustada por discapacidad\)](#), que combinan el efecto de los problemas de salud en la pérdida de años de vida saludable y productiva, debido a la discapacidad y a la muerte prematura. La OMS ha trabajado en las estimaciones mundiales y regionales<sup>27</sup>, que son una referencia a las principales enfermedades que causan problemas de salud a nivel de país y analizado en las revisiones y análisis de salud a nivel de país. La percepción de las comunidades de sus principales problemas de salud es también un elemento esencial para establecer prioridades, en relación con sus preocupaciones y con el fin de aplicar eficazmente los programas de salud y estrategias basadas en la participación comunitaria.

Además de la atención a los problemas de salud y sus causas, hay algunas áreas prioritarias relacionadas con el proceso de formulación o reforma de políticas y sistemas sanitarios para gestionar eficazmente la [atención sanitaria de una manera equitativa](#):

- ✓ El acceso universal a servicios de prevención y atención sanitaria básica, idealmente gratuita en el punto de prestación de servicios, así como la mejora de la eficiencia y calidad del sistema de salud en su conjunto. También se dará prioridad a la [atención primaria de salud](#) y la mejora de los vínculos y referencias entre los niveles y tipos de atención de salud relevantes (por ejemplo, centros de atención primaria, nivel de distrito y centros de referencia; públicos, privados y sin fines de lucro) y con otros sectores del desarrollo.
- ✓ Acelerar el progreso hacia la [igualdad de género](#), en términos de acceso y orientación de los servicios de salud.
- ✓ Abordar las barreras de acceso mencionadas anteriormente, como por ejemplo el [pago por servicios de los usuarios](#), las [barreras culturales a la utilización de los servicios](#), la [falta de personal](#) o la falta de [disponibilidad de medicamentos y equipamiento médico](#).
- ✓ Abordar los problemas de recursos humanos en relación a la capacitación, incluida la formación de profesionales de la salud de nivel paramédico o medio, como parte de estrategias para hacer frente a la crisis de recursos humanos sanitarios, o en relación a la distribución geográfica de los trabajadores de salud y la necesidad de proporcionar incentivos para fomentar el trabajo en zonas remotas o de difícil acceso.
- ✓ Abordar la falta de [capacidades](#), por ejemplo, en la planificación a nivel central, o funciones técnicas, como la planificación de recursos humanos. Puede conllevar a limitaciones en la realización de tareas o reformas (por ejemplo, elaboración de

una política sectorial, la descentralización, etc.) o la recolección completa, confiable y oportuna de datos sanitarios y procesamiento por parte de la oficina nacional de estadística.

- ✓ Elaboración de un [Marco de Gastos a Medio Plazo sectorial \(MGMP o MTEF\)](#) por sus siglas en inglés) para la salud en la que basar una visión plurianual coherente para el sector en términos presupuestarios.

## HERRAMIENTAS ÚTILES

En un análisis de situación desde la base, entre otros elementos se debe contemplar la combinación de datos epidemiológicos de encuestas realizadas en los núcleos familiares, datos institucionales con especificidad en ciertas prioridades sanitarias y la participación de la comunidad a través de discusiones en grupos focales o foros comunitarios de salud. Encuestas de salud como los MICS ([Múltiple Indicators Cluster Survey](#)) y las encuestas demográficas sanitarias DHS ([Demographic Health Survey](#)) son estadísticamente más representativas, pero no incluyen siempre datos cualitativos relacionados con las necesidades de la población ni una participación comunitaria significativa.

En el marco de la [Alianza sanitaria Internacional IHP+](#), se elaboró una herramienta para la evaluación conjunta entre donantes y el país socio de las políticas nacionales, el JANS (por sus siglas en inglés) que puede ser de gran utilidad en esta labor de análisis. La herramienta [JANS](#) tiene por objetivo: mejorar calidad de los planes, aumentar la confianza para la financiación y asistencia técnica y reducir los costes de transacción al ser un análisis conjunto y robusto de los sistemas de salud. Mediante 21 criterios y 50 características se revisan todos los distintos aspectos de un plan de salud: análisis de situación, procesos de elaboración, aspectos financieros y auditorías, gestión y aplicación del plan y resultados, seguimiento y evaluación (ver estudio de caso).

La OMS ha desarrollado una serie de herramientas para ayudar a los países y los asociados, entre otros, la base de Datos de País sobre el [Ciclo de Planificación y Repositorio](#), que ahora también incluye información básica sobre los proyectos financiados por la Unión Europea. La OMS y la OPS disponen también de encuestas sobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y listas de indicadores de morbimortalidad por países.

Existen además multiplicidad de informes con indicadores de morbimortalidad de las diversas iniciativas globales y organismos internacionales, que ofrecen tanto datos a nivel nacional como regional o global.

Las [encuestas CAP](#) son técnicas cuantitativas que brindan información descriptiva útil para evaluar la distribución del conocimiento de la comunidad, prácticas y actitudes en proyectos de gran escala, así como para evaluar los cambios después acciones IEC, pero no proporcionan explicaciones de por qué las personas se comportan de una manera u otra. Por esta razón son insuficientes para interpretar la complejidad multifactorial del comportamiento de búsqueda de atención para la salud (health seeking behavior/

HSB). Desafortunadamente, con frecuencia los estudios CAP se utilizan erróneamente bajo el supuesto de que existe una relación directa entre el conocimiento y la acción, omitiendo variables y procesos del HSB que solo se pueden investigar con metodologías más complejas. Por tanto se trata de una herramienta valiosa cuando es utilizada adecuadamente.

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Aplicación del JANS en Etiopía

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

En 2009, el Ministerio de Salud etíope comenzó a elaborar el IV Plan Nacional de Desarrollo del Sector Salud (HSDPIV, por sus siglas en inglés) que abarcaría los siguientes cinco años (2010-2015). Tanto el Ministerio como los socios de cooperación estuvieron de acuerdo en que sería una buena oportunidad para aplicar la herramienta JANS y analizar la versión o del plan bajo esos criterios. Este proceso se llevó a cabo de febrero a julio de 2010. En él participaron principalmente el propio Ministerio así como el Banco Mundial, DFID, OMS, FNUAP, Cooperación Italiana y Cooperación Española y organizaciones de la sociedad civil. El JANS fue liderado principalmente a nivel federal por el Ministerio, pero las regiones también estuvieron representadas en las consultas.

### CONTEXTO

La aplicación del JANS a la elaboración y revisión del IV plan nacional no fue un hecho aislado en el tiempo, sino que formó parte del proceso de armonización y alineamiento que estaba liderando el Ministerio junto con el DFID y la Cooperación Española en el país. Durante el año anterior, 2008, se elaboró y firmó un código de conducta, el **Compact del IHP+**, se diseñó un **mecanismo de financiación** que cumpliera los principios de eficacia de la ayuda (fondo común) y se firmó el **Memorando de Entendimiento** conjunto del mismo.

El fondo común en salud, *MDG Performance Fund*, es el único instrumento de cooperación con enfoque programático en el sector en el país. La intervención está registrada en el Presupuesto General del Estado, y para su ejecución sigue todos los procedimientos nacionales. El *MDG Fund* fue diseñado para cubrir la **brecha financiera en las áreas que están subfinanciadas en el país**: salud materna, infraestructura hospitalaria, compra de anticonceptivos y medicamentos básicos, recursos humanos, etc. Aunque el fondo cuenta ya con 10 contribuyentes, todavía los mayores socios de cooperación en el sector en el país (USAID, UNICEF y Fondo Global) siguen sin armonizarse, mantienen reuniones, misiones y grupos de diálogo (CCM) separados y utilizan un enfoque centrado en enfermedades específicas, en vez de uno integral para fortalecer todo el sistema de salud.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

El proceso de diálogo para el JANS se organizó de la siguiente forma:

1. En primer lugar, se llevó a cabo una **misión de evaluación en febrero de 2010** formada por OMS, BM, Fondo Global y ONUSIDA. Con esta misión se pretendía: (i) explicar el valor añadido JANS al Ministerio, (ii) comprobar la voluntad del Ministerio y llegar a un consenso, (iii) apoyar al Ministerio en mejorar el plan y en aumentar la confianza de los donantes en el mismo.
2. Se estableció un **equipo coordinador en terreno** (Ministerio, BM, DFID, OMS, FNUAP y Cooperación Italiana) y se elaboró un plan de trabajo.
3. La revisión del plan se llevó en **dos fases**: primero solo revisaron la versión o los actores en el país, después se unieron expertos internacionales para la versión 1. Se crearon **tres grupos de trabajo** para abarcar los distintos apartados del JANS. Cada grupo fue copresidido por un donante y un representante del Ministerio. Entre los participantes hubo donantes, organizaciones de la sociedad civil y ONGs. Además se ofreció la posibilidad de que otros actores hicieran comentarios por escrito a los grupos de trabajo o asistieran como observadores a las reuniones. La mayor parte de los comentarios se reflejó en la nueva versión del HSDP.
4. Como la participación de la **sociedad civil** en la primera fase había sido muy limitada, se organizó un taller específico a principios de julio para recoger sus comentarios y sugerencias e incluirlas en la versión 1 del plan.
5. También se llevó a cabo un **taller final** con actores nacionales e internacionales a finales de julio. El Ministro y los representantes de los tres grupos de trabajo presentaron los insumos recogidos por todos los actores durante todo el proceso y se discutieron las conclusiones en plenario y las recomendaciones se incluyeron en el plan

## LECCIONES APRENDIDAS

El **proceso** fue inclusivo, independiente y transparente. Se utilizó el JANS en el **momento adecuado** del país y los **costes de transacción** del JANS fueron muy bajos. Esta consulta supuso la **primera oportunidad para las organizaciones de la sociedad civil** para participar de forma activa y sistemática en un documento de planificación estratégica con un marco temporal de cinco años. La segunda ronda de comentarios fue mucho más útil porque estuvo mejor organizada, la versión 1 sobre la que se hicieron comentarios en esta segunda ronda estaba mucho más aterrizada, los actores conocían mejor la herramienta JANS.

## RETOS

A pesar de que el diálogo fue inclusivo y se reflejó en un plan comprensivo y adecuadamente priorizado por todos los implicados, en el cortomedio plazo no obtuvo algunos de los resultados esperados tales como: (i) **mayor armonización y alineamiento** de los principales donantes en el sector de salud (Fondo Global, USAID) que siguen sin utilizar los mecanismos conjuntos de financiación del plan, (ii) **reducción del número de misiones y análisis financieros suplementarios y separados** por parte de los donantes, (iii) fortalecimiento del rol de la sociedad civil, como principal agente para exigir la rendición de cuentas del gobierno y la mejora de la calidad de los servicios.

Para futuros ejercicios se debería: (i) poner más énfasis en la revisión de **aspectos financieros** (riesgo fiduciario) o establecer mayores sinergias con otros análisis (para cubrir necesidades de todos donantes), (ii) asegurar algún tipo de **compromiso formal/acuerdo vinculante** por parte de los donantes sobre previsibilidad de la financiación ya que, de otro modo, el plan nacional y la herramienta JANS pierden utilidad, (iii) **“alinearse” el diálogo** en las sedes de los países donantes y de las iniciativas globales con estos procesos en terreno para que esta herramienta pueda promover realmente un diálogo de políticas efectivo que lleve a obtener los resultados esperados en el país.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [WHO. A framework for national Health policies and plans. June 2010.](#)
- ✓ [USAID. Health Systems Assessment Approach: A howto manual, 2007.](#)
- ✓ [OPS. Lineamientos metodológicos. Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Washington 2006.](#)
- ✓ [Guidelines for EC support to sector programmes.](#)
- ✓ [HausmannMuela, S., Muela Ribera, J. & Nyamongo, I., 2003 HealthSeeking Behaviour and the Health System Response,DCPP \(Disease Control Priorities Project\), DCPP Working Papers Series.](#)

### WEBSITES

- ✓ [www.who.int/gho/es](http://www.who.int/gho/es) (Observatorio mundial de la salud)
- ✓ <https://apps.who.int/infobase/>
- ✓ <http://www.who.int/healthinfo/statistics/regions/en/>
- ✓ <http://www.nationalplanningcycles.org>
- ✓ [www.who.int/.../Long\\_90\\_%20min\\_Questionnaire%20\(Spanish\).pdf](http://www.who.int/.../Long_90_%20min_Questionnaire%20(Spanish).pdf)
- ✓ [http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA\\_Indicators.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_Indicators.pdf?ua=1)

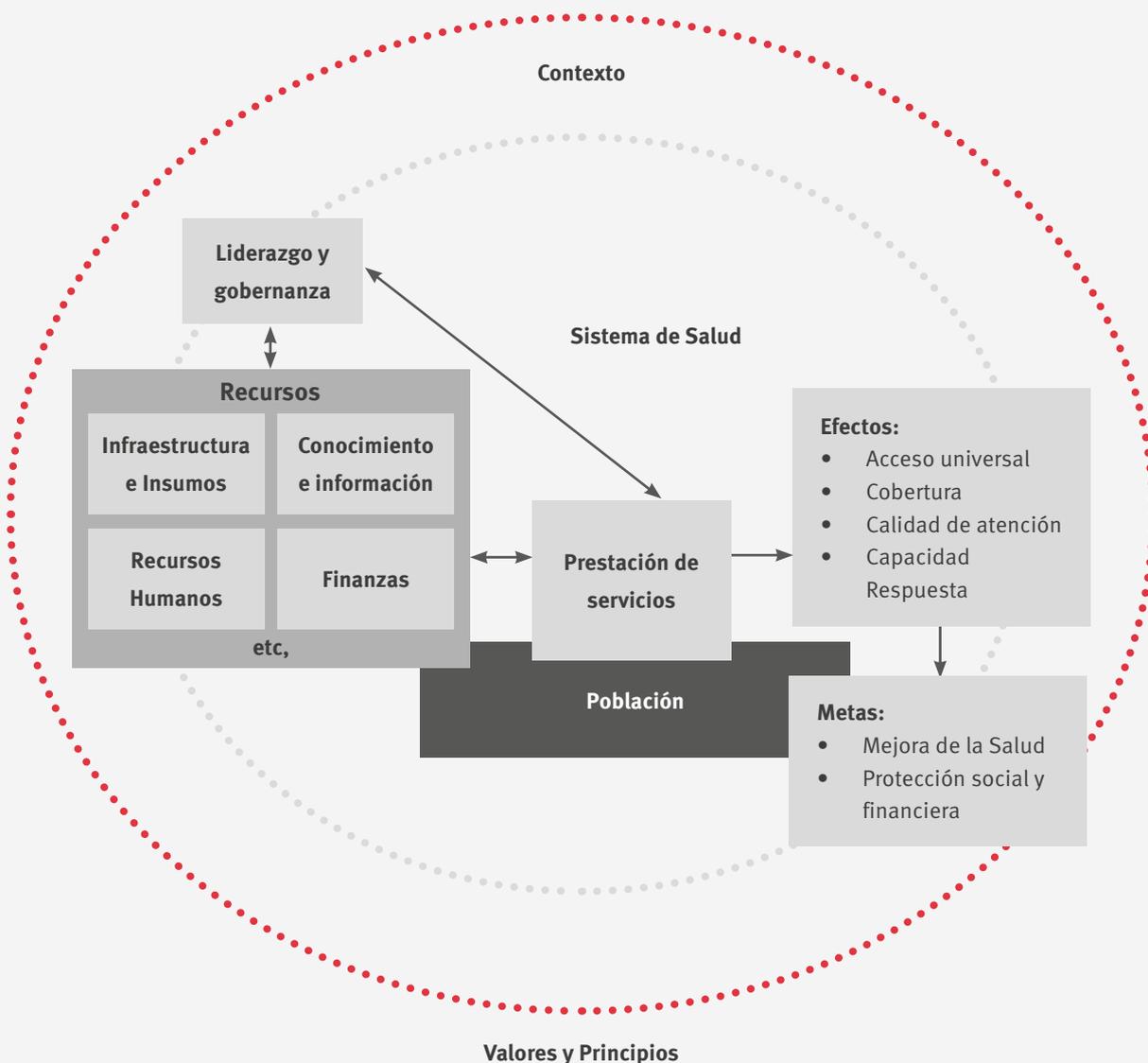
## 2.2 ESTRATEGIAS SANITARIAS

### CONCEPTO

Las políticas, estrategias y planes no son fines en sí mismos. Son parte de un proceso más amplio que tiene como objetivo alinear las prioridades del país con las necesidades sanitarias y los retos de salud reales de la población, a través de la implicación del gobierno, los socios de salud y desarrollo, la sociedad civil y el sector privado, y hacer un mejor uso de todos los recursos disponibles para salud para que todas las personas en todos los lugares tengan acceso a una atención sanitaria de calidad y, como resultado, puedan vivir por más tiempo y de forma saludable.

La [organización de la atención sanitaria](#) implica decisiones acerca del mejor tipo de servicios que pueden ser ofrecidos (paquete básico de servicios/actividades), a través de qué plataformas y qué tipo de proveedores. Dichas decisiones dependen de las características de las intervenciones, la capacidad de los prestadores de servicios, la carga de enfermedad, y cuestiones que determinan el estado de la salud de la población que van más allá de la enfermedad o la prestación de servicios, etc. La organización de la atención sanitaria es en parte el resultado de la planificación en los diferentes niveles para una población bien definida, en base a los retos que vienen determinados por cuestiones intersectoriales que afectan la salud de esta población, la conceptualización del binomio salud/enfermedad, sus preferencias y comportamiento, así como la interacción con los prestadores de servicios. El gráfico siguiente muestra los diversos elementos que hay que contemplar.

Gráfico 7. Marco de organización y prestación de los servicios de salud

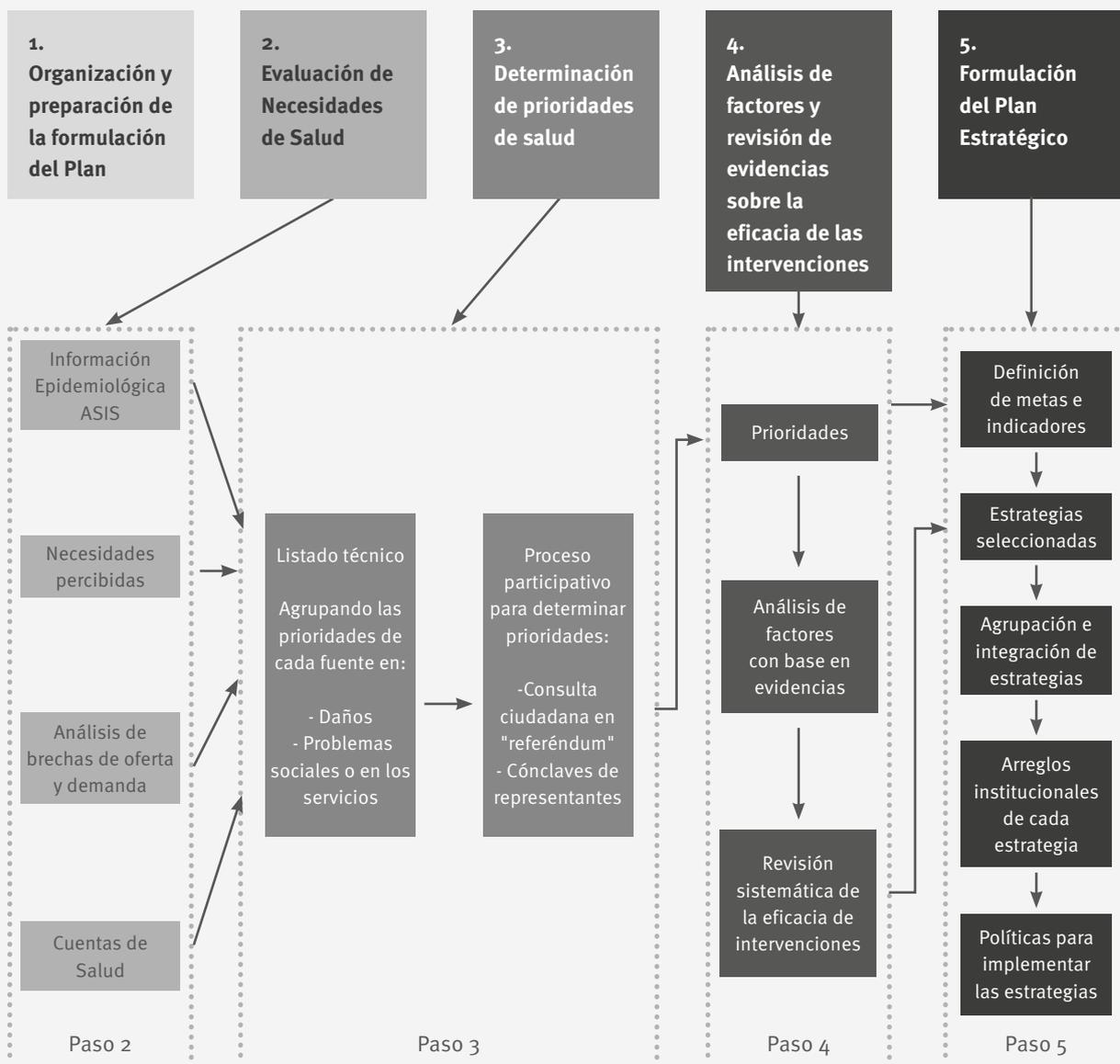


Fuente: Studies in Health Services Organization & Policy, 27, 2010

### ***Diseño participativo y basado en la evidencia de una Estrategia Sanitaria Nacional (ESN)***

Esta forma de planificación integra a los tomadores de decisión (autoridades), prestadores de servicios (no sólo del sector salud), la sociedad civil, y ciudadanos, en procesos participativos, políticos y técnicos. La integración se hace de forma articulada y sistemática con procesos claramente identificados y planificados durante cada paso. Se distinguen tres tipos de procesos participativos: político, social y técnico. La participación de los actores sociales asegura la legitimidad y sostenibilidad del plan, y se ajusta más a las necesidades y los retos reales que determinan la salud de la población a la que beneficiará. No obstante la implementación de los planes de salud depende no sólo del tipo de participación sino también de las condiciones sociopolíticas en el que se desarrolla, y de la metodología de planificación que combinen adecuadamente el componente técnico, político y social del plan. El siguiente gráfico muestra los pasos a seguir.

Gráfico 8. Proceso de Formulación del Plan Estratégico participativo Basado en la Evidencia



Fuente: USAID Perú/PRAES<sup>28</sup> 2006

### **Definición de un Paquete Básico de Atención Sanitaria de financiación pública (PBAS)**

La definición del grado de resolución de los servicios de salud por niveles de atención, es la piedra angular de cualquier sistema de salud. En países de bajos ingresos, generalmente se promueve el [Paquete Integral y Eficiente de Promoción y Atención de la Salud](#) (CEHPCP por sus siglas en inglés) como una manera eficaz y eficiente de mejorar la prestación de servicios de salud con el mínimo nivel de recursos públicos. Consisten en un conjunto de intervenciones consideradas como más costoefectivas, asequibles y aceptables para abordar las condiciones relacionadas con la salud y servicios clínicos, que se proporcionan a nivel de atención primaria y/o secundaria, y que varía en cada país según el nivel económico y la situación epidemiológica y social<sup>29</sup>.

La prestación de servicios de atención de salud "integrales" con el umbral mínimo de recursos públicos para la salud, requerirá un uso eficiente de los mismos. Esto se traduce en la elección de protocolos de mayor costoutilidad clínica (para todas las condiciones: integrales), las intervenciones más eficaces de promoción de la salud y prevención de enfermedades (selección: pertinentes), con el mejor costoutilidad (garantizando una calidad mínima) en la definición de tareas por niveles de profesionales (aplicando la delegación de tareas "[task shifting](#)").

El paquete del [AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia](#), en el que diferentes programas implementan una serie de intervenciones prioritarias para la supervivencia infantil, es un buen ejemplo.

Los paquetes son de gran utilidad si se considera como un instrumento político, más que como un ejercicio puramente técnico. Su desarrollo puede ayudar a promover el diálogo sobre las prioridades de salud, y la estructura de las negociaciones sobre *quién* debe entregar *qué* y *dónde*, con el fin de conseguir una mejor relación calidadprecio. Un conjunto de servicios básicos de salud no puede desarrollarse al margen de consideraciones prácticas en su aplicación, ya que tiene implicaciones en la organización de servicios, la gestión de sistemas de apoyo y de financiación. Los paquetes, al ser explícitos, pueden al menos en teoría contribuir a mejorar la rendición de cuentas<sup>30</sup>, tanto del país como del socio/donante, a su ciudadanía.

En 2011 la OMS, junto a la Aga Khan University, la Alianza para la Salud Materna, Neonatal e Infantil y otras instituciones realizó una revisión global para recopilar evidencia existente sobre el impacto de las diferentes intervenciones sobre las principales causas de muerte materna, neonatal e infantil. Este ejercicio sirvió como un primer paso hacia un consenso sobre el contenido de los [paquetes de RMNCH](#) de las intervenciones en cada nivel de la atención sanitaria a través de la continuidad de la atención, facilitar la ampliación de estas intervenciones e identificar lagunas en la investigación en el contenido de los paquetes principales de las intervenciones. En total se definieron 56 Intervenciones, Productos y Directrices Esenciales referentes a la Salud Reproductiva, de la Madre, el Recién Nacido y el Niño teniendo en cuenta su factibilidad en países con recursos limitados.

No obstante existen muchas controversias al respecto, que van desde el enfoque más radical de derechos, al pragmatismo económico ortodoxo. El primero, basado en la dimensión de la universalidad del derecho a la salud y el objetivo de la OMS del disfrute de la mejor calidad de salud para toda la población, defiende "todos y los mejores servicios para todos". Este enfoque, si bien es esencial para impulsar una agenda internacional que permita la distribución de los recursos necesarios para ese fin, podría distorsionar el uso de los recursos – siempre limitados disponibles a corto y medio plazo y provocar, en definitiva, una baja eficiencia y un costo/oportunidad traducido en carga de enfermedad y muertes prematuras. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de un tipo de cáncer complejo supondría un costo utilidad de más de 1.000 \$ / AVAD, tres veces mayor a la media de los recursos disponibles para la carga global de enfermedad (AVAD totales), corriendo el riesgo de traducirse en la reducción de recursos para intervenciones preventivas o clínicas con un costo utilidad menor. Por otro lado, el enfoque económico – más pragmático, restringe los servicios principalmente a través de dos argumentos: por un lado, limitando la distribución del PIB o de los presupuestos nacionales, del gasto público en salud y servicios sociales a los umbrales que se cree promueven eventualmente el crecimiento y el aumento de las condiciones de vida y el poder adquisitivo. Por otro lado, la búsqueda de mayor eficiencia en base a los recursos limitados disponibles, tiende a centrar y restringir la atención a intervenciones con externalidades económicas (por ejemplo, el control de las enfermedades transmisibles) también vinculados con preocupaciones acerca de la seguridad sanitaria mundial, y un costo/AVAD más bajo (por ejemplo, algunas vacunas).

Existen multitud de referencias bibliográficas en la literatura y un gran debate sobre los criterios para definir el contenido de un PBAS. El cuadro siguiente puede servir de guía para el diálogo de políticas.

La elaboración del paquete esencial debe tener en cuenta las siguientes cuestiones:

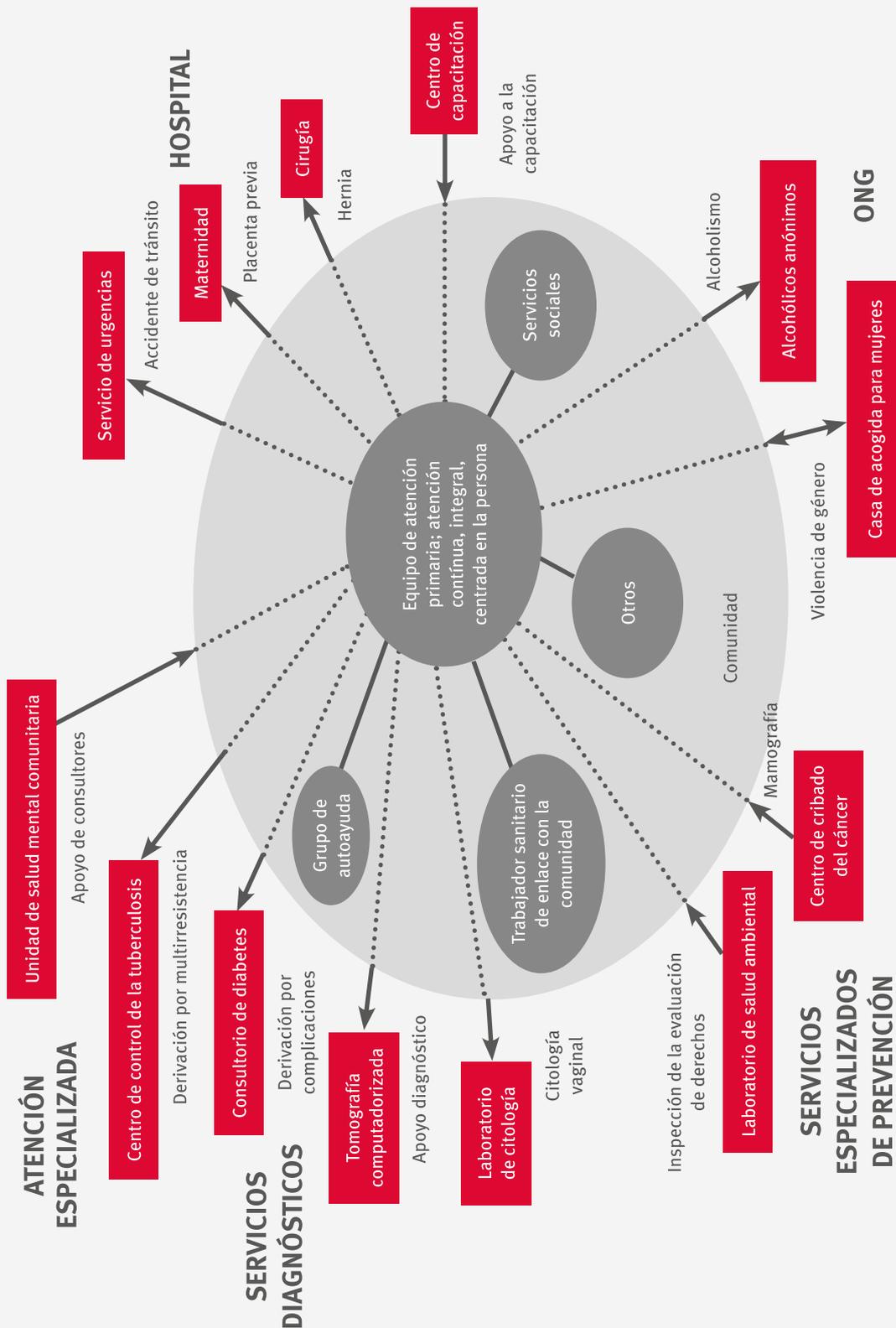
- » ¿Para qué queremos un paquete básico de atención sanitaria? ¿Para qué se va a utilizar? ¿Quiénes se espera que se beneficien? En caso de pretender priorizar las poblaciones peor atendidas, estamos siendo realistas acerca de su capacidad de acceder al nuevo PBAS?
- » ¿Cómo lo definimos? ¿Costes? ¿Qué trabajo se necesita hacer? ¿Quién debería participar en su elaboración?
- » ¿De qué plazo de tiempo estamos hablando en términos de lograr su implementación?
- » ¿Qué proveedores se espera que implementen el PBAS? ¿Cómo van a ser apoyados? ¿Qué cambios precisan hacerse respecto a las asignaciones presupuestarias, la capacitación y la distribución del personal de salud; listas de medicamentos, formularios de notificación, etc.?
- » ¿Cómo se financiará el PBAS? ¿Se requieren nuevos recursos, o se pueden redistribuir los recursos de programas o infraestructuras ya existentes? ¿Cuál es el plan en caso de que el coste exceda enormemente los recursos disponibles? ¿Cuál es el coste de oportunidad para financiar este PBAS?
- » Seguimiento en su aplicación: ¿cómo se realizará? ¿Quién va a revisar los resultados? ¿Quién es responsable de tomar medidas cuando sea necesario?

### ***Prestación de Servicios sanitarios (niveles y referencias)***

El núcleo de un sistema local de salud es la [atención primaria](#), que constituye la primera línea de contacto con los servicios de salud y donde se solucionan la mayoría de problemas de salud de la población asignada. La función de coordinación que todo esto entraña, transforma efectivamente la imagen clásica de una pirámide con el hospital y servicios especializados en la parte superior y con una serie de centros de salud (públicos) que remiten a la autoridad superior abajo, en una [red](#), donde las relaciones entre el equipo del primer nivel de atención y los demás servicios e instituciones ya no están basadas únicamente en una jerarquía verticalista y en la derivación hacia arriba, sino en la cooperación y la coordinación (ver gráfico siguiente) de todos con un enfoque de Atención Primaria de Salud.

El equipo del primer nivel de atención se convierte así en el mediador natural entre la comunidad y los demás niveles del sistema de salud, ayudando a las personas a orientarse en el laberinto de los servicios de salud y movilizando el apoyo de otros centros y niveles de atención, ya sea mediante la derivación de los pacientes o recurriendo a otros servicios especializados. Esta función de coordinación y mediación se extiende también a la colaboración con otro tipo de organizaciones y socios, a menudo no gubernamentales, que pueden facilitar un apoyo importante a la atención primaria local, para garantizar que las personas sepan a qué tienen derecho y cuáles son los mecanismos de participación democrática para asegurar que se satisfagan las necesidades esenciales.

Gráfico 9. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos.



Fuente: OMS. Informe Mundial de la Salud 2008

## ***Establecimiento de Objetivos, metas e indicadores (vincular con marco lógico)***

La organización de los servicios de salud requiere un proceso de planificación cuidadosa que contemple las cuatro funciones básicas de un sistema de salud de forma integrada, coherente y armónica: la rectoría, la financiación, la generación de recursos y la provisión de servicios. En base a las directrices de políticas, la cooperación española utiliza la matriz de planificación del [marco lógico](#) en la que se determinan los objetivos general y específicos, las acciones a llevar a cabo, las metas en un período estipulado y los indicadores, con el fin de poder hacer una gestión para resultados de desarrollo y mejorar la rendición de cuentas (ver apartado de herramientas).

Se debe dar respuesta a algunas preguntas clave:

- ✓ ¿Dónde estamos hoy?
  - Análisis de situación.
    - ¿qué hacemos?
    - ¿para quiénes los hacemos?
    - ¿qué capacidades tenemos?
    - ¿qué resultados tenemos?
    - ¿qué problemas enfrentamos?
    - ¿cómo lo hacemos?
    - ¿en qué colocamos los recursos?
  - Análisis de los Propósitos, la Finalidad, Limites y Valores
- ✓ ¿Dónde queremos ir, para qué y para quién?
  - Objetivos y resultados esperados, metas
- ✓ ¿Cómo podemos llegar a donde queremos ir?
  - Comprender las prioridades
  - Identificar alternativas. Qué intervenciones y estrategias se requieren
  - Qué decisiones debemos tomar.
- ✓ ¿Cómo sabremos cuándo hemos llegado?

## ***Reforma Hospitalaria***

La [reforma del sector de la salud](#) consiste en un proceso orientado a introducir cambios de fondo en las diferentes entidades y funciones del sector con el fin de aumentar la equidad de los beneficios, la eficiencia del manejo y la eficacia de las acciones, respondiendo de esa forma a las necesidades de salud de la población. No obstante, una reforma del sector salud implica mucho más que simplemente cualquier mejora en la salud o atención a la salud. La definición contempla cambios “sostenidos”, con impacto perdurable, “útil”, en el sentido de que emerge de un proceso racional, planificado, basado en la evidencia y “fundamental”, es decir, aborda ámbitos relevantes y estratégicos de los sistemas de salud (Berman, 1995)

## ELEMENTOS DE UNA REFORMA PÚBLICA

- » Capacidades de planificación nacional.
- » Gestión pública financiera.
- » Aprovisionamiento público.
- » Reestructuración del servicio público: mandatos y funciones.
- » Reforma función pública: gestión de personal.
- » Sistemas estadísticos y de información.
- » Descentralización.
- » Mantenimiento de las infraestructuras públicas y equipamiento.
- » Capacidad de respuesta de los clientes/ usuarios.
- » Gobernanza democrática y sistemas de rendición mutua de cuentas.
- » Reforma legal y constitucional.
- » Gestión de la ayuda y armonización de donantes.
- » Aspectos clave relativos al sector privado que requieran apoyo del gobierno, regulación o cualquier tipo de intervención.

El origen de la reforma varía según los países. La mayoría de los países y muchas veces, existe cierto grado de influencia impulsada desde afuera por los organismos donantes y de desarrollo. En el diálogo de políticas, es importante considerar los diferentes elementos de la reforma del sector público que se están llevando a cabo en cada país<sup>31</sup>:

Los hospitales públicos suelen ser los principales proveedores de atención sanitaria en la mayoría de países de bajos ingresos y la construcción y el funcionamiento de los hospitales absorbe la mayor parte del gasto sanitario. Una de las principales estrategias de reforma de la atención sanitaria es la reforma pública hospitalaria hacia una mayor autonomía, fuentes alternativas de financiación y mayor eficiencia de los recursos.

Existen tres iniciativas principales en la mejora de la eficiencia hospitalaria: (i) Uso más eficiente de los recursos disponibles en el sistema sanitario, revisando por ejemplo el número y distribución de hospitales, con el fin de mejorar la asignación de recursos entre hospitales y regiones; (ii) Mejora de la autonomía hospitalaria, mejorando la gestión hospitalaria mediante la definición de responsabilidades claras para su funcionamiento y facilitando la toma de decisiones a nivel local en base a las prioridades y condiciones locales, en lugar de tener que ceñirse a las decisiones y regulaciones definidas a nivel central; (iii) Introducción de medidas para hacer un mejor uso de los recursos disponibles para el sector hospitalario, por ejemplo a través de la reducción del desperdicio y el abuso en la compra de suministros, utilizando medicamentos genéricos en vez de medicamentos originales de laboratorios, la mejora de los procedimientos y la racionalización de los niveles de personal para lograr mejor rendimiento. Etiopia puso en marcha un modelo de mentoría con Asociados para mejorar la capacidad de gestión hospitalaria que podría ser útil para otros países con recursos limitados<sup>32</sup>.

## ***Modelos de Implementación***

Los sistemas de salud se enfrentan a dos grandes desafíos que obstaculizan el progreso hacia el fortalecimiento de sistemas de salud equitativos y de calidad: la segmentación del sistema de salud y la fragmentación de los servicios de salud. En términos organizacionales, los modelos segmentados se caracterizan por la existencia de múltiples esquemas de financiamiento y aseguramiento donde coexisten uno o varios subsistemas públicos y diversos financiadores/aseguradores privados que compiten en el sector salud. Estos diversos esquemas de financiamiento generan a su vez organizaciones de provisión de servicios de salud fragmentados, sin coordinación, que prestan paralelamente servicios de salud a los segmentos poblacionales o problemas de salud definidos por los financiadores.

La fragmentación es, a su vez, un obstáculo importante para el buen desempeño de los servicios y sistemas de salud ya que impide la prestación de servicios integrales, debilita la capacidad rectora de la autoridad sanitaria nacional y limita la disponibilidad de recursos humanos calificados. Ello conlleva una descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, la duplicación de servicios e infraestructura<sup>33</sup>.

Frente a dichos modelos, la AECID apuesta por un enfoque integrado e integrador como seña de identidad del sector salud, definida en su [Plan de Actuación PAS Salud](#). En este sentido, la AECID ha venido apoyando iniciativas como el [Modelo Incluyente de SaludMIS](#), en países como Bolivia Guatemala, Perú, llevado a cabo por la ONGD [Medicus Mundi](#), que aborda los distintos niveles de atención (individual, familiar y comunitaria) con diferentes enfoques (derecho a la salud, género, interculturalidad, medioambiente). Otro modelo de intervención diferente apoyado por al AECID es la [Iniciativa Salud Mesoamérica 2015](#), una asociación públicoprivada entre [B&MGF/ICSS](#) y el [Gobierno de España](#) donde el BID actúa como fiduciario y gestor, para reducir las brechas de equidad en salud en Mesoamérica que enfrentan sus poblaciones en extrema pobreza.

En la región de las Américas, el Consejo Directivo de la OPS reunido en septiembre 2009 aprobó la [resolución CD49.R22](#) sobre [Redes Integradas de Servicios de Salud \(RISS\)](#) basadas en la Atención Primaria de Salud. En su parte resolutive se insta a los Estados Miembros “a que elaboraren un plan nacional de acción que busque impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país”.

La propuesta de RISS introduce catorce atributos esenciales que, a su vez, se enmarcan en cuatro ámbitos de abordaje, uno de los cuales lo constituye la organización y gestión. La conformación de RISS requiere políticas y estrategias para la gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; la gestión integrada de recursos humanos para garantizar suficiencia, competencia y que los trabajadores de la salud se sientan valorados por sus organizaciones; sistemas de información integrados que vinculen a todos los miembros de la red y la generación y consolidación de una cultura de gestión basada en resultados como garantía de la rendición de cuentas y la transparencia. Todo esto implica promover la adquisición de nuevas competencias (nuevas políticas y programas de formación), el fortalecimiento de la gestión (políticas, sistemas administrativos, etc.) y de los gestores (liderazgo, autoridad, adquisición de nuevas competencias).

## RETOS

- ✓ Mejorar el grado de alineamiento y coordinación a través del diálogo de políticas y vinculando las estrategias de los países socios con las de la AECID, tanto en resultados de desarrollo como en ciclos de programación y financiación, etc.
- ✓ Asegurar la coherencia con las [líneas estratégicas del PAS-Salud de la AECID](#) referente al fortalecimiento de sistemas de salud a través de un enfoque más integral de apoyo a los planes nacionales de salud y el apoyo a la necesaria integración de los programas prioritarios de la salud infantil, la salud sexual y reproductiva y las enfermedades transmisibles y no transmisibles en dichos planes. Una integración que es clave para disminuir los costes de transacción de las intervenciones en salud evitando la fragmentación pero que, además, aseguran también la sostenibilidad, el enfoque de equidad y la coherencia institucional para nuestra cooperación en salud mundialmente no sea la simple adición de resultados aislados logrados en diferentes países sino la integración de un enfoque sectorial de salud global que impacte a través de resultados locales en una mejor y mayor salud global.
- ✓ Equilibrar los efectos de la incidencia en el escenario internacional, de los lobbies más eficaces en defensa de los derechos (en las últimas décadas, los activistas contra el VIH/SIDA), las instituciones económicas más influyentes/condicionantes (por ejemplo, el [Banco Mundial](#)) y los socios más preocupados por la seguridad (los [donantes del CAD](#)), cuyas prioridades, con muy buenas intenciones, están muchas veces lejos de la universalidad del derecho a la salud y acceso a servicios de salud (por ejemplo, rara vez incluyen el derecho de los pacientes diabéticos o discapacitados o enfermos mentales que no tienen acceso al diagnóstico y tratamiento en las zonas rurales) y que distorsionan la asignación de los servicios por parte de las intervenciones orientadas de forma aislada para condiciones a un alto costo utilidad y, por lo tanto, de alto costo oportunidad.

## HERRAMIENTAS ÚTILES

El [marco lógico](#) es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Se centra en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y facilitar la participación y la comunicación entre las partes involucradas. Puede utilizarse en todas las etapas del proyecto: programación, identificación, orientación, análisis, presentación ante los comités de revisión, ejecución y evaluación expost. Se usa para incrementar la coherencia en la planificación de los proyectos, relacionar los múltiples objetivos con las actividades de los proyectos, clarificar funciones y responsabilidades y evaluar los resultados esperados versus los resultados reales. Fomenta la participación a través de un riguroso proceso de análisis de las personas y entidades que tienen un interés legítimo en el proyecto.

[Herramienta de Evaluación de Desempeño para la Mejora de la Calidad en los hospitales \(PATH\)](#). El marco para la evaluación del desempeño abarca seis dimensiones: cuatro dominios (efectividad clínica, eficiencia, orientación del personal y capacidad de respuesta en la gobernanza) y dos perspectivas transversales (seguridad, atención centrada en el paciente).

La [Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud \(MGPS\)](#) es un método de gestión desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para dar respuesta a los enfoques y prácticas emergentes en la gestión de los servicios de salud y que se orienta a la organización y gestión óptima de los servicios en la construcción de sistemas de salud basados en APS. Ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y del control de los acuerdos de gestión; y para la generación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad.

La OMS dispone de la herramienta [“Choosing Interventions that are Cost Effective” \(CHOICE\)](#) compila bases de datos regionales respecto a intervenciones claves en salud y sus costes, impacto en la salud de la población y costeeficacia.

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Aplicación de Paquetes de Atención Sanitaria en Bangladesh<sup>34</sup>

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El Paquete Esencial de Servicios (PES) definido en Bangladesh se concentra en aquellos servicios que podrían tener mayor impacto en la población más vulnerable, prestados a través de aquellos establecimientos de salud más utilizados por dichos grupos. El enfoque combina, por tanto, una población diana específica y la provisión específica de servicios con el fin de mejorar el coste-efectividad del gasto. La estrategia central es la financiación de un paquete de servicios básicos a nivel de sub-distrito y comunitario, basados en la evidencia en otros países (GBB 1998), incluyendo la salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual; la salud infantil; el control de las enfermedades transmisibles; atención curativa limitada (concentrada en primeros auxilios en el caso de lesiones traumáticas, emergencias quirúrgicas y médicas, asma, enfermedades dermatológicas, oftalmología, odontología e infecciones de oído); y un programa de comunicación para cambios de comportamiento de forma transversal a través de todos los componentes del PES.

### CONTEXTO

Desde 1998, el gobierno de Bangladesh ha venido implementando el enfoque sectorial-SWAP en el sector salud denominado “Programa del Sector de la Salud y Población” (HPSP por sus siglas en inglés). El objetivo es el de concentrar los esfuerzos del gobierno y los donantes en los problemas de salud a los que se enfrenta el país de una manera coordinada y racional. La estrategia central de este enfoque es un Paquete Esencial de Servicios que pretende dirigirse a los más vulnerables- los pobres, las mujeres y los niños.

Bangladesh gasta aproximadamente 11 US dólares per cápita en atención sanitaria, de los cuales, tan solo 3 US\$ dentro del sector público. La evidencia sugiere que durante el segundo año de aplicación del HPSP entre el 60-70% del gasto público se asignó al PES.

### MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICAS

Bajo el SWAP, una parte significativa de la financiación de los donantes y el gobierno se realiza a través de un fondo común. No obstante la falta de familiaridad con los métodos de aprovisionamiento provocó un retraso en el gasto sobretodo en los dos primeros años, resultando un 12% por debajo del presupuesto planificado. Ello tuvo repercusiones en aquellos componentes del PES no financiados mayormente a través de fuentes de financiación bilateral por parte de los donantes y del gobierno, como la salud materna (tan solo el 40% de lo planificado en el HPSP). Es importante destacar que, a pesar de que ni el SWAP ni la introducción del PES resultó en un aumento significativo de flujos de financiación, el reporte del gasto por tipo de servicio aseguró una mayor atención acerca del grado de alineamiento de los recursos con los objetivos establecidos en las políticas.

## LECCIONES APRENDIDAS

Los paquetes esenciales deben considerarse como un proceso institucional y de políticas. La implementación exitosa implica diálogo sobre la finalidad y el diseño; decisiones relativas a la financiación y la prestación de servicios; y la adaptación en el tiempo. Sin una implicación nacional adecuada, un PBAS es poco probable que se implemente independientemente del apoyo de los donantes. Los paquetes básicos de atención sanitaria (PBAS) no son una solución para una gestión deficiente. La aplicación tiene implicaciones para las asignaciones presupuestarias; las listas de medicamentos esenciales, la distribución y la formación de los trabajadores de salud; y los sistemas de información.

En el caso de Bangladesh, la aplicación del paquete falló por diversas razones, incluyendo la rigidez en el uso del presupuesto del gobierno en los servicios de salud, la falta de supervisión acerca de los elementos del PES que en realidad se incluían en la prestación de atención sanitaria y el hecho de que algunos elementos del paquete los asumió la Dirección Nacional de Servicios de Salud, mientras que otros cayeron bajo la Dirección de Planificación Familiar. Gran parte del personal del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del personal vio el ESP esencialmente como un ejercicio liderado por los donantes, en el que participaron unos pocos funcionarios del Ministerio. La aplicación del PES no fue un principio rector sistemático para la toma de decisiones relacionadas con los presupuestos, la dotación de personal para los servicios de salud o el monitoreo, lo cual es fundamental para la implementación exitosa de un paquete esencial de salud (Ensor et al, 2002; Martin y Reza, 2007). Este punto se describió en una reciente revisión de la OMS: en algunos países en los que se desarrolló un EHP conjuntamente con un documento específico, el PES no se menciona en otros documentos políticos fundamentales como los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza, el Marco de Gasto de Mediano Plazo o incluso el documento de la política nacional de salud. (Porignon).

La evidencia a partir de estudios recientes muestra que el enfoque del PES ha conseguido desviar más recursos hacia niveles de atención primaria, así como priorizar los recursos hacia servicios esenciales tales como la salud materna y desplazar la atención de los hospitales hacia servicios de atención primaria más utilizados por grupos de menores ingresos.

## RETOS

Es importante que el debate acerca de los paquetes esté claramente articulado y basado en la experiencia real. Los paquetes esenciales de salud se desarrollan generalmente usando una combinación que resulta del análisis de costo-efectividad y otras consideraciones técnicas, políticas y sociales. Uno de los retos principales es concentrar los escasos recursos en los servicios que ofrecen la mejor relación calidad-precio e integrar el PES en el diálogo de políticas en el sector salud, como base para las discusiones sobre presupuestos, la planificación de recursos humanos y otras decisiones clave en la organización de servicios.

Los paquetes de salud esenciales deben ser diseñados para cumplir su objetivo (s). No solo es necesario especificar el contenido del paquete, sino también la planificación referente a su financiación y la prestación de servicios. Otro reto a abordar es el vínculo del PES con otros aspectos más amplios del sector salud y disponer de mayor flexibilidad organizacional e institucional para facilitar la asignación de recursos e utilización de servicios.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [HLSP Institute. Essential health packages What are they for? What do they change? Catriona Waddington June 2013. United Kingdom June 2013](#)
- ✓ [Van Olmen J. et al. Analysing health systems to make them stronger. Studies in Health Services Organisation & Policy, 27, 2010](#)
- ✓ [OMS. Informe Mundial de la Salud 2008](#)
- ✓ [USAID Peru /PRAES-Promoviendo Alianzas y Estrategias. Planificación estratégica basada en evidencia. Guía Metodológica. Anibal Vela squez. Marzo 2006](#)
- ✓ [OMS Informe Mundial de la Salud 2000: Sistemas de salud: Mejorando su Desempeño. Ginebra. 2000.](#)
- ✓ [Bulletin of the World Health Organization 2000, 78 \(6\): 717-731. Frenk, J. 1994. Dimensions of health system reform. Health Policy 27: 19-34.](#)

### WEBSITES

- ✓ <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- ✓ [http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical\\_brief\\_ehp.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf)
- ✓ <http://www.who.int/choice/en/>

## 2.3 PROCESO PRESUPUESTARIO

### CONCEPTO

La estimación de los recursos asignados a la prestación de servicios de salud resulta crucial en cualquier análisis del sistema de salud, puesto que condicionan tanto las pautas presentes como las opciones de políticas. Dado que el presupuesto total de recursos ocupa un papel central en cualquier diálogo de políticas, debería formularse una estimación del mismo lo antes posible a la hora de realizar un estudio del sistema. Se debe prestar atención a fortalecer el vínculo entre las políticas y el presupuesto a nivel sectorial, y a desarrollar procesos e instrumentos para mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos internos y externos. El presupuesto del sector y su perspectiva multianual son importantes para el logro de estos objetivos.

Los “recursos” se expresan en términos financieros por motivos prácticos, pero su naturaleza varía. Una gran proporción de los recursos que consume el sistema de salud está congelada (como la inversión en infraestructuras físicas y los recursos humanos) o en gran medida predeterminada (como en el caso de los salarios). Las posibilidades de maniobra de los responsables de la adopción de decisiones son más restringidas de lo que se suele creer. Por tanto, la composición interna del gasto sanitario es tan importante como su valor total. El estudio del gasto sanitario implica, por tanto, examinar todos los componentes del sistema de salud.

La primera etapa o punto de partida en el desarrollo de un presupuesto desde una perspectiva de varios años, es la preparación de un [Marco Fiscal de Mediano Plazo \(MFMP\)](#), que es un requisito básico para una buena gestión presupuestaria y un instrumento clave para el control de los gastos totales. El MFMP ofrece previsiones de ingresos, previsión de gastos y las previsiones de financiación (para cubrir el balance fiscal).

En una segunda etapa, se procede a la preparación de un [Marco de Gastos a Mediano Plazo \(MGMP\)](#), con el fin de mejorar la asignación de recursos entre los sectores. Generalmente se divide el proceso de elaboración del presupuesto anual en dos etapas: (i) un "marco" o etapa "estratégica", de arriba hacia abajo, durante el cual se establecen los agregados fiscales, se efectúan las asignaciones sectoriales indicativas por un período de varios años, y se establecen los límites de gastos en el presupuesto anual en elaboración, y (ii) una etapa de abajo hacia arriba, en la que se elaboran los borradores de los ministerios correspondientes.

### ***Presupuesto para la prestación de servicios***

Un presupuesto creíble, transparente e integral del sector es esencial para la correcta ejecución de la política del sector. Dicho presupuesto debe ser elaborado teniendo en cuenta todos los recursos puestos a disposición del sector (incluyendo los recursos externos) y todos los gastos (de capital, así como los gastos recurrentes) necesarios para la consecución de los logros esperados de la política sectorial.

Para la elaboración de un presupuesto sectorial, es fundamental una clasificación clara del presupuesto: administrativa (gestión presupuestaria por parte de los diversos ministerios, direcciones generales, unidades de gasto); económica (vincula el presupuesto a las categorías económicas tales como los gastos ordinarios y gastos de capital, y dentro de los gastos recurrentes, la cantidad asignada a salarios y los gastos no salariales); funcional (en base a propósitos socioeconómicos, como por ejemplo, los servicios hospitalarios); y de programa (diseño de programas para alcanzar objetivos específicos).

La composición del presupuesto del sector debe reflejar las prioridades de la política del sector: la asignación de fondos entre el capital y los gastos recurrentes, el porcentaje del presupuesto del sector asignado a sueldos y otros gastos recurrentes, el nivel de recursos presupuestado para la prestación de servicios a nivel primario, secundario y terciario, deben ser coherentes con los objetivos de la política del sector. En el caso en que se descentralice la prestación de servicios, el nivel de los recursos transferidos a los gobiernos locales también sería de interés.

La composición del presupuesto del sector debe reflejar las prioridades de la política del sector: la asignación de fondos entre el capital y los gastos recurrentes, el porcentaje del presupuesto del sector asignado a sueldos y otros gastos recurrentes, el nivel de recursos presupuestado para la prestación de servicios a nivel primario, secundario y terciario, deben ser coherentes con los objetivos de la política del sector. En el caso en que se descentralice la prestación de servicios, el nivel de los recursos transferidos a los gobiernos locales también sería de interés.

El gasto en salud puede provenir de los pagos directos del paciente al proveedor de servicios de salud en el punto de prestación de servicios, desde la financiación privada mancomunada para proporcionar servicios de salud restringidos a un grupo de población, y de la financiación pública en común dirigida a la prestación de servicios de salud universales y equitativos, aunque no exclusivamente, ya que hay gasto público en salud que proviene de políticas públicas de otros sectores y que a pesar de que generalmente no es fácil de contabilizar ni de presupuestar de manera conjunta, hay que tenerlo presente en el marco de la [Salud en todas las Políticas](#).

Además del principio "*para todos*", un servicio de salud de índole pública, se basa en los principios de "*por todos*", y "*en todas las políticas*", que se describirán más adelante en esta guía. En este enfoque de la financiación pública y el acceso universal y equitativo, puede contemplar la subcontratación de parte de prestación de servicios a la atención sanitaria privada con o sin fines de lucro (ONGDS), si se regula de forma adecuada y con una calidad y eficacia probada.

*Existen tres enfoques para estimar el nivel adecuado de financiación de un sistema de salud público:*

1. Los [costos unitarios](#) hacia la consecución de una buena cobertura o resultados en base a las metas sanitarias establecidas.

Los costos de programas específicos aislados y/o unitarios fueron utilizados por la [Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS](#) en el año 2001 y desde entonces por la ONU (ejercicios sobre los costos de los ODMs relativos a la salud por parte de la OMS, la "presupuestación marginal de cuellos de botella" [Marginal Bottleneck Budgeting](#) MBB de UNICEF<sup>35</sup>, escenarios de coste del SIDA por ONUSIDA), las [iniciativas mundiales selectivas](#), los donantes bilaterales (especialmente Estados Unidos, pero también el Reino Unido en los "ejercicios de apropiación"), otras iniciativas mundiales (como el grupo de trabajo de alto nivel sobre la financiación de la salud) y el G8 (por ejemplo, la [iniciativa Muskoka](#)). Este ejercicio relaciona unidireccionalmente y de forma casi lineal de causaefecto los recursos aplicados a los efectos esperados. Permite por tanto una mayor visibilidad aunque no rendición mutua de cuentas con una visión a veces limitada dado sus efectos dramáticos en inequidad y de costoportunidad. Se basa en supuestos ficticios imposibles de atribuir (causaefecto) en el mundo real por ser éstos de facto sistemas dinámicos multivariables complejos (por ejemplo, cuánto tiempo y qué parte del salario de una partera pueden ser imputados a la atención al parto, la atención prenatal, al cuidado del recién nacido, etc.), o en intervenciones realmente paralelas que no se ajustan a los principios de índole pública del bien común.

## 2. *Partidas presupuestarias* de los componentes de los pilares sanitarios.

Junto al cálculo de costes de recursos humanos (formación, salarios, incentivos, promoción profesional), productos farmacéuticos (medicamentos esenciales), infraestructuras, equipamiento y logística (inversiones y mantenimiento), el presupuesto del sistema de salud debería incluir los componentes de gestión y supervisión, entre los gastos recurrentes.

El equilibrio adecuado de las inversiones respecto a los gastos recurrentes (1:5) y los planes de contingencia adicionales previstos para responder a necesidades imprevistas y emergencias (un 10% indicativo) asciende a unos 80100 \$ pc anuales. Esta cifra, a pesar de que utiliza la lógica de los principios de los sistemas de salud, está sujeto a grandes variaciones en base a factores epidemiológicos, demográficos y geográficos.

## 3. *Referencia a sistemas de salud eficientes* para alcanzar el nivel de calidad más alto posible.

Se basa en la comparación de sistemas de salud entre países con el fin de identificar el grupo de los 10 (para permitir la representación de todas las regiones epidemiológicas y estructuras demográficas) países con mejor desempeño, alcanzando los mejores niveles de salud con el nivel más bajo de financiación pública para la salud. Este grupo de países, está liderado por Vietnam, con la financiación pública para la salud más baja (80 \$/pc anuales) e indicadores (esperanza de vida, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad de adultos) en el intervalo de confianza de los mejores niveles de salud. Curiosamente, esta cifra corresponde a las estimaciones de los requisitos mínimos para los pilares de la salud.

## ***Estructura de un Marco Normativo y de Gastos a Medio Plazo (METF por sus siglas en inglés)***

El [Marco de Gastos y Plan a Mediano Plazo](#) (MTEF por sus siglas en inglés) es un instrumento clave en el desarrollo de una política sectorial sólida, y está en muchos países en el orden del día del diálogo sobre políticas, así como en el proceso de reforma de la [Gestión de la Financiación Pública](#) (GFP). El MGMP permite vincular las políticas, la planificación y la presupuestación en el seno de todo el gobierno y a nivel sectorial en un período a medio plazo (3 años). Comprende, en general, dos dimensiones: la identificación de las prioridades nacionales de inversión y actualización del marco de M & E, para definir la dotación global de recursos; y la asignación de recursos en base a los objetivos definidos y la proyección de las necesidades futuras en recursos y su disponibilidad<sup>36</sup>.

El valor añadido del enfoque del MTEF resulta de integrar la dotación de recursos de arriba hacia abajo con los programas sectoriales, de abajo hacia arriba. Es en la etapa III cuando se consolida la formulación de políticas, la planificación y los procesos de presupuestación (ver Tabla 2).

### OBJETIVOS DE UN MGMP

- » Mejora del balance macroeconómico, especialmente la disciplina fiscal.
- » Una mejor asignación de los recursos a nivel inter e intra sectorial.
- » Mayor previsibilidad presupuestaria.
- » Un uso más eficiente de los fondos públicos.
- » Una mayor rendición de cuentas en las políticas en los resultados del gasto público a través de procesos de toma de decisiones más legítimos.
- » Mayor credibilidad en la toma de decisiones presupuestarias (política de contención).

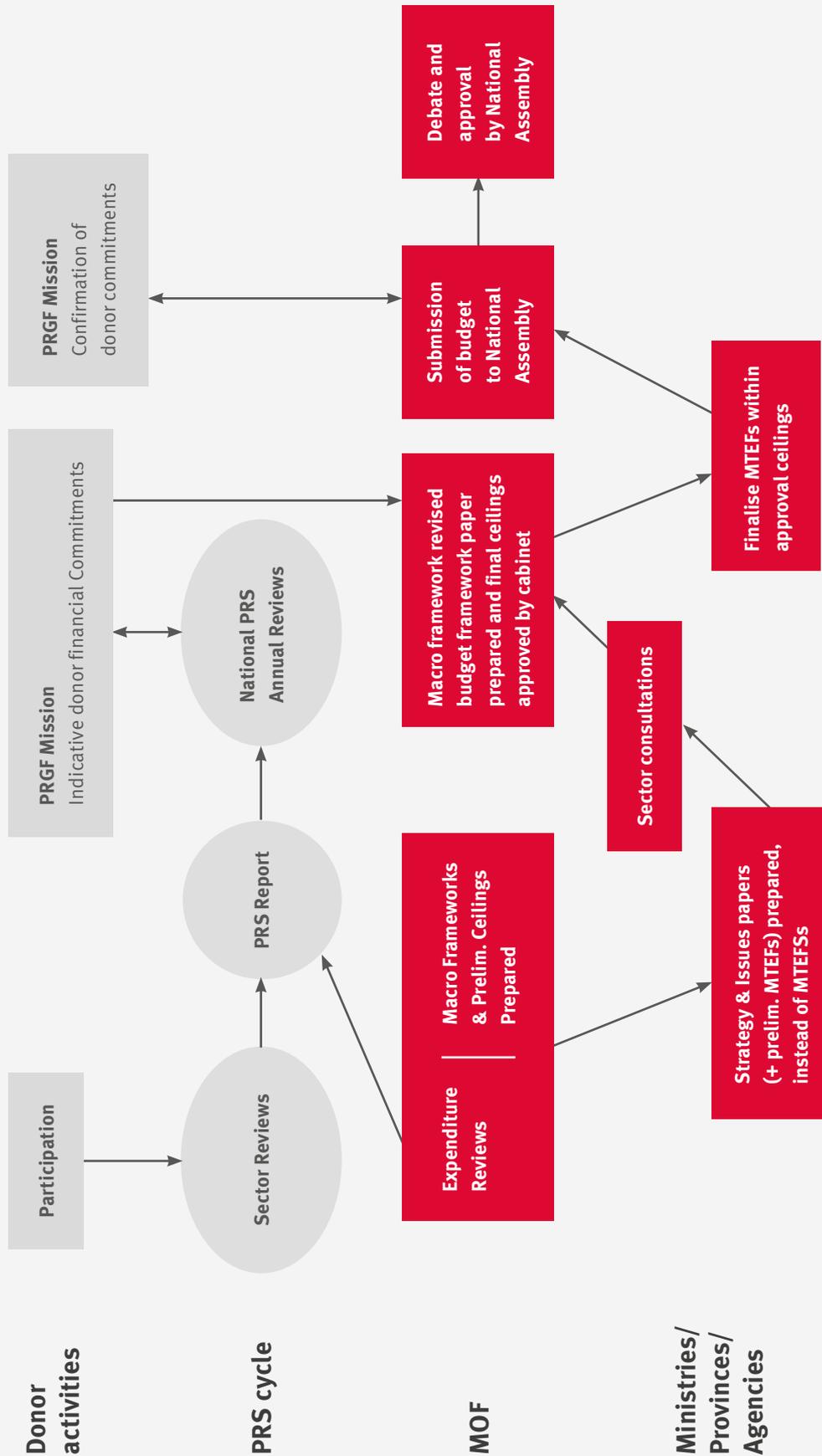
Tabla 3. Las seis etapas de un MTEF Integral

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
I. Elaboración de un Marco Macroeconómico/Fiscal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo Macroeconómico que proyecta ingresos y gastos a mediano plazo (plurianual).</li> </ul>
II. Elaboración de Programas Sectoriales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo en los objetivos, resultados y actividades</li> <li>• Revisión y elaboración de programas y subprogramas.</li> </ul>
III. Elaboración de Marcos de Gastos sectoriales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimación de costos de Programa.</li> <li>• Análisis de compensaciones inter e intrasectoriales.</li> </ul>
IV. Definición de Asignación de Recursos del Sector.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llegar a un consenso en la asignación estratégica de recursos.</li> </ul>
V. Preparación Presupuestos Sectoriales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de límites en el presupuesto sectorial a medio plazo (aprobación del gabinete).</li> <li>• Programas sectoriales a mediano plazo basados en los límites presupuestarios.</li> </ul>
VI. Aprobación Política Final .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de las estimaciones presupuestarias al gabinete y aprobación parlamentaria.</li> </ul>

Fuente: PEM Handbook (Banco Mundial, 1998a: 4751), adaptado

El gráfico siguiente muestra la relación conceptual entre los ciclos del MGMP y la [estrategia de Reducción de la Pobreza](#), incluyendo el apoyo de los donantes.

Gráfico 10. Ciclo anual del MGMP-PRP y vínculo con el apoyo de donantes



Fuente: Odi. CountrySPA Action Learning Mission Report Rwanda 2002.

## ***Balance de Planes de Costes/Inversiones***

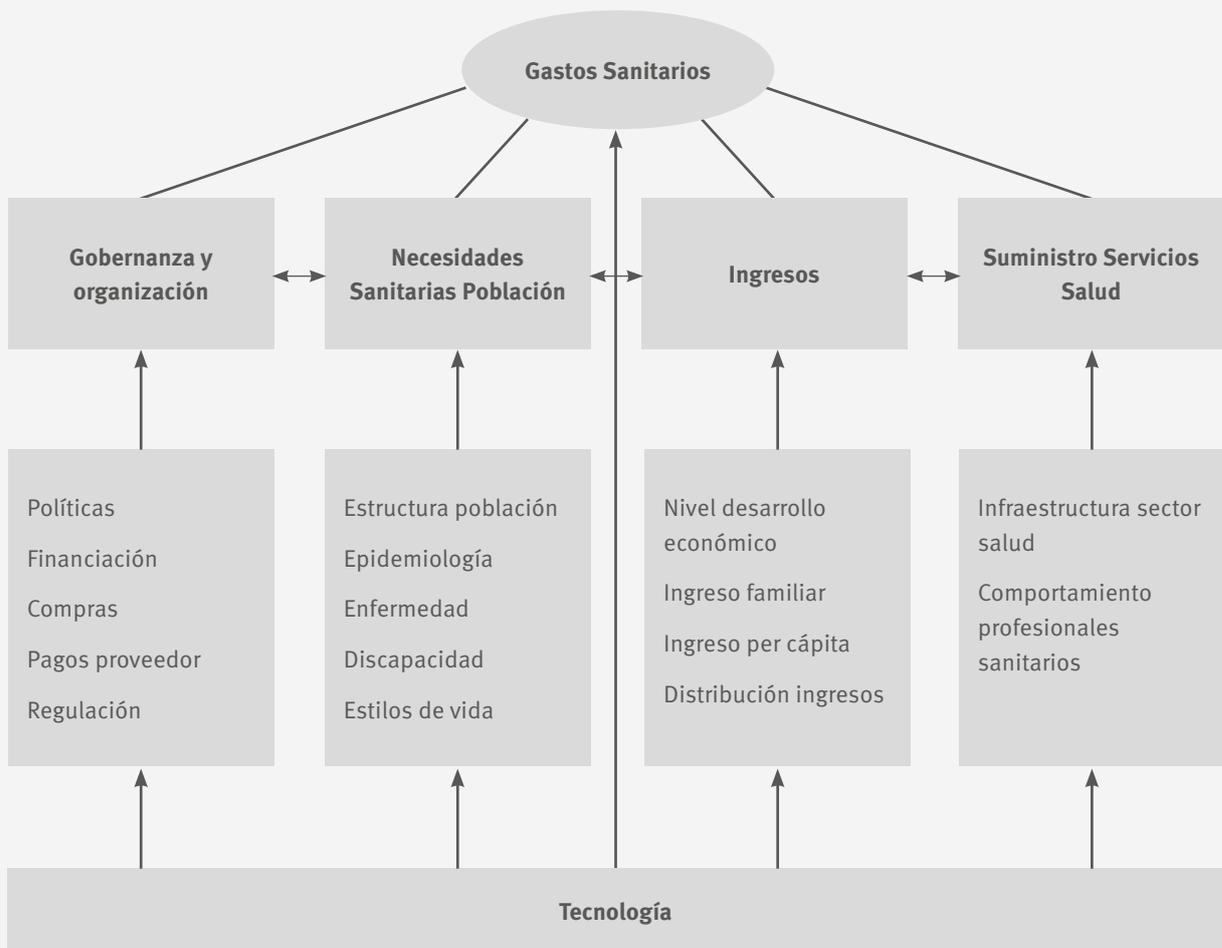
Una atención de salud eficaz y eficiente requiere proporcionar conjuntamente una gran variedad de recursos para generar resultados a nivel de los servicios. La combinación apropiada entre el suministro de insumos y los requerimientos del sistema de salud, entre las diferentes categorías de insumos, el equilibrio entre las inversiones de capital y los costos recurrentes y la capacidad del sistema para manejar los insumos adquiridos a lo largo de todo su ciclo de vida, son vitales para la prestación de servicios de salud de calidad y el desempeño satisfactorio del sistema de salud. En 2004, se estimó que el gasto en la atención sanitaria a nivel mundial representó un 8.7% de la economía global (4,500 mil millones de US\$). En el mismo año, el ingreso mundial per cápita se estimó en US\$ 8,284<sup>37</sup>.

Ser consciente de las repercusiones que tienen las decisiones relativas a la salud en cuanto a los costos y entender el comportamiento de los mismos, resulta esencial en todos los niveles de la atención de salud, y más aún, en contextos con escasez de recursos. La recopilación y análisis de datos sobre los costos de la atención de salud debería ser una de las principales preocupaciones de los gestores de salud, ya que son el núcleo de la formulación de políticas debido al peso que tienen los recursos en la configuración del sistema y condicionan por tanto, la planificación, vigilancia y evaluación de las actividades sanitarias. A nivel nacional, el análisis de la distribución de los gastos sanitarios puede conducir a cambios en el financiamiento de la salud, por ejemplo en caso de mostrar inversiones inadecuadas en salud, desigualdades en el gasto por área geográfica o por enfermedad, alta carga financiera en el acceso a los servicios debido a pagos de los usuarios, o una dependencia sustancial de los fondos de los donantes. A pesar de las grandes diferencias que existen entre los costos operacionales de los sistemas de salud, existen algunas consideraciones aplicables a la mayoría de las situaciones. Por ejemplo, la [Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS](#) (2001) estimó una cifra de US\$ 34 (equivalentes a unos US\$ 42 en 2008) necesaria para dispensar unos servicios de salud de calidad aceptable<sup>38</sup>.

El gráfico 10 proporciona un marco en el que analizan los factores determinantes de los gastos nacionales de salud, que incluye:

- ✓ El modo en que se organiza y gestiona el sistema de salud.
- ✓ Las necesidades de salud de la población.
- ✓ El nivel de desarrollo económico, el ingreso per cápita y la distribución de los ingresos.
- ✓ La oferta de servicios de salud.
- ✓ Tecnología.

Gráfico 11. Marco para analizar los determinantes de los gastos sanitarios



Fuente: A K Nandakumar and M E Farag, Determinants of National Health Expenditure. USA 2008.<sup>39</sup>

La planificación debería incluir como mínimo un 3% de recursos adicionales para la investigación aplicada vinculada a los sistemas de información sanitaria, y un 35% de planes de contingencia según el grado de vulnerabilidad a emergencias sanitarias. El presupuesto debería equilibrarse entre gastos recurrentes (como mínimo 2/3) y costes de inversión, entre niveles de atención primaria/ distrito (al menos 2/3) y centros de referencia provinciales y nacionales. También debería evitar, en la medida de lo posible, las inversiones marcadas para enfermedades concretas, problemas de salud aislados o programas paralelos al sistema sanitario. De hecho, el [PAS-Salud de la AECID](#) defiende un proceso presupuestario que incluya todas las necesidades basándose en la asistencia sanitaria integral de un enfoque de salud holística, llevada a cabo por profesionales sanitarios motivados y con buenas condiciones laborales, que cuenten con medicamentos y otros recursos necesarios para a la provisión de servicios de calidad de promoción, prevención y atención sanitaria.

## Balance por niveles de atención

La presupuestación a nivel regional, provincial o incluso de distrito, manteniendo la financiación equitativa por habitante y ajustada tan sólo por necesidades especiales (niveles de pobreza, población dispersa rural, la prevalencia del VIH, las tasas de fecundidad, las estructuras demográficas), puede garantizar un mayor nivel de responsabilidad y rendición de cuentas respecto a los fondos asignados, el gasto y su impacto. No obstante, con el fin de evitar desigualdades injustas en salud (alcance desigual pero evitable de las intervenciones sanitarias), ineficiencias (especialmente por la heterogeneidad de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades) y duplicación de esfuerzos, el nivel ideal de gestión descentralizada debe basarse en limitados ajustes de los servicios de salud, aspectos relacionados con la provisión de medicamentos y las competencias y tareas de los trabajadores de salud, sobre la base de particularidades epidemiológicas y funciones autónomas en procesos participativos específicos de análisis, de toma de decisión, de gestión y rendición de cuentas. En el nivel central, se debería mantener la definición de un [paquete Integral y Eficiente para la Promoción y Atención Sanitaria](#) común, el [aprovisionamiento y suministro de productos médicos](#) unificados, la [política de recursos humanos](#) unificada, el ciclo presupuestario unificado y sincronizado y [sistemas de monitoreo y evaluación](#) comparables.

La elaboración del presupuesto por niveles de atención permite el diseño de estrategias descentralizadas – o desconcentradas y participativas de asistencia sanitaria basadas en la provisión y cobertura de servicios. Las partidas presupuestarias de un sistema de salud deben atenerse a dos variables: los [cuatro pilares sanitarios](#) y los [niveles de atención sanitaria](#) (distrito y sistema de referencia), tal y como se define en la tabla siguiente con una división/balance indicativos de los recursos por partida.

Tabla 4: Presupuesto Sanitario Indicativo

NIVEL DE ATENCIÓN	DISTRITO	REFERENCIA
Recursos Humanos	~25%	~6%
Productos Médicos	~25%	~6%
Infraestructura, logística y comunicaciones	~15%	~4%
Gestión y Supervisión	~5%	~1%
Planes de Contingencia		10%

Fuente: Garay J. Global Health Equity, Global Justice. Berkeley Dec 2011.

El 80% del presupuesto debería asignarse a los niveles del distrito y subdistrito, los cuales absorbe (o deberían absorber) más del 90% de la utilización de los servicios de salud<sup>40</sup>. A nivel de distrito y subdistrito no suele haber especialización del personal por ámbitos de la salud o enfermedades, con la excepción de las enfermeras parteras que, en muchos casos, también llevan a cabo funciones que corresponden al personal de enfermería general o, por lo menos, con tareas vinculadas a la salud de la madre y del niño, incluso a veces funciones quirúrgicas resolutivas.

Uno de los pilares sanitarios que puede estar fragmentado por enfermedades o áreas de salud específicos, es la financiación de los medicamentos y productos médicos. Sin embargo, sólo se puede llevar a cabo de forma limitada, ya que muchos métodos de diagnóstico, medicamentos sintomáticos, antibióticos, antisépticos, anestésicos y otros productos médicos sirven para muchas enfermedades y diversos ámbitos de la salud. Aunque algunos pueden tener un uso específico (antirretrovirales, anticonceptivos, medicamentos para la tuberculosis, medicamentos antimaláricos, insulina, etc.), el hecho de “marcar” su apoyo puede ocasionar efectos perversos graves tales como causar discriminación positiva frente a otras enfermedades o necesidades de salud, vulnerando el principio de universalidad y creando canales de contratación paralelos y duplicar los eslabones de la cadena de acceso.

Los planes de contingencia deben satisfacer las necesidades imprevistas debidas a efectos macroeconómicos (por ejemplo, la inflación), las epidemias y desastres naturales, conflictos desencadenados por el hombre y las emergencias. En caso de no ser utilizado, pueden destinarse a aumentar las capacidades de alerta temprana, sistemas de vigilancia y de respuesta, o para completar los planes de inversión de infraestructuras, logística y comunicaciones.

### ***Procesos de Contabilidad y Auditoría***

Para evaluar si se están aplicando las políticas del sector, el primer paso en cualquier contexto con-siste en centrar la atención en el presupuesto del sector, ya que los gastos se autorizan a través del presupuesto. El presupuesto deberá mostrar que las prioridades de la política sanitaria están siendo implementadas. Debe ser ejecutado en consecuencia.

La evaluación del presupuesto del sector debe incluir los siguientes aspectos:

- » ¿Cuál es la naturaleza y el alcance del "presupuesto del sector"? El presupuesto debe ser presentado por el ministerio competente o las principales agencias
- » ¿Las asignaciones presupuestarias y la ejecución presupuestaria están en consonancia con la política del sector? En caso de existir incoherencias ¿a qué se deben? Por ejemplo, ¿la definición de objetivos estratégicos para orientar las asignaciones presupuestarias es poco clara? ¿Qué áreas deben ser abordadas para que las asignaciones estén en línea con la política y la estrategia nacional? ¿Existe un incremento de aportaciones al sector respecto al total del gasto público? ¿Cómo está cambiando con el tiempo la proporción de gastos del sector respecto al PIB?
- » ¿Cuál es la estrategia de presupuesto del sector en el país socio? ¿Se basa en los ingresos internos o externos? ¿Existe un enfoque de recuperación de costos (parcial o total) en la financiación del sector? ¿Depende de la financiación externa?
- » ¿Se está realizando algún tipo de análisis para examinar si el presupuesto del sector está proporcionando valor por el dinero? ¿Dispone el gobierno de una estrategia para asegurar el valor por el dinero en el uso de los fondos públicos?
- » ¿Cuál es el volumen de la ayuda en relación con el presupuesto? Por ejemplo, el volumen de la previsión de apoyo anual como porcentaje del presupuesto del sector.
- » ¿Se están realizando cambios en la clasificación del presupuesto?

Existe un amplio consenso en que las instituciones y sistemas eficaces de gestión de las finanzas públicas (GFP) deben cumplir un papel esencial en el respaldo a la aplicación de políticas de desarrollo y reducción de la pobreza a nivel nacional. En el marco del [Programa de Gasto Público y Rendición de Cuentas \(PEFA\)](#), se desarrolló el [Marco de Medición del Desempeño de Gestión de las Finanzas Públicas \(GFP\)](#) para evaluar si un país dispone de las herramientas para alcanzar los tres principales resultados de un presupuesto:

1. La disciplina fiscal agregada
2. La asignación estratégica de recursos
3. Uso eficiente de los recursos para la prestación de servicios

Los objetivos del Marco son los siguientes:

- ✓ Proporcionar información confiable sobre el desempeño de los [sistemas de Gestión Financiera Pública \(GFP\)](#), procesos e instituciones a lo largo del tiempo;
- ✓ Contribuir al proceso de [Reforma del Estado](#), determinando el grado en que las reformas están dando mejor rendimiento y mejorando la capacidad de identificar y aprender del éxito de la reforma;
- ✓ Facilitar la armonización del diálogo sobre el desempeño de la GFP, las necesidades de reforma y el apoyo de los donantes, entre el gobierno y los donantes, en torno a una evaluación común de desempeño de la GFP y, por lo tanto, contribuir a reducir los costos de transacción para los gobiernos de los países.
- ✓ Proporcionar una base común de información para la medición y seguimiento de los progresos desempeño de la GFP y una plataforma común para el diálogo sobre la reforma de la GFP, con el fin de contribuir a la desarrollo de sistemas de gestión financiera pública efectivas liderados por los propios países.

## INSTRUMENTOS Y MODALIDADES DE FINANCIACIÓN<sup>41</sup>

### *Modalidad: la ayuda programática versus el enfoque tradicional (proyecto)*

En los últimos años, se han observado cambios fundamentales en las políticas de la mayoría de las agencias de cooperación, incluyendo la cooperación espanyola. A través de enfoques sectoriales, se ha decantado por el apoyo a los presupuestos gubernamentales, pasando del apoyo a proyectos y la prestación de servicios, a convertirse en copartícipes en procesos políticos más amplios, y buscando nuevas relaciones, con mayor apropiación por parte de los países socios, organizaciones y ciudadanos.

#### **AYUDA PROGRAMÁTICA**

- I. El país socio es el que lidera el proceso en base a las prioridades establecidas en un único plan y presupuesto (apropiación)
- II. Existe una coordinación de donantes y se utilizan procedimientos/instrumentos de gestión comunes (armonización)
- III. Los fondos de ayuda al desarrollo se integran en el sistema nacional del país y siguen los procedimientos nacionales de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación establecidos (alineamiento).

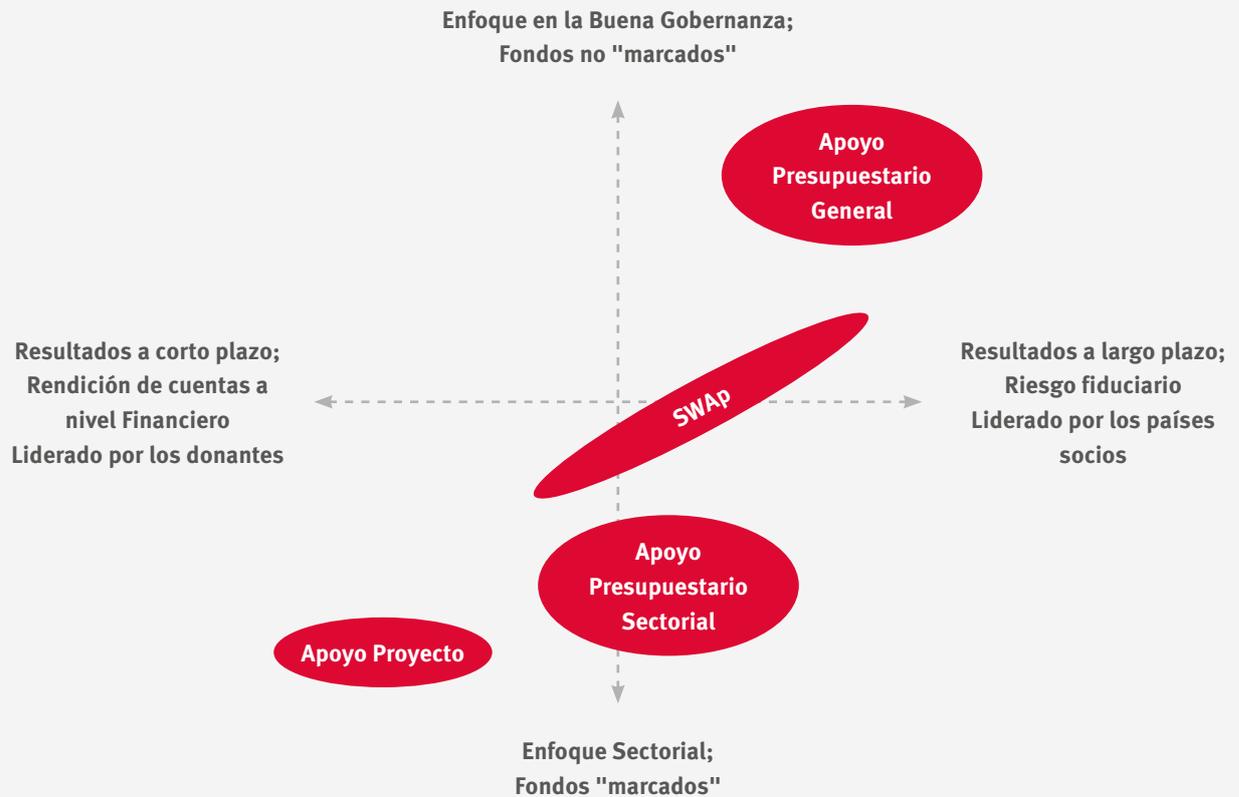
El alcance y naturaleza del diálogo de políticas varía según el tipo de modalidad; por su parte, la modalidad de ayuda recomendada, dependerá del contexto (país, necesidades, tiempo, actores involucrados, etc.), y los resultados esperados deberán dictar cuál es el diseño de la intervención más adecuado. Es siempre recomendable utilizar varios instrumentos bajo un enfoque colaborativo y adaptado. En cualquier caso, todas las intervenciones deberían regirse por los principios de eficacia de la ayuda, bien conocidos desde hace más de diez años; la modalidad o enfoque que mejor aplica dichos principios es la [ayuda programática](#).

Esta modalidad consiste en canalizar los fondos directamente o indirectamente (en la componente externa del presupuesto) al Estado socio para apoyar la ejecución de su plan nacional a través de los sistemas nacionales del país y, consecuentemente, el diálogo de políticas juega un papel fundamental. Con la ayuda programática se aboga por una visión distinta de hacer cooperación en salud, con menos [costes de transacción](#) y mayor [previsibilidad de la ayuda](#), lo que permite, a los países socios, priorizar y usar de forma eficiente y equitativa los recursos disponibles de acuerdo a las necesidades y los retos reales a nivel nacional y, a los donantes, cumplir con los [compromisos adquiridos internacionalmente](#). Solo así se pueden dar respuestas más completas y profundas que vayan a las causas de los problemas y presenten soluciones participativas, equitativas y duraderas. El [enfoque de proyectos](#), en cambio, focaliza las acciones y recursos en la prestación de un número limitado de productos, con el fin de contribuir a la resolución de un determinado problema en un marco temporal determinado. Los proyectos son liderados fundamentalmente por los socios de desarrollo y donantes, generalmente fuertemente implicados en la identificación, negociación, diseño e implementación de los mismos. No obstante, el diálogo de políticas también es importante en proyectos aislados, especialmente para la mejora de políticas o en virar hacia enfoques programáticos o sectoriales cuando las condiciones lo permitan.

***Instrumentos: Proyecto, fondo común, apoyo presupuestario sectorial y apoyo presupuestario general***

El gráfico siguiente resume los diversos instrumentos de ayuda, todos ellos utilizados por la cooperación española.

Gráfico 12. Representación de las características individuales de los principales instrumentos para el desarrollo



Fuente: WHO. General Budget support in developing countries: ensuring the health sector's interest. Geneva 2008.

Bajo el enfoque de ayuda programática, existen diversos instrumentos de cooperación. Los más conocidos son el [apoyo presupuestario general](#), el [apoyo presupuestario sectorial](#) y el [fondo común](#) (también llamado [cesta de donantes](#)). Sin embargo, los principios de eficacia en los que se basa este enfoque, se pueden aplicar a cualquier intervención de cooperación (incluso en el enfoque proyecto).

- » **Apoyo presupuestario general:** apoyo financiero que se distribuye a través del presupuesto nacional —vía el Ministerio de Finanzas o de Hacienda del país socio— y que no se vincula estrechamente a proyectos específicos o gastos concretos (no está “marcado”). Por el contrario, se relaciona con acuerdos más amplios sobre políticas de gobierno.
- » **Apoyo presupuestario sectorial:** se da con condiciones vinculadas a un sector concreto, normalmente a través de un enfoque sectorial acordado y aprobado por el gobierno y por los principales donantes. La ayuda está asignada a contribuir al financiamiento de un plan de gastos sectoriales específico, y se distribuye a través de sistemas gubernamentales. El apoyo presupuestario sectorial puede ser “marcado” cuando se limita la contribución de los donantes a gastos o categorías de gastos concretos.
- » **Fondo Común:** diferentes donantes (y en ciertos casos los gobiernos socios) aportan fondos a una misma cuenta para la financiación de programas de desarrollo. Se utilizan para poner en común sus recursos y reducir los costes de transacción. Pueden ser gestionados por el gobierno socio o por un donante gestor, así como financiar el programa completo o determinadas partidas presupuestarias. Se plantea como un instrumento de transición hacia el apoyo presupuestario general o sectorial.

El “[enfoque sectorial](#)” o [SWAp](#) (ver sección 1.5) puede llegar a canalizarse a través del presupuesto (onbudget, a través de un apoyo presupuestario sectorial) y utilizar sus mismos procedimientos, o bien fuera del presupuesto (off-budget). Por tanto, tal y como se comentó con anterioridad, en el enfoque sectorial se pueden encuadrar una variedad de instrumentos, incluyendo el apoyo presupuestario, los fondos comunes, la ayuda vía proyectos y asistencias técnicas que pueden o no estar “marcados” para gastos específicos.

Por otro lado, se encuentran los mecanismos de financiación de las múltiples [iniciativas globales](#), las cuales, a pesar de su especificidad deberían de integrarse en el diálogo de políticas y alianzas que lo promueven como el IHP+, cumpliendo los compromisos de eficacia de la ayuda.

## RETOS

- ✓ Sistema de financiación pública insuficiente versus una financiación privada y la proliferación de intervenciones paralelas que no aplican los principios del derecho universal a la salud y vinculan los recursos a los resultados obtenidos.
- ✓ Incoherencias en las asignaciones y ejecución presupuestaria respecto a la política y estrategia sanitaria nacional.
- ✓ Las operaciones de apoyo presupuestario están basadas en un diálogo permanente y fluido con las instituciones del país socio y con el resto de donantes, y exigen una especial atención al seguimiento de las operaciones, por lo que la implicación de las OTC en el proceso es fundamental, Es necesario contar, por tanto, con una estructura mínima en el país que disponga de la capacidad y del personal pertinente para llevarlo a cabo.

## HERRAMIENTAS ÚTILES

Existen una serie de herramientas y conocimientos que pueden ser utilizados por los socios de desarrollo para ayudar a los países en la planificación de los recursos (por ejemplo, el uso del software de planificación de recursos de la OMS [iHTP Integrated Healthcare Technology Package](#), el cálculo de costes (por ejemplo, la herramienta común de las Naciones Unidas), o el intercambio de experiencias con modelos de financiación y de inteligencia estratégica (por ejemplo, las [Cuentas Nacionales de Salud](#) o la [medición del gasto catastrófico](#)).

Asimismo, el Grupo de trabajo sobre el Gasto Público, del que forman parte funcionarios del Banco Mundial, del FMI y del [programa PEFA \(Public Expenditure and Financial Accountability\)](#), del cual es miembro la Comisión Europea, elaboraron un marco de referencia para la medición del desempeño en materia de la gestión de la financiación pública GFP que ha servido como una plataforma común para el diálogo de políticas.

[Simlms](#) es una herramienta informática para facilitar las decisiones referentes a políticas sanitarias de financiamiento mediante la proyección de los gastos de salud y la financiación para un período de tiempo de 10 años. De esta manera se permite una evaluación de la viabilidad de combinaciones de fuentes de financiamiento alternativas, incluyendo el seguro social de salud, el seguro de salud basado en la comunidad y las líneas presupuestarias del gobierno.

En 2008 varios socios llevaron a cabo una revisión técnica de 13 herramientas para la estimación de costos relativos a los ODM relacionados con la salud, elaborando una Guía virtual denominada [Online Costing Tool Guide: Achieving Health Targets](#) para la estimación de costos, facilitada por la Alianza para la Salud Materna, el Recién Nacido y la Salud Infantil (PMNCH).

## OTRAS HERRAMIENTAS PARA ESTIMACIÓN DE COSTOS

- ✓ [Child Health Cost Estimation Tool](#) (Herramienta de Estimación de Costos para la Salud Infantil)– OMS
- ✓ [Comprehensive MultiYear Plan Costing and Financing Tool \(cMYP\)](#) (Herramienta para la estimación de Costos y Financiación de un Plan Integral Plurianual)– OMS
- ✓ [Cost Revenue Analysis Tool Plus \(CORE Plus\)](#) (Herramienta de Análisis de Costos e Ingresos) – Management Sciences for Health
- ✓ [Goals Model](#) (Modelo de Metas)– Constella Futures/Futures Institute
- ✓ [Integrated Health Model \(IHM\)](#) (Modelo de Salud Integral)– UNDP
- ✓ [Malaria Cost Estimation Tool](#) (Herramienta para la Estimación de Costos de Malaria)– OMS
- ✓ [Marginal Budgeting for Bottlenecks Toolkit \(MBB\)](#) – UNICEF y Banco Mundial
- ✓ [Planning & Budgeting for TB Control](#) (Planificación y Presupuestación para el Control de la TB)– OMS
- ✓ [Planning, Costing and Budgeting Framework \(PCBF\)](#)(Marco de Planificación, Estimación de Costos y Presupuestación) – Management Sciences for Health
- ✓ [Reproductive Health Costing Tool](#) (Herramienta para Costear la Salud Reproductiva)– FNUAP
- ✓ [Resource Needs Model HIV/AIDS](#) (Modelo de Necesidades de Recursos) – Constella Futures/Futures Institute
- ✓ [Spectrum: PMTCT Cost Effectiveness](#) Costo-Efectividad de la Transmisión Madre-Hijo del VIH)– Constella Futures/Futures Institute.

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Los Marcos de Gasto a Mediano Plazo (MGMP): Del concepto a la práctica. Lecciones Preliminares de África<sup>42</sup>

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El análisis de los MGMPs "sobre el terreno" en nueve países africanos (Ghana, Guinea, Kenia, Malawi, Mozambique, Ruanda, Sudáfrica, Tanzania y Uganda) reveló que, si bien existe un amplio consenso sobre los fundamentos de un MGMP a nivel conceptual, hay variaciones en el diseño de la reforma y gestión de los mismos a nivel operativo, principalmente debido a dos factores: por un lado, las necesidades de los diferentes países para adaptar la reforma del MGMP a sus circunstancias institucionales y políticas particulares y, por otra, al hecho de que el asesoramiento prescriptivo en MGMPs ha sido más conceptual que práctico. Mientras que los tres pilares de un MTEF (las proyecciones en la dotación de recursos agregados, las estimaciones de costos de los programas del sector, y un proceso político-administrativo que integra los dos) son claros, las directrices operativas para su diseño e implementación MGMPs son mucho más ambiguas.

## CONTEXTO

Los MGMPs están recibiendo una atención renovada en el contexto de la formulación de Estrategias de Reducción de la Pobreza, al ser considerado como un vehículo ideal para su incorporación en los programas de gasto público dentro de un marco macroeconómico, fiscal y sectorial coherente. Por otra parte, la tendencia es especialmente pronunciada en África, que representa más de la mitad (52 %) de los MGMPs existentes en el mundo en desarrollo. África puede ser considerado como el líder regional en la implementación del MGMP, ya que aproximadamente la mitad de los MGMPs africanos, incluyendo los más destacados, se adoptaron durante el período 1992-1997, es decir, antes de la aprobación de la mayoría de los MGMP en otras regiones. En cierto sentido, la experiencia africana con los MGMPs ha servido como un catalizador para la adopción de la reforma en otras regiones.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICAS

Con el fin de asegurar un diseño adecuado de los programas de reforma, aquellos países que partieron de diagnósticos integrales y detallados de los sistemas y procesos de gestión presupuestaria previamente a los MGMPs, obtuvieron mejores resultados. Por otro lado, los MGMPs que mejor funcionan son los que se apoyan en un modelo fiscal y una base sólida en la gestión presupuestaria y se integran en los procesos presupuestarios anuales existentes. En general, no se evidenció un mejor balance macroeconómico, una mayor previsibilidad presupuestaria ni un desarrollo suficiente de los MGMPs que permitieran generar ganancias en la eficiencia de los gastos sectoriales. No obstante, sí que hubo una asociación de los MGMPs con una mayor reasignación de recursos hacia subgrupos de sectores prioritarios.

## LECCIONES APRENDIDAS

La evaluación comparativa en el diseño e impacto de los MGMPs sobre las finanzas públicas y la gestión económica en los nueve países africanos, mostró que los MGMPs no pueden ofrecer una mejora en la gestión pública financiera (GPF) de forma aislada, en contextos en los que otros aspectos clave de gestión del presupuesto, en particular la ejecución del mismo y la presentación de informes, siguen siendo débiles.

En países con capacidades limitadas, en el que el MGMP se considera como un conjunto de reformas, no se puede introducir todo a la vez, sino que es precisa la secuenciación del programa general de reforma de la GPF y la definición de los componentes específicos del MGMP por etapas.

Con el fin de obtener impacto, el MGMP debe integrarse con el proceso presupuestario desde el inicio, con las proyecciones exteriores anuales publicadas como parte del presupuesto. A pesar de que la situación de cada país es distinta, estas reformas se gestionan mejor a través de un conjunto de estructuras de organización que se refuercen mutuamente, algunas de las cuales deben ser establecidas específicamente para manejar el MGMP; no obstante, el Ministerio de Finanzas debería ser el último responsable. Por otro lado, es fundamental que exista voluntad política e incentivos para poner en marcha los MGMPs.

## RETOS

Algunos de los retos identificados incluyen la falta de capacidades a nivel de país, la rendición de cuentas de los gastos públicos a nivel político, la implicación de la sociedad civil en los procesos de gestión pública financiera a través de los MGMPs y la credibilidad en la toma de decisiones a nivel presupuestario.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [AECID. Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID 2014.](#)
- ✓ [EuropeAid. Tools and methods Series. Guidelines N°2. Support to Sector Programmes Covering the three financing modalities: Sector Budget Support, Pool Funding and EC project procedures. Brussels July 2007.](#)
- ✓ [WHO Guide to Producing National Health Accounts for Low and Middle Income Countries with Special Applications for Low Income and Middle Income Countries. Geneva, 2003.](#)
- ✓ [Overseas Development Institute ODI. A Review of Experience in Implementing Medium Term Expenditure Frameworks in a PRSP Context: A Synthesis of Eight Country Studies. London, November 2003.](#)
- ✓ [World Bank. Public Expenditure Management Handbook. Washington, D.C., 1998. p48.](#)

### WEBSITES

- ✓ [www.ihtp.info](http://www.ihtp.info)
- ✓ <http://www.pefa.org/>
- ✓ [http://www.who.int/gho/health\\_financing/en/](http://www.who.int/gho/health_financing/en/)
- ✓ [http://www.who.int/health\\_financing/tools/simins/en/](http://www.who.int/health_financing/tools/simins/en/)
- ✓ [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-pb\\_e\\_o8\\_2-budget\\_support/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_o8_2-budget_support/en/)
- ✓ <http://www.devinfolive.info/mbb/mbbsupport/index.php>
- ✓ <http://www.unicef.org/sowco8/>
- ✓ <http://www.jhsph.edu/dept/ih/IIP/list/index.html>
- ✓ <http://www.healthsystems2020.org/PMNCH>

## 2.4 MONITOREO/SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA/INVESTIGACIÓN SANITARIA

### CONCEPTO

El [monitoreo, evaluación y análisis](#) (MyE) deben ser componentes integrados en la Estrategia Nacional de Salud (ENS), fundamental para el seguimiento y la evaluación del progreso alcanzado respecto a las metas y objetivos de la ENS.

El **monitoreo** implica reunir datos de todas las fuentes pertinentes para analizar qué está sucediendo, dónde y a quién. El monitoreo utiliza un conjunto de indicadores y metas clave para aportar información oportuna y exacta a gobiernos y a socios para documentar el análisis, evaluaciones del progreso y del desempeño, así como el diálogo sobre las políticas.

La **evaluación** se realiza sobre la base del monitoreo, con un análisis más profundo que tiene en cuenta los cambios contextuales, aborda asuntos relativos a la atribución y analiza algunas situaciones hipotéticas.

El **análisis** se fundamenta en datos basados en la evidencia, recogidos mediante los procesos de monitoreo, y requiere de mecanismos institucionales nacionales que incluyan a múltiples interesados.

### ***Participativo, descentralizado, liderado por la acción***

El sistema de [información sanitaria \(SIS\)](#) requiere tres características principales:

1. El SIS debe recoger información que sea pertinente a las necesidades identificadas en el análisis de situación en general (a nivel nacional, tamaño de la muestra amplio) y puntual (dados los recursos disponibles, el tiempo necesario para realizarlo y el tiempo necesario para mostrar el efecto sobre los indicadores y demostrar cambios). La información recogida debe ser suficientemente precisa para evaluar el progreso, el desempeño, los cuellos de botella y así informar cualquier ajuste en las políticas y estrategias.
2. Debe ser transparente y participativo, involucrando a las comunidades y los profesionales sanitarios en la recopilación de información que contemple los determinantes de la salud, su análisis e interpretación, para que puedan identificar qué funciona y qué no y conducir a la acción mediante la toma de decisiones desde el punto mismo de recogida de datos. Este enfoque no sólo permitirá la recolección de datos de una forma más eficiente, sino también ayudar a evaluar las deficiencias del sistema, fortalecer la comprensión mutua entre los esfuerzos de los trabajadores de salud y las demandas de las comunidades y de los pacientes, y facilitar que todos sean partícipes de los ajustes en las estrategias.
3. El SIS debe dirigirse hacia la acción: requiere una planificación adecuada, de forma que la recopilación y análisis de información a nivel de las infraestructuras sanitarias y a nivel comunitario, se pueda consolidar y documentar la revisión anual participativa dirigida a evaluar el progreso y los ajustes necesarios para mejorarla en un proceso continuo de aprendizaje institucional que confronte los retos de salud.

El componente de MyE de las estrategias nacionales de salud tiene que desarrollarse además en base a una consulta transparente y sistemática con el resto de interesados directos clave, que incluya diferentes niveles del gobierno, organizaciones de la sociedad civil, socios internacionales y la comunidad académica, entre otros. Los socios mundiales deben alinear sus inversiones y actividades con las estrategias nacionales de salud y con el plan de monitoreo, evaluación y análisis. En esta línea, el [IV Plan Director de la Cooperación Española](#) pone énfasis en el refuerzo de capacidades de diálogo y análisis en el seguimiento y evaluación para sustentar mejor la toma de decisiones que informe y relacione los resultados a los que se contribuye con cada acción, y provea de información apropiada y representativa del conjunto de la Cooperación Española. Un claro ejemplo de esta medida, es que el tradicional [“Seguimiento del PACI”](#) ha sido sustituido por un [Informe de contribución a Resultados de Desarrollo](#), donde además de informar sobre desembolsos de AOD, se incluyen indicadores sobre las mejoras en el conjunto de dimensiones del desarrollo humano a las cuales se ha contribuido. Además, se ha reformado el [sistema de información de la AOD española](#). Este sistema de información, más allá de cubrir las necesidades inmediatas y crecientes de comunicación, aspira a fortalecer la coordinación entre actores, el seguimiento descentralizado de la ayuda y el soporte a la gestión para resultados.

El [Comité de Ayuda al Desarrollo \(CAD\) de la OCDE](#), con el fin de catalogar y registrar a qué sectores se dirige la ayuda, definió una base de datos en el marco de los llamados [Códigos CAD y CRS](#). Se utiliza para hacer un seguimiento de las corrientes de AOD procedentes de los países miembros del CAD, entre ellos, España. En el ámbito de la salud se clasifican en: *Salud General, Salud Básica y Programas/Políticas sobre Población y Salud Reproductiva, aunque también entrarían el sector de Acción Humanitaria y Gestión integral del Conocimiento e Innovación*. Dada su extrema compartimentación, aún sigue siendo un reto la adaptación integradora y holística de los indicadores a la realidad de la ayuda priorizada sectorialmente.

### **Información básica**

Siguiendo los principios del IHP+, a nivel nacional, se debería contar con un único sistema de monitoreo y evitar así sobrecargar los trabajadores de la salud con más de un 5% de su período de trabajo escribiendo informes o rellenando formularios (tal y como ocurre en la actualidad debido a los requisitos de la multiplicidad de iniciativas globales existentes). Por otro lado, además, al menos 2/3 partes del tiempo dedicado a estas tareas debería centrarse en recopilar información útil para el propio interés y la toma de decisiones a nivel local.

Tal y como se especifica en el [Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud](#), creada por la OMS en 2005<sup>43</sup>, para entender la magnitud del problema, evaluar los efectos de las intervenciones y hacer un seguimiento de los progresos realizados, hacen falta datos fidedignos sobre el estado de salud de la población, la distribución de los problemas de salud y los determinantes sociales de la salud. Es esencial estimar cuáles son las causas últimas de la pérdida de salud potencial, las cuales obedecen a tres grandes órdenes: la igualdad de derechos, el equilibrio de conocimiento, participación y poder, y la equidad en los recursos, económicos y ecológicos.

Los sistemas de información sanitaria deben permitir hacer un seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional y generar e intercambiar nuevos datos sobre el modo en que los determinantes sociales influyen en la salud de la población y la equidad sanitaria, y sobre la eficacia de las medidas adoptadas.

La distribución de la salud y de la carga de inequidad por enfermedades y factores de riesgo, según grupos de población (por edades, sexo, grupos étnicos, zonas geográficas), determinará el enfoque de políticas sociales y de salud en equidad, esto es, con mayor énfasis en los grupos de mayor carga de inequidad<sup>44</sup>.

El gráfico siguiente muestra las diversas etapas y la cadena de resultados de los elementos clave del [proceso de MyE](#), que coincide con el marco común de [MyE del IHP+](#). Comprende cuatro campos de indicadores principales: *insumos (inputs)* y *procesos del sistema, productos (outputs), resultados (outcomes)* y *repercusión (impact)*. El marco indica de qué manera los aportes al sistema (ej. financiamiento o infraestructura) y a los procesos (ej. cadena de distribución) se reflejan en los productos (como la disponibilidad de los servicios y las intervenciones); en los resultados finales (ej. cobertura de las intervenciones); y en la repercusión (ej. mejores resultados de salud).

Gráfico 13. Marco de Monitoreo y Evaluación de la OMS



Fuente: IHP+/OMS. Monitoreo, Evaluación y Análisis de las estrategias nacionales de Salud. Ginebra Nov. 2011

En el contexto de las estrategias nacionales de salud, un reto importante es seleccionar un conjunto básico de [indicadores](#) que permitan vigilar de forma objetiva y efectiva el progreso hacia los objetivos más importantes. Para elegir los indicadores es preciso considerar su validez científica, su pertinencia, utilidad para la toma de decisiones, capacidad de respuesta a los cambios y disponibilidad de datos. El conjunto de indicadores fundamentales debe responder a las necesidades de información para el monitoreo del progreso y el desempeño hacia los objetivos principales de las estrategias nacionales de salud, y debe abarcar los insumos, productos, resultados y la repercusión desde un enfoque multisectorial. No hay un número óptimo de indicadores fundamentales, pero una aproximación basada en las experiencias de los países sugiere que para el proceso nacional de adopción de decisiones estratégicas de alto nivel, el número total de indicadores no debe exceder los 25.

## CONSIDERACIONES EN LA DEFINICIÓN DE INDICADORES

- » Definir un indicador base (lo que se quiere medir).
- » Cuantificar (dar una magnitud).
- » Cualificar (qué tipo de cambio se pretende conseguir).
- » Establecer un marco temporal (desde cuándo y en qué momento se pretende conseguir).
- » Si resulta significativo, incluir indicadores desagregados por sexo, zona geográfica, edad, etnia, etc.
- » Asegurar que son indicadores SMART. (Específicos; Medibles; Alcanzables; Realistas y Relevantes; y delimitados en el Tiempo).

### Servicios

A nivel de los servicios de salud, el sistema de información sanitaria debe monitorizar la información de las necesidades más pertinentes. Los *indicadores de insumos* (recursos recibidos disponibles, ej. personal sanitario, equipamiento y recursos financieros) y algunos de los *indicadores de resultados* (ej. cobertura de las intervenciones) pueden ser estimados a través de los registros de salud revisados de los servicios de salud. Los *indicadores de progreso* relacionados con la cobertura de los servicios de salud (utilización de servicios, calidad de la atención, disponibilidad de instalaciones de saneamiento adecuadas, disponibilidad de medicamentos o la proporción de recursos humanos en los diferentes niveles de atención) y los indicadores de resultados, precisan combinar la información de los registros de salud, con encuestas a nivel comunitario. En cualquier caso, algunos de los resultados de salud no pueden ser medibles con la precisión requerida (tamaño de muestra) o su calendario anual puede no proporcionar el tiempo suficiente para tener un efecto medible con el tamaño de la muestra dado.

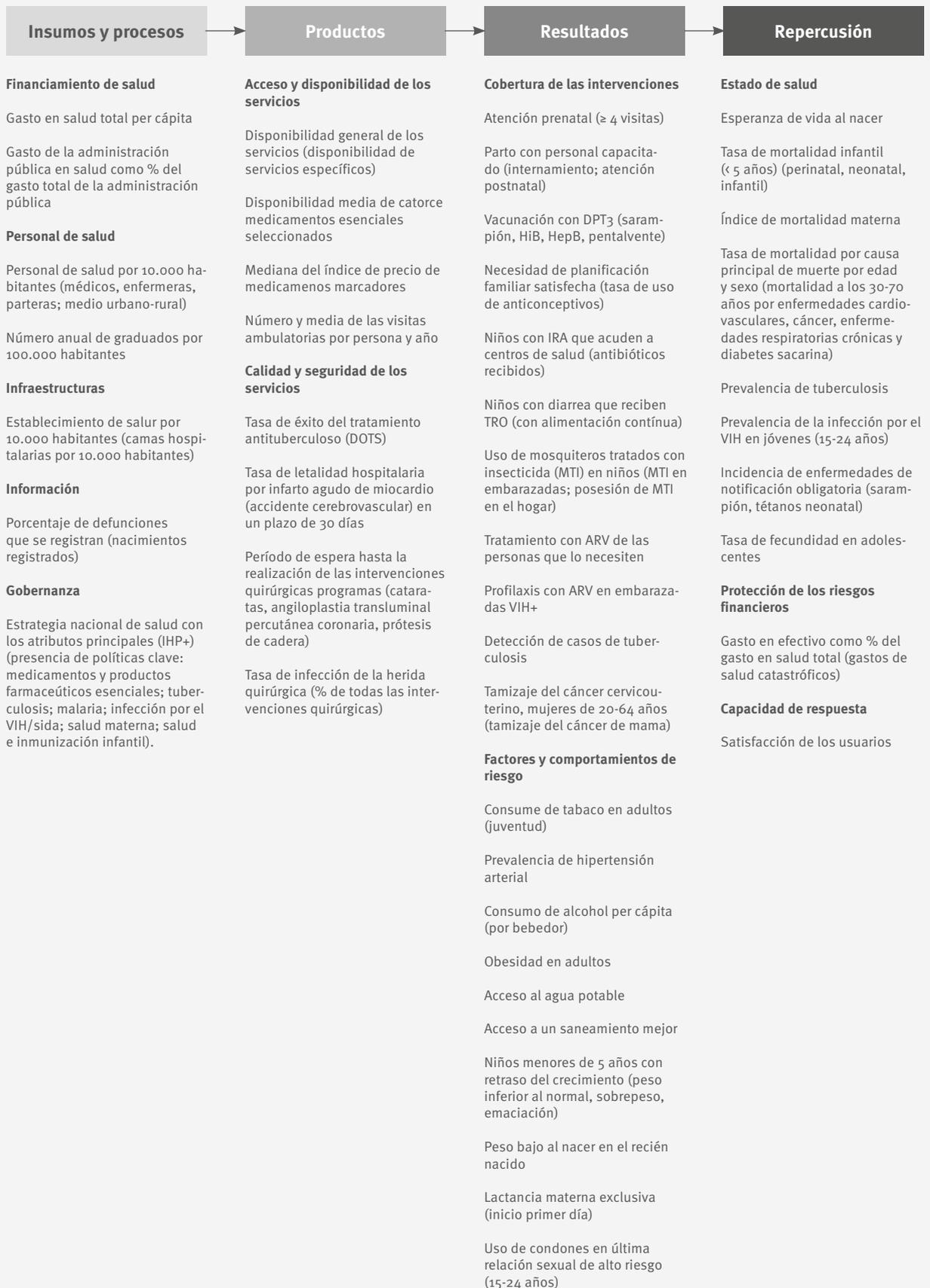
El gráfico siguiente muestra una lista ilustrativa de indicadores relativos tanto a los servicios de salud como la propia estrategia nacional de salud definidos por la OMS en 2011. En la actualidad se está trabajando en una lista de referencia global de 100 indicadores básicos (*Global Reference List of 100 Core Health Indicators*) para el seguimiento de los resultados priorizados por la comunidad mundial, con el fin de proporcionar información concisa sobre la salud, situación y tendencias, incluyendo las respuestas a nivel nacional y mundial. La lista de referencia refleja indicadores de relevancia para reportar a nivel de país, regional y global acerca de las prioridades sanitarias mundiales relativos a la agenda de los ODM, así como prioridades nuevas y emergentes tales como las enfermedades no transmisibles, la cobertura universal de salud y otros temas clave en el desarrollo post-2015. Se trata de un "documento vivo", cuya versión nº5 data de noviembre de 2014, la cual pretende ser actualizada periódicamente a medida que se desarrollan las tecnologías, surgen nuevas prioridades y se modifican las intervenciones.

## **Análisis de información**

Una estrategia nacional de salud sólida debe especificar los mecanismos de MyE mediante los cuales los resultados del MyE pueden examinarse e influyen en la adopción de decisiones y medidas correctivas, incluido el desembolso Financiero. Los procesos de análisis del sector salud que existen en los países constituyen una referencia clave para evaluar el progreso y el desempeño, y pueden influir en el establecimiento de prioridades y la consiguiente asignación de recursos. Estos análisis deben vincularse sistemáticamente con las acciones en los países ya que proporcionan la base para la [rendición mútua de cuentas](#). No obstante, con frecuencia la falta de fiabilidad de los datos o la falta de un cuadro de mandos adecuado para la toma de decisiones informada condiciona que ésta no se base exclusivamente en la información disponible y tenga que ser complementada mediante el diálogo de políticas.

## Gráfico 14. Conjunto de indicadores para el monitoreo del progreso y desempeño del sector salud

### Lista ilustrativa de la OMS de los indicadores fundamentales para el análisis del sector salud



Fuente: IHP+/OMS. Monitoreo, Evaluación y Análisis de las estrategias nacionales de Salud. Ginebra Nov. 2011

En general, basándose en el análisis, la síntesis y el diálogo inclusivo sobre políticas, se hacen [revisiones periódicas](#) de los planes nacionales estratégicos y operativos. El progreso y el desempeño a través de análisis anuales, dan lugar a ajustes de los planes anuales operativos mediante un análisis y evaluación a mitad de periodo, y una evaluación final.

Los interesados directos que deben estar incluidos en cualquier mecanismo de análisis conjunto incluyen al personal clave del Ministerio de Sanidad y sus departamentos, representantes de los equipos subnacionales, otros ministerios clave (ej. Economía, Planificación), socios mundiales, socios no estatales para la ejecución, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. Depende de cada gobierno determinar con sus socios, cuál es la mejor manera de incluir a los múltiples interesados directos en el análisis del desempeño del sector, de los programas o de programas multisectoriales, y con qué periodicidad deben hacerse los análisis. La experiencia de los enfoques sectoriales en varios países, indica que los análisis anuales son útiles solamente cuando pueden usarse en la elaboración del siguiente plan operativo anual. Un análisis anual se convierte luego en una oportunidad de evaluar el progreso logrado, de analizar lo que está o no funcionando, aprender de la observación de la realidad y de valorar si es preciso establecer nuevas estrategias.

El desarrollo de cualquier ENS, debe aprovechar el análisis final de los resultados de la evaluación de mitad de periodo, y de los resultados de la evaluación anticipada de la estrategia anterior. Para cerrar este círculo, los resultados de la evaluación anticipada deben servir como análisis de la situación inicial y como base fáctica para el proceso posterior de elaboración de la estrategia de salud anual.

Durante los análisis pueden abordarse diferentes temas con diversos niveles de profundidad o rigor, según las necesidades de cada país. Por ejemplo, es posible que un país quiera examinar un tema específico —como los recursos humanos para la salud o el financiamiento de salud— durante cada uno de sus análisis anuales, pero quizá decida examinar el tema con mayor profundidad en ciertos años que en otros, dependiendo de sus necesidades específicas de información.

- » Análisis anual: se centra en los indicadores y las metas que se especifican en los planes anuales operativos. Se trata principalmente de indicadores de insumos, procesos y productos. También se utilizan los indicadores de la cobertura, si están disponibles. Debe ayudar a fundamentar la evaluación de forma sistemática.
- » Análisis a mitad del periodo: normalmente se realiza a la mitad de la ejecución de las ENS. Abarca todas las metas mencionadas en la estrategia, incluyendo los indicadores de resultados y la repercusión, y considerando los cambios contextuales. Debe coincidir con el análisis anual (por ejemplo, el tercer año en un plan quinquenal). Los resultados se usan para ajustar las prioridades y los objetivos nacionales.
- » Análisis final: se trata de un análisis integral del progreso y el desempeño durante el periodo completo de la ENS. Se basa en los análisis anuales y de mitad del periodo, así como en los resultados de investigaciones específicas y de la evaluación anticipada que deben incorporarse desde el principio.

Los análisis detallados de programas específicos no deben realizarse como actividades paralelas y separadas, sino que deben vincularse al análisis general del sector salud y contribuir a este. En teoría, un análisis de programas específicos debe realizarse antes del análisis general del sector salud, y ayuda a fundamentar el contenido del análisis del sector salud en relación con esa área programática específica. Es importante que los análisis de programas específicos incluyan a personal y a investigadores que no estén involucrados en el propio programa, a fin de que la evaluación del progreso sea objetiva.

### **Uso**

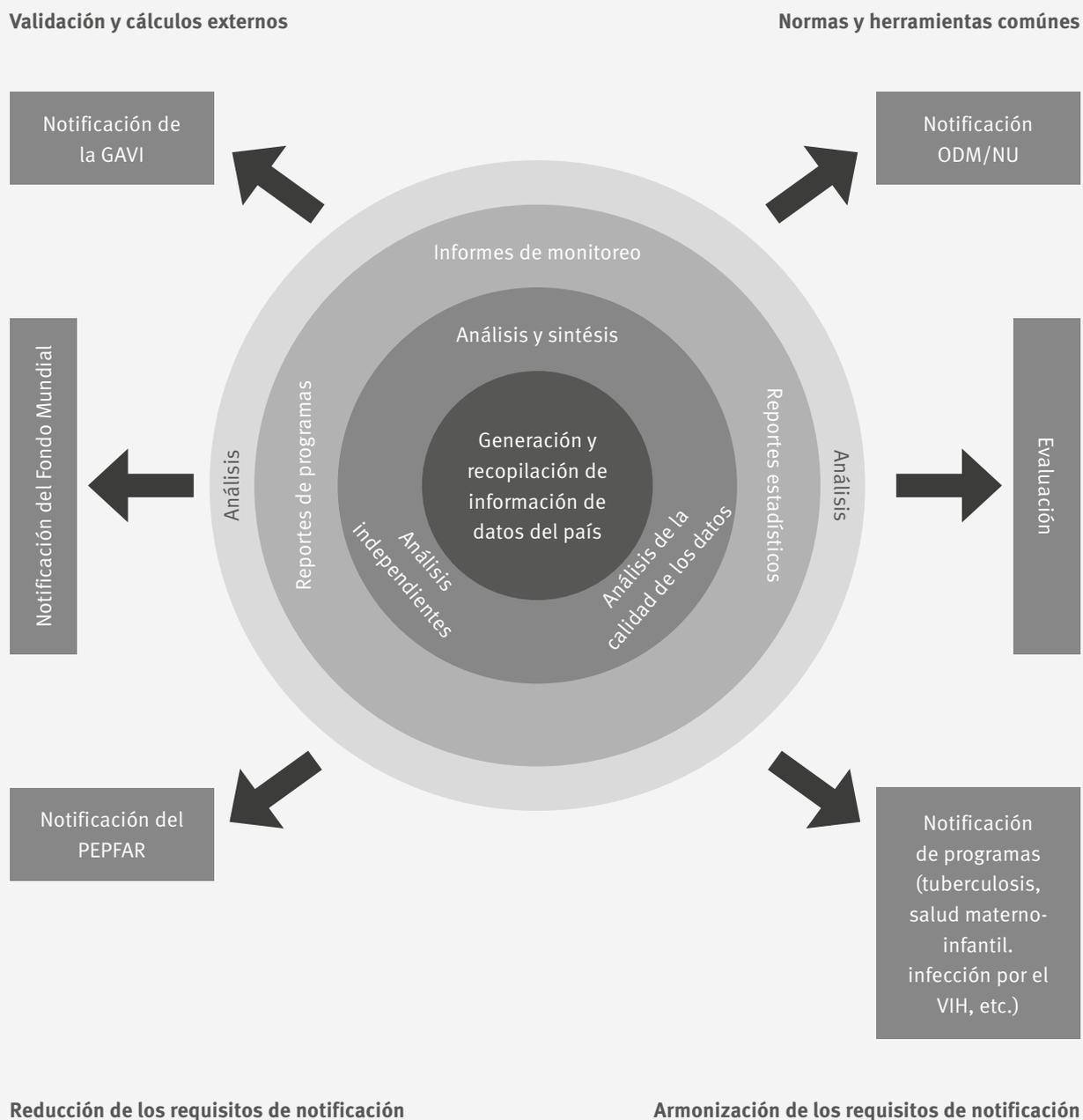
La recolección ordenada de datos y su integración en sistemas que garanticen la accesibilidad a información relevante, fiable y actualizada es fundamental para asegurar un seguimiento adecuado, sustentar la toma de decisiones y facilitar insumos que alimenten la evaluación y la gestión del conocimiento. Además, el uso intensivo de la información favorece la [gestión para resultados](#) y la eficiencia en la gestión de los recursos y es esencial para garantizar la transparencia y la [rendición de cuentas](#), apuestas fundamentales del [IV Plan Director de la Cooperación Española](#), en línea con los compromisos sobre la eficacia y la calidad de la ayuda asumidos por España. El seguimiento regular del desempeño de los sistemas de salud es fundamental para supervisar y ajustar cualquier desviación en la pertinencia o eficiencia de las intervenciones. Se requerirá no solo el análisis de los registros de las instituciones en el ámbito nacional (cada 4-5 años) y servicios de salud, sino también un diagnóstico periódico a nivel de la salud comunitaria

y de distrito así como- idealmente- de todos los factores que influyen o determinan la salud de las poblaciones y que están fuera del alcance directo y natural del Sistema Sanitario. El [diagnóstico de salud comunitaria](#) combina datos cuantitativos y cualitativos a partir de registros, cuestionarios, encuestas epidemiológicas (clínicas y de laboratorio), entrevistas estructuradas y discusiones en grupo. Todo ello proporcionará el mapeo de las prioridades de salud y la base para desarrollar una estrategia nacional de salud que dé respuesta a las necesidades nacionales y locales.

El componente de MyE de las estrategias nacionales de salud, debe servir como base para todo MyE que se relacione con procesos como el componente del sector salud de los [enfoques sectoriales](#) y del [IHP+](#). También debe servir como base de las actividades programáticas apoyadas por el [GAVI](#), el [Fondo Mundial](#) y otros donantes, y para las necesidades relacionadas con enfermedades y programas específicos. El objetivo es reducir al mínimo los [costos de transacción](#) de los países y los socios mundiales, reducir la fragmentación y la duplicación, y fortalecer conjuntamente los sistemas nacionales de información sanitaria, mientras se cumplen las normas mundiales. Debería consistir en un proceso interactivo que combine el fortalecimiento de los análisis de cada país con la alineación de la notificación y los análisis mundiales. En último término, esto dará lugar a una mejora en la eficiencia y calidad del sistema.

El gráfico siguiente muestra la plataforma común de monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud con la generación de datos del país y procesos de uso en el centro.

Gráfico 15 Plataforma dirigida por los países para el monitoreo y el análisis de la ENS



Fuente: OMS/IHP+. Monitoreo, Evaluación y Análisis de las estrategias nacionales de Salud, 2011

### **Investigación**

Un sistema de información participativo y enfocado hacia la acción puede ser el punto de partida para la identificación de las prioridades de investigación de los sistemas y programas de salud de una forma apropiada y pertinente, a través de los [principios de la Investigación Sanitaria Nacional Esencial](#). Este concepto se basa en la aplicación de los principios de Alma Ata a la investigación, en relación al enfoque participativo, la pertinencia en base a las principales necesidades de salud de la población y a que

conduzcan a un cambio de comportamiento aceptable y asequible o factible, estrategias preventivas, protocolos clínicos o nuevas medicinas o productos médicos. Esta agenda en investigación debe ser la base de contribución de todos los actores, de una manera colaborativa y no distorsionante (por intereses académicos o económicos por parte del sector privado), considerando que la estrategia nacional de salud debe ser la base para la implementación de los servicios de salud.

En concreto, en África la [Declaración Ministerial de Alger en Investigación para la Salud en la Región Africana](#) (2008), que reunió a los ministros de la Región de África, junto a investigadores, organizaciones no gubernamentales, donantes y el sector privado, renovó los compromisos para reducir la brecha de conocimientos con el fin de mejorar el desarrollo de la salud y la equidad en salud en la Región. Por su parte, en la UE, la Comunicación y Conclusiones sobre el [Papel de la UE en la Salud Global](#) (2010), instó a los Estados Miembros a trabajar hacia un marco global para la investigación y desarrollo que abordara las necesidades en salud prioritarias de los países en desarrollo y priorizara acciones de investigación pertinentes para hacer frente a los retos mundiales de salud, de conformidad con la [Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual](#)<sup>45</sup>. En este sentido, a partir de la resolución [AMS63.28](#) (2010), fue creado el [Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: financiación y coordinación](#) (CEWG por sus siglas en inglés) con la finalidad fortalecer la financiación y coordinación de las actividades de investigación y desarrollo, para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo. Entre las acciones que integra, se encuentra la creación de un [Observatorio de I+D](#). Asimismo, la Comisión Europea aprobó también en una Comunicación denominada “Reforzar y centrar la cooperación internacional de la UE en investigación e innovación: un enfoque estratégico” ([COM\(2012\) 497 final](#)) en la que se propone reforzar y centrar las actividades de cooperación internacional en investigación e innovación en el marco del Programa de Investigación e Innovación la UE [Horizon 2020](#).

### ***Técnicas de la Información y Comunicaciones (TIC)***

Una de las líneas prioritarias de la Estrategia de Salud de la AECID es el fortalecimiento integral de los sistemas de salud de los países socios. Las [Técnicas de la Información y Comunicaciones \(TIC\)](#) son una herramienta transversal con gran potencial para facilitar e impulsar intervenciones a nivel de servicios y sistemas realizadas en la distancia. Las TIC permiten maximizar el valor de la información facilitando a los profesionales de la salud la toma de decisiones complejas, proporcionar una atención más segura en los centros de salud, disponer de mayor información por parte de la población para que sea partícipe de su propia salud y que sus gobiernos se responsabilicen de ella.

Podemos distinguir tres categorías relativas al uso de las TIC en la Salud: (i) investigación y gestión de los servicios de salud, contribuyendo a la mejora del funcionamiento de los sistemas de atención; (ii) prestación de servicios, mejorando la provisión de atención de salud; (iii) acciones de [Información, Educación y Comunicación \(IEC\)](#) en los servicios

dirigidos al personal de atención y a la población en general.

El Sistema de Información Sanitaria, mediante las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información, incluyendo la telemedicina, también puede ayudar a predecir, detectar y reaccionar ante contingencias sanitarias de una manera más oportuna y eficaz.

En definitiva, las TIC potencian sistemas de salud de mayor calidad: más eficaces, más eficientes. Pero también más equitativos y justos. La AECID dispone de una [Guía para la incorporación de las TIC en las intervenciones de salud en la cooperación al desarrollo](#)<sup>46</sup>.

## RETOS

- ✓ Uno de los retos referentes al marco de monitoreo y evaluación radica en lograr un equilibrio apropiado a lo largo de la cadena de resultados y de las principales áreas programáticas.
- ✓ Limitaciones en la falta de disponibilidad de fuentes de datos fiables.
- ✓ Alineamiento de los sistemas de información con el marco de monitoreo y evaluación de la estrategia nacional.
- ✓ Armonización entre todos los actores clave para apoyar a un único sistema de monitoreo.
- ✓ Integración de las TIC en los sistemas de salud.

## HERRAMIENTAS ÚTILES

- ✓ Sistema de Gestión de la Información Sanitaria e informes periódicos.
- ✓ Informes de supervisión.
- ✓ Informes de progreso de los programas.
- ✓ Plan de acción a nivel de proyectos.
- ✓ [G-FINDER](#): los Informes anuales y la base de datos proporcionan información financiera actualizada precisa en el campo de la investigación y el desarrollo (I + D) dirigida a las enfermedades olvidadas.

La OMS, UNICEF y otras organizaciones internacionales producen estimaciones comparables para indicadores sanitarios clave basados en los datos y métodos disponibles para corregir deficiencias en los datos y hacer predicciones en el tiempo y en el espacio. Los resultados están disponibles en bases de datos mundiales y, para algunos indicadores de salud, como la prevalencia del VIH y la mortalidad infantil, es posible obtener información adicional de páginas web y herramientas para realizar o reproducir las estimaciones globales.

Existen además múltiples marcos analíticos y estratégicos para los sistemas de salud, dando lugar a un potencial considerable para la duplicación, la superposición y confusión<sup>47</sup>. Éstos incluyen el [marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud \(2000\)](#)<sup>48</sup>; el [marco de cuadro de mandos del Banco Mundial \(2004\)](#)<sup>49</sup>; y el [marco de los pilares sanitarios \(“building blocks”\) de la OMS \(2006\)](#)<sup>50</sup>.

La OMS y el Banco Mundial, en estrecha colaboración con socios y varios países, han desarrollado una [herramienta para el fortalecimiento del M&E de los Sistemas de Salud](#)<sup>51</sup>. Basándose en el marco de los pilares sanitarios de los sistemas de salud, se identifican los indicadores básicos y complementarios en las áreas de financiamiento, recursos humanos, productos médicos y la prestación de servicios de salud. También se describe un conjunto de instrumentos básicos para la recolección de datos, incluyendo los sistemas de gestión de información de salud de rutina y evaluaciones de las infraestructuras sanitarias. Es necesario seguir trabajando para desarrollar indicadores y métodos de recolección de datos para la gobernanza y los componentes del sistema de información sanitaria.

En la medición de inequidades, la OMS viene promoviendo una metodología que podría servir para múltiples propósitos, elaborando el manual [“Handbook on Health Inequality Monitoring 2013”](#).

En este sentido, en el marco de la agenda post-2015, se está proponiendo el [“Global Inequity Death Toll”](#) como herramienta para medir las muertes que podrían ser evitadas en el caso de que los países de menores ingresos tuvieran las mismas tasas de mortalidad que los países de elevados ingresos.

La OMS dispone también de una herramienta que ofrece un marco metodológico para el desarrollo de una estrategia nacional de “eSalud” ([“ehealth”](#), por sus siglas en inglés)<sup>52</sup>, que incluye un marco de monitoreo. La herramienta se compone de tres partes, en las que la segunda y la tercera se construyen progresivamente en base al trabajo de la primera:

- ✓ Parte 1: Estrategia nacional de “eSalud” que responde a los objetivos de salud y desarrollo.
- ✓ Parte 2: Plan de acción nacional que refleja las prioridades nacionales.
- ✓ Parte 3: Plan para monitorizar la ejecución y gestión de los riesgos asociados. Plan de acción y marco de monitoreo.

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Aplicación de las TIC en Guatemala- TulaSalud: Calidad en la atención con agentes comunitarios.

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

TulaSalud es una ONG guatemalteca cuyo objetivo es la mejora de la salud en las zonas rurales de Guatemala (principalmente la salud materno infantil) mediante las Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Utiliza herramientas innovadoras de teleeducación para la formación remota de enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería; y sistemas de apoyo al diagnóstico para personal de atención rural a través de telefonía móvil. El área de tele-educación nace con el objetivo de mejorar la formación de los recursos humanos en enfermería y está pensado para todos los niveles asistenciales del colectivo. La formación a distancia está muy enfocada a atención primaria, con selección de alumnos de zonas rurales y de bajos recursos, que reciben los cursos por videoconferencia desde los Centros de Salud asociados al proyecto. El área de apoyo a la atención de salud rural está muy enfocada en la figura del 'tele-facilitador' para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes de la zona rural bajo el asesoramiento a distancia (a través de teléfonos móviles pagados por TulaSalud) del personal de los centros de salud del ministerio (o de los profesionales de TulaSalud), y la coordinación de la transferencia de los más complicados.

### CONTEXTO

La situación de salud ha mejorado en Guatemala durante la década pasada, sin embargo siguen existiendo profundas diferencias entre la población indígena y no indígena en el país. Además, en Guatemala, al igual que ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, no hay profesionales sanitarios cualificados (médicos y enfermeras) disponibles en zonas rurales aisladas y la atención sanitaria recae principalmente en la figura del auxiliar de enfermería. Aún así, la permanencia de esos auxiliares en los puestos de salud rurales suele ser a la mínima imprescindible hasta alcanzar la experiencia necesaria para trabajar en un Centro de Salud o un Hospital urbano. Por estas razones, en el año 2003, la Escuela de Enfermería de Cobán (una de las tres escuelas públicas de enfermería del país), inicia un programa de formación a distancia de auxiliares de enfermería apoyado por las TIC. El proyecto de TulaSalud está especialmente orientado al primer nivel de atención de salud, aunque han ido incorporando también actividades en el segundo y tercer nivel de atención. La zona rural guatemalteca tiene una altísima proporción de población indígena, con costumbres y lenguas propias, que el sistema de atención de salud tuvo que integrar. En 1997, el MSPAS impulsó el PEC (Programa de Extensión de Cobertura) en el primer nivel de atención, mediante la contratación de ONGs como administradores y prestadoras de servicios de salud, llegando a lugares donde antes no existían servicios de atención; con énfasis en la población rural, más pobre, y predominantemente indígena. El PEC basa su estrategia de atención en la figura del 'facilitador comunitario', que está a cargo de labores de prevención, promoción y atención básica de salud en su comunidad y alguna otra cercana (con el manejo de un botiquín de medicamentos básicos), y que recibe la visita de brigadas itinerantes de profesionales de la salud, alrededor de una vez al mes. La figura del tele-facilitador de TulaSalud está inspirada en la figura previa del 'facilitador comunitario', pero con más apoyo externo gracias a la posibilidad de contar con algunas herramientas TIC. Al ser Guatemala un país relativamente pequeño en extensión, ha favorecido la extensión de la telefonía móvil, contando con un terminal básico de telefonía celular desde el que los tele-facilitadores consultan sus dudas, y envían información epidemiológica. Para hacer que la información llegue a tiempo, TulaSalud utiliza el software EpiSurveyor que permite crear cuestionarios para teléfonos móviles y procesar en tiempo real la información que va llegando al sistema.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICAS

La iniciativa surge del apoyo de la Asociación TulaSalud en Guatemala a la Estrategia Nacional de Salud, en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y otros donantes como la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) en el logro de sus objetivos. Se trata de una cooperación triangular, con acciones dirigidas especialmente a población indígena rural y postergada, fortaleciendo la atención primaria en salud y el enfoque intercultural a través del uso de las TICs. En el proceso de diálogo se han establecido mecanismos de articulación con múltiples Instituciones, tales como la Dirección General del SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud), el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), la Dirección General de Recursos Humanos, el Departamento de Formación de Recursos Humanos, el área de Salud de Alta Verapaz, el Hospital Regional de Cobán, la Escuela Nacional de Enfermería de Cobán y otras áreas de Salud en Guatemala. Uno de los aspectos a destacar es la cooperación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la articulación de los servicios de salud, para un sistema de referencia y respuesta de pacientes, oportuno y pertinente a través de las TIC. La Telemedicina ha posibilitado la optimización de los servicios de atención en salud, facilitando el acceso a zonas distantes para poder acceder a la atención especializada así como mejorar la vigilancia epidemiológica.

## LECCIONES APRENDIDAS

Es fundamental la institucionalización de este tipo de programas, con el fin de asegurar la sostenibilidad y posibilidad de expansión de este tipo de iniciativas a otras áreas geográficas, tanto a nivel financiero como de gestión y normatización; en la actualidad ya depende del Área de Salud de Alta Verapaz. Para ello se debe garantizar la voluntad política y liderazgo de las autoridades sanitarias locales y apoyar el desarrollo de capacidades de todos los actores implicados, incluido el nivel comunitario, para promover su participación en los diálogos locales. Hay que asegurar además una adecuada comprensión del contexto, como las limitaciones de acceso a muchas de las comunidades rurales de Guatemala a las que no llegan carreteras o el nivel de formación de los recursos humanos disponibles.

## RETOS

La integración de proyectos de esta índole dentro de las estrategias nacionales de salud con el fin de evitar duplicaciones y estructuras paralelas.

Implicación de la sociedad civil en el diálogo de políticas a nivel local tanto con organismos gubernamentales como actores clave de desarrollo.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [OPS. Conversaciones sobre eSalud. Washington, DC: 2014 \(colaboración AECID\)](#)
- ✓ [AECID. Guía de la Cooperación Española para la integración de las TIC en las intervenciones en salud de la cooperación para el desarrollo, Madrid 2012.](#)
- ✓ [IHP+/OMS. Monitoreo, Evaluación y Análisis de las Estrategias Nacionales de Salud. Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra Nov. 2011.](#)
- ✓ [WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening. Geneva, WHO, 2010.](#)
- ✓ [Health Metrics Network framework and standards for country health information systems. Second edition. Geneva, World Health Organization, 2008.](#)
- ✓ [WHO. Everybody's business — Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, 2007.](#)
- ✓ [OMS\ehhealth for health-care delivery: Strategy 2004-2007," Geneva, 2004.](#)
- ✓ [World health report 2000. Health systems performance assessment. Geneva, WHO, 2000.](#)

### WEBSITES

- ✓ [http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf)
- ✓ [http://www.internationalhealthpartnership.net/en/working\\_groups/monitoring\\_and\\_evaluation](http://www.internationalhealthpartnership.net/en/working_groups/monitoring_and_evaluation)
- ✓ [http://www.who.int/healthmetrics/news/chis\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/news/chis_report.pdf?ua=1)
- ✓ [http://www.who.int/healthmetrics/news/monitoring\\_maternal\\_newborn\\_child\\_health.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf)
- ✓ [http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html)
- ✓ <http://www.unfpa.org/monitoring/toolkit.htm>
- ✓ <http://www.infoforhealth.org/hipnet/MEGuide/MEGUIDE2007.pdf>
- ✓ <http://www.paho.org/ict4health>



Accuracy and  
less monitoring.

Balance précise de votre condition physique.  
Pour contrôler la bonne santé.

Canada



# PRINCIPIOS

# 3

Tabla 5. Principios de un sistema sanitario

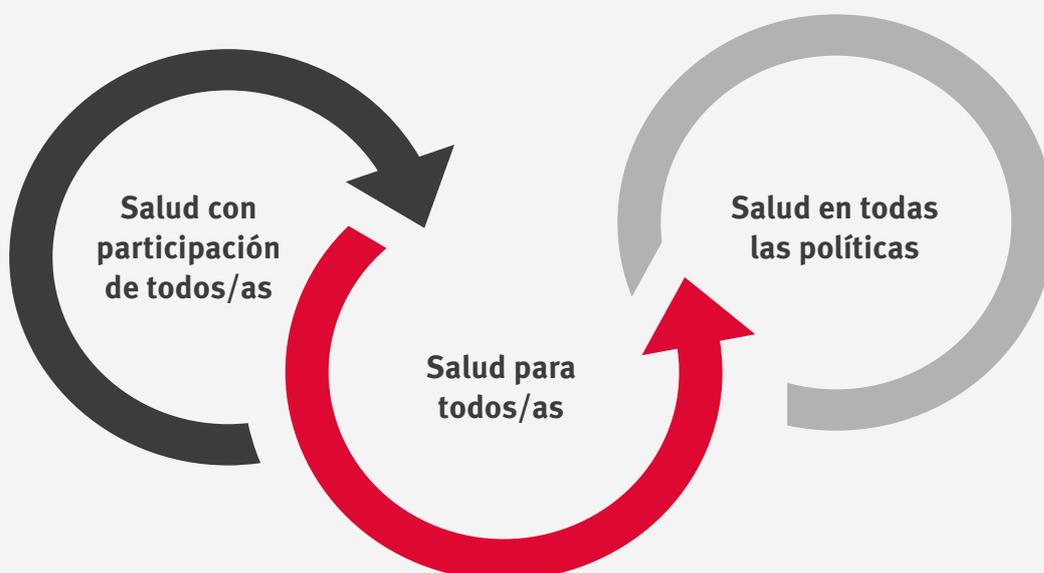
<b>Principios SS</b> <i>Atención Prim. S</i> <i>(AMS 62.12)</i>	Liderazgo participativo (derechos humanos)	Cobertura Universal	Atención centrada en el paciente/ la persona	Salud en todas las Políticas
---	---	---------------------	--	------------------------------

El [IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016](#), establece que la salud es un derecho humano fundamental, así como un elemento clave para el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza, cuya responsabilidad es pública tanto a nivel local como internacional. En esta línea, el [PAS Salud de la AECID](#) se fundamenta en los principios claves de un sistema sanitario basado en los valores de solidaridad, equidad y justicia social.

Estos valores se traducen en una cooperación en salud enfocada hacia (1) *la apropiación democrática de la salud*, (2) *la cobertura universal y equitativa de la atención sanitaria y la protección social* (3) *la atención centrada en el paciente* y (4) *la coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque intersectorial de la salud y la [Salud en Todas las Políticas](#)* (SETP).

Todo ello se enmarca en los compromisos definidos por la comunidad mundial en la [Declaración de Alma-Ata](#) en 1978, que sentó los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), recogidos en el [Informe Mundial de la Salud 2008](#) y la subsecuente la [Resolución 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud](#) sobre Atención Primaria de Salud y Fortalecimiento de los Sistemas Sanitarios.

Dichos principios deben guiar toda la estructura, la organización, las funciones y la supervisión de los sistemas de salud, con una definición clara, concreta, de forma vinculante y bajo la responsabilidad tanto de la sociedad civil como los gobiernos en su cumplimiento. A nivel mundial, estos principios requieren metas e indicadores de progreso.



## 3.1 LIDERAZGO PARTICIPATIVO/GOBERNANZA

### CONCEPTO/RACIONAL

El concepto de “rectoría” como una de las principales cuatro funciones del sistema de salud, junto a la financiación, los recursos y la prestación de servicios, fue originalmente introducido por la OMS en el [Informe Mundial de la Salud 2000](#). Reconoció la rectoría como la función de responsabilidad del gobierno del bienestar de la población, teniendo en consideración la confianza y legitimidad otorgada por la sociedad civil al respecto, pero ha sido posteriormente debatido por diversos autores que han asociado el concepto con una gama de funciones de gobierno y de prestación de servicios. En 2007, el *Marco de la OMS para la Acción una cuestión de Todos (WHO’s framework for Action Everybody’s Business)* sustituyó el término por liderazgo y gobernanza, el cual según la OMS implica “asegurar que existan marcos de políticas estratégicas y que se combinen con una supervisión efectiva, la construcción de coaliciones, regulaciones, la atención al diseño del sistema, y la rendición de cuentas”. La gobernanza de los sistemas de salud, se refiere a las acciones y los medios adoptados por una sociedad para organizar la promoción y la protección de la salud de su población, incluyendo las instituciones y organizaciones que llevan a cabo las funciones principales de un sistema sanitario<sup>53</sup>. Aunque en última instancia, es responsabilidad del gobierno, esto no significa que todas las funciones de liderazgo y de gobierno tengan que ser llevadas a cabo por ministerios de salud a nivel central.

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

La transformación acelerada en la arquitectura de la ayuda en el ámbito de la salud global, en la que coexisten más de 137 iniciativas a nivel mundial, requiere un *liderazgo* sólido a nivel gubernamental con el fin de asegurar la apropiación local, la coordinación en la ejecución de las diversas intervenciones y su evaluación. El diálogo de políticas juega un papel crucial en las negociaciones de los gobiernos locales acerca de las contribuciones de multiplicidad de actores, tanto privados como públicos, para el apoyo al plan nacional de salud.

El *liderazgo inclusivo* requiere la capacidad y voluntad política de gobiernos democráticos, a través de sus instituciones, para liderar un proceso participativo e involucrar a todos los actores con el fin de enriquecer la representación democrática, la contribución técnica y una evaluación neutral respecto a su responsabilidad en la garantía del derecho a la salud. Se requiere tanto la acción política como técnica, ya que implica la conciliación de las demandas que compiten por recursos limitados.

El liderazgo y la gobernanza de los sistemas de salud es, sin duda, el componente básico fundamental y a la vez más complejo de cualquier sistema de salud. Se considera un determinante clave del crecimiento económico, la promoción social y el desarrollo general, así como la consecución de los ODMs en países de medianos y bajos ingresos.

La apropiación, entendida justamente como el liderazgo efectivo de los países socios sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, así como la coordinación de las acciones de desarrollo, es el primero de los cinco principios establecidos en 2005 en la [Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda](#):

### APROPIACIÓN

Los países socios se comprometen a:

- » Ejercer su liderazgo desarrollando e implementando sus propias estrategias nacionales de desarrollo por medio de amplios procesos consultivos.
- » Traducir esas estrategias en programas operativos prioritarios orientados a los resultados de acuerdo con los marcos de gasto a medio plazo y los presupuestos anuales.
- » Dirigir la coordinación de la ayuda en todos los ámbitos, así como los otros recursos del desarrollo, en diálogo con los donantes y fomentando la participación de la SC y sector privado.

Los países socios se comprometen a:

- » Respetar el liderazgo de los países socios y ayudar a reforzar sus capacidades.

## POLITICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

- ✓ [IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016.](#)
- ✓ [Plan de Actuación Sectorial de Salud AECID.](#)
- ✓ [Orientaciones para las contribuciones bajo la modalidad multilateral. AECID, Madrid Diciembre, 2009.](#)
- ✓ [Grupo de Trabajo sobre Eficacia y Calidad de la Ayuda \(GTEC\).](#)
- ✓ [Grupos Estables de Coordinación \(GEC\) en terreno:](#) constituyen el principal mecanismo para la gestión estratégica de la Cooperación Española en los países socios. Convocado en el seno de la embajada correspondiente, con el liderazgo de la OTC, el GEC tiene como objetivo asegurar la comunicación, coordinación, coherencia y complementariedad de la cooperación española en el país a lo largo de todo el ciclo de la asociación estratégica.

### *Unión Europea*

- ✓ [Global Health Governance The EU's Role in Global health.](#) Annex Council of the European Union. 13430EN 10. Brussels, September 2010.
- ✓ [Aumento del impacto de la política de desarrollo de la UE: “Programa para el Cambio”.](#) COM(2011) 637 final. Bruselas, 13.10.2011
- ✓ [Health 2020:](#) la Política Europea para la Salud y el Estado de Bienestar, puede contribuir de forma significativa a avanzar en la gobernanza en salud.
- ✓ [Declaración del Consejo y de la Comisión sobre la Política de Desarrollo de la Comunidad Europea.](#)

### *Nivel Internacional*

- ✓ [Principios de Eficacia de la Ayuda: Declaración de París, Accra y Busan.](#)
- ✓ [Alianza Sanitaria Internacional-IHP+](#)
- ✓ [WHA64.8 sobre fortalecimiento del diálogo nacional](#) con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos.

## ELEMENTOS CLAVE

La experiencia sugiere que hay algunas funciones clave que son comunes a todos los sistemas de salud, independientemente de cómo están organizados. En el [Informe Mundial de la Salud 2000](#), se definieron tres dimensiones distintas de rectoría.

- ✓ La formulación de políticas de salud - la definición de la visión y la dirección;
- ✓ Ejercer influencia - se acerca a la regulación;
- ✓ Recopilación y uso de la información

Mientras que los dos primeros componentes indican la responsabilidad de supervisar la política de salud y la conducta de los actores en el ámbito de la salud, la tercera dimensión es particularmente relevante para considerar el papel de los gobiernos y los ministerios de salud, en particular en el uso de la evidencia.

Partiendo de estos parámetros de la OMS y teniendo en cuenta la definición ampliamente aceptada y los [principios de gobernanza del PNUD](#) así como las [Funciones Esenciales en Salud Pública \(FESP\)](#) de la OPS y [aspectos de gobernanza del Banco Mundial](#), Sammeed Siddiqi et al.<sup>54</sup> en 2009 presentaron un marco analítico referente a la gobernanza de los sistemas de salud en países con recursos limitados, que incluye los diez principios que se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 6. Principios de la Gobernanza de un Sistema de salud

PRINCIPIOS	EXPLICACIÓN
Visión estratégica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia perspectiva de los líderes acerca de la salud y desarrollo humano a largo plazo, con direcciones estratégicas basadas en el conocimiento de las complejidades históricas, culturales y sociales.</li> </ul>
Participación y Orientación para el Consenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voz de la sociedad civil en la toma de decisiones en salud ya sea directa o indirectamente a través de instituciones que representan sus intereses.</li> <li>• Mediación entre diferentes intereses para llegar a un consenso en políticas sanitarias y procedimientos.</li> </ul>
Legislación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de marcos legales relacionados con el derecho a la salud.</li> </ul>
Transparencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos, instituciones e información accesibles.</li> <li>• Información disponible para conocimiento y monitoreo de la sanidad.</li> </ul>
Capacidad de Respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones y procesos al servicio de todos los interesados para asegurar que las políticas y programas responden a las necesidades.</li> </ul>
Equidad e Inclusividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad para tod@s de mejorar o mantener el estado de salud y bienestar.</li> </ul>
Eficacia y Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos e instituciones producen resultados acordes con necesidades población e influyen en el impacto salud a través del mejor uso de recursos.</li> </ul>
Rendición de Cuentas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomadores de decisión del gobierno, sector privado y OSC implicados en el ámbito de la salud rinden cuentas al público y actores institucionales.</li> </ul>
Conocimiento e Información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de evidencia para la toma de decisiones informadas acordes con la visión estratégica en salud.</li> </ul>
Ética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto a la autonomía, no hacer daño, beneficencia y justicia.</li> <li>• Incluye investigación en salud.</li> <li>• Importante salvaguardar los intereses y derechos de los pacientes.</li> </ul>

Fuente: S. Siddiqi et al. / Health Policy 90 (2009) 13–25

### ***Interdependencia global y coordinación de la gobernanza en salud***

El hecho de que la gobernanza se extiende más allá del gobierno a diversos actores, incluyendo los individuos, los proveedores e instituciones, conlleva el establecimiento de modelos de reparto de poder, funciones y responsabilidades de todas las partes, así como mecanismos de coordinación entre las diversas organizaciones e iniciativas globales, entre sectores y ámbitos políticos, entre entidades estatales y no estatales y, sobre todo, entre y dentro de las redes que funcionan en el seno de estas agrupaciones.

Hay que tener en cuenta además, que muchos de los problemas de salud a los que actualmente se enfrentan los gobiernos trascienden las fronteras nacionales y son parte de una compleja red de interdependencias. La separación entre las agendas políticas nacionales y globales se ha ido difuminando, originándose efectos recíprocos entre países o entre actores de distintos países y la gobernanza se lleva a cabo cada vez más a través de los diversos niveles, desde lo local a lo global; los actores locales y regionales, por tanto, tienen cada vez más relevancia, por lo que la gobernanza multinivel eficaz resulta tan importante como la gobernanza intersectorial y participativa. El siguiente gráfico muestra un ejemplo de colaboraciones entre actores implicados en la gobernanza en el control de la malaria.

Gráfico 16. Difusión de la gobernanza: alianza para el control de la malaria



Fuente: Roll Back Malaria Partnership (2010)

En el ámbito de la salud global, la labor de la OMS es indispensable en la esfera de la coordinación así como en el ejercicio de un liderazgo sólido y un papel preponderante en su mandato de gobernanza mundial de la salud. Precisamente dentro del [proceso de reforma de la OMS](#) que se emprendió en 2011, en su resolución [WHA64.2](#) la Asamblea Mundial de la Salud pidió al Consejo Ejecutivo que estableciera un proceso adecuado para examinar cuestiones relacionadas con la [gobernanza de la OMS](#), entre ellas: la necesidad de una mayor convergencia entre los órganos deliberantes mundiales y regionales y de que su labor sea más focalizada y estratégica, de modo que puedan cumplir eficazmente sus funciones constitucionales, y una participación y un compromiso más activos de todos los Estados Miembros en la gobernanza de la Organización.

La gobernanza de la salud requiere de un conjunto sinérgico de políticas, muchas de las cuales residen en otros sectores diferentes a la salud y fuera del gobierno, y debe ser apoyado por estructuras y mecanismos que faciliten la colaboración.

### ***Implicación de los parlamentos nacionales***

La dimensión democrática puede medirse por la participación de los representantes de todas las personas que viven en el país (sin discriminación, incluyendo tanto las que tienen una condición legal como los que no la tienen, que suelen ser más vulnerables a los problemas de salud) en todas las fases de definición de políticas, programación y la ejecución de la estrategia de salud. Un sistema democrático debería asegurar que se tenga en cuenta su voz a través de sus representantes democráticos en los ayuntamientos y parlamentos regionales y nacionales. En caso de que dicha representación se desconecte de las necesidades y peticiones de sus comunidades, se requerirán iniciativas de participación adicionales para aumentar tanto la sensibilización como la participación parlamentaria en los procesos de políticas y programación, así como mecanismos complementarios de participación directa.

La representación democrática se puede medir, por lo tanto, por la proporción de la comunidad cubierta respecto a las necesidades de salud insatisfechas, a través de sus representantes electos y/o a través de asociaciones asamblearias de base. Se requiere un análisis cuidadoso para evaluar de qué forma estos "mecanismos democráticos complementarios", tienen como objetivo la representación y la defensa universal del derecho a la salud o, por el contrario, representan de una manera sesgada, sólo una parte de la comunidad o tan sólo algunos de sus problemas, corriendo el riesgo de discriminaciones positivas y negativas.

## AMPLIAREMOS EL DIÁLOGO POLÍTICO SOBRE EL DESARROLLO A NIVEL DE PAÍS

Participaremos en un diálogo abierto e inclusivo sobre políticas de desarrollo. Reconocemos el papel fundamental y la responsabilidad de los parlamentos a la hora de garantizar la apropiación nacional de los procesos de desarrollo.

Para alcanzar este objetivo tomaremos las siguientes medidas:

- » Los gobiernos de los países en desarrollo trabajarán más estrechamente con los parlamentos y las autoridades locales en la preparación, implementación y control de políticas y planes nacionales de desarrollo. Asimismo colaborarán con las OSC.
- » Los donantes respaldarán las iniciativas para aumentar la capacidad de todos los actores involucrados en el desarrollo —parlamentos, gobiernos centrales y locales, OSC, institutos de investigación, medios y el sector privado— para asumir una función activa en el diálogo sobre políticas de desarrollo y sobre el papel de la ayuda en la contribución a los objetivos de desarrollo nacionales.
- » Los países en desarrollo y los donantes se asegurarán de que sus políticas y programas de desarrollo sean diseñados e implementados de acuerdo con sus compromisos internacionales en materia de igualdad de género, Derechos Humanos, discapacidad y sostenibilidad medioambiental.

### *Sinergias de la Cooperación Española con la UE y la OMS*

Tal y como reflejan las conclusiones del Consejo Europeo sobre [“El papel de la UE en la Salud Global”](#), el Estado Español se sumó al compromiso adquirido junto a los 27 Estados Miembros de la UE, de apoyar a la OMS a **capitalizar con más eficacia la posición de liderazgo** que ocupa la OMS en la acción sanitaria mundial y su **papel en la función de gobernanza de la salud global**, sus funciones **normativa y de establecimiento de líneas directivas** para asumir los retos que plantea la salud a nivel mundial.

España desde el año 2010 viene trabajando de forma coordinada (SGCID/AECID/MAEC/MSSSI/REPER GINEBRA) tanto en los sucesivos Comités Ejecutivos de la OMS como en la Asamblea Mundial de la Salud. Si bien es cierto que la REPER en Ginebra asume la representación y liderazgo de España en este tipo de foros, el área de salud de la AECID, junto co el área de salud de la SGCID vienen participando activamente en la construcción de una **posición común de la UE junto con el MSSSi**, ofreciendo apoyo técnico que respalde las decisiones que se van tomando en cada una de las Resoluciones o “Statements”, especialmente en lo que concierne a la cooperación internacional y la

salud global o enfermedades tropicales que tienen implicaciones directas en países con recursos limitados, siempre de forma coherente con la política de actuación de la cooperación española en salud.

En esta línea, desde la presidencia española del 2010, se **instauró un grupo técnico virtual interministerial** liderado en Ginebra por la REPER y en Madrid por la SGRIN del MSSSI, con representación del MAEC a través de la DEGCO, la SGCID, y la AECID y donde también participa la DG de Salud Pública del MSSSI. Este grupo trabaja los documentos que se discuten en torno a la OMS pero también se reúne ad hoc para coordinación técnica interministerial de temas de salud global.

En este momento de cambio en la OMS, el área de salud de la AECID también ha venido haciendo desde su inicio, aportaciones y trabajando conjuntamente con otras instituciones del MAEC y el MSSSI en todo el proceso de Reforma de la OMS desde la 62ª AMS.

El grupo de Expertos de Salud de los 27 Estados Miembros en junio 2012 reafirmó en Bruselas la conveniencia de poner en práctica de forma efectiva las recomendaciones de la Comunicación de Salud Global sobre coherencia interna y externa de políticas así como reforzar la coordinación para que la UE hablara con una voz más sólida y coherente en todos los foros de salud.

### ***Participación de actores en la gobernanza en salud***

Teniendo en cuenta que la gobernanza en salud concierne a las normas e instituciones que conforman las políticas, programas y actividades relacionadas con la consecución de los objetivos del sector salud, dichas normas e instituciones determinarán el tipo de actores de la sociedad a implicar, el papel a jugar por cada uno de ellos y el tipo de responsabilidades relacionadas con los objetivos definidos.

La gobernanza en salud implica fundamentalmente a tres tipos de actores:

#### ***1. Políticos, tomadores de decisión y otros funcionarios del gobierno***

La burocracia del sector de la sanidad pública que comprende las agencias del Ministerio de Sanidad, Agencias de Salud y Seguridad Social, entidades farmacéuticas públicas de aprovisionamiento y distribución, etc. es central, no obstante actores no sanitarios del sector público también juegan un papel. Estos incluyen los comités parlamentarios de salud, cuerpos regulatorios, el Ministerio de Finanzas, diversas entidades de supervisión y rendición de cuentas y el sistema judicial.

## 2. Proveedores de los servicios de salud

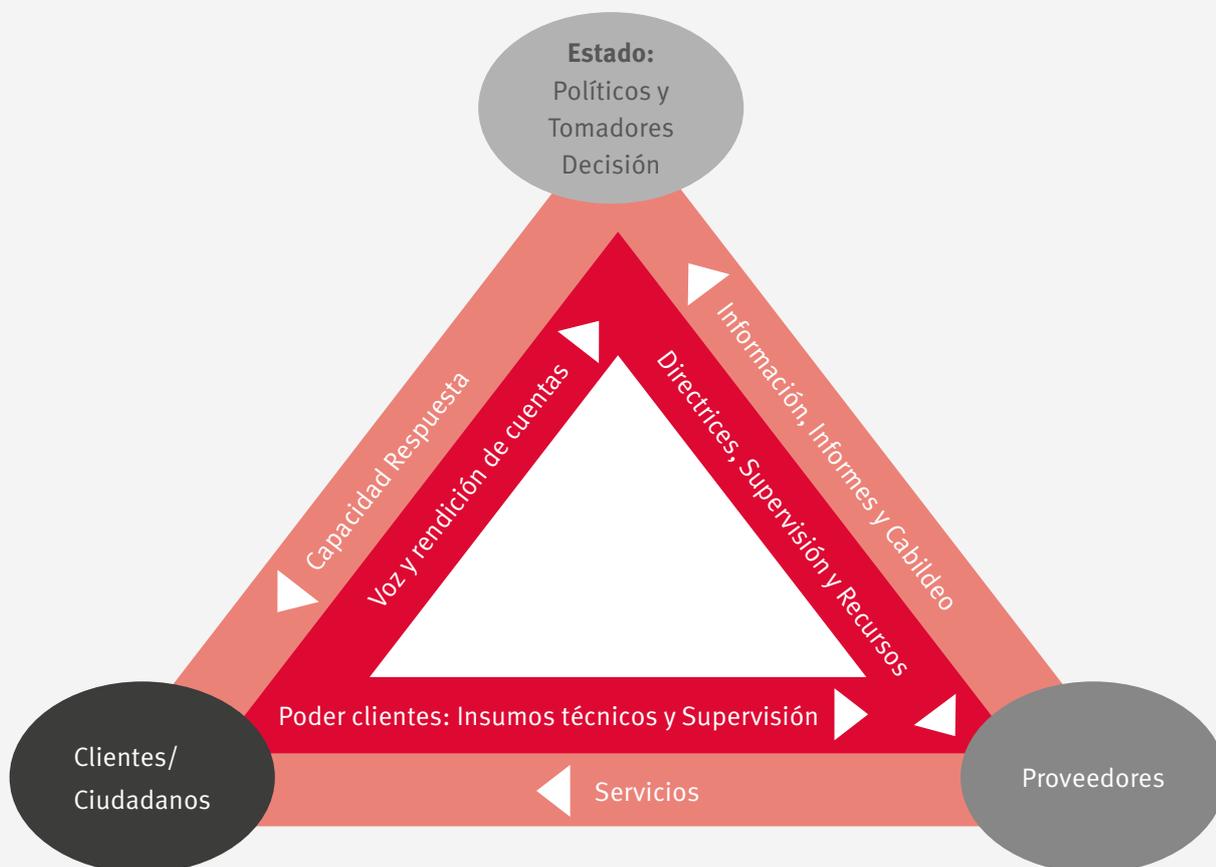
Comprende individuos y grupos públicos, privados, y sin ánimo de lucro que contribuyen a la prestación de servicios así como organizaciones que apoyan la provisión de servicios: instituciones académicas de formación médica y salud pública, agencias de seguros sanitarios, la industria farmacéutica y fabricantes de equipamientos médicos y proveedores.

## 3. Beneficiarios, usuarios de los servicios sanitarios y el público en general

Este grupo de actores puede clasificarse de diversas formas: por ejemplo por el nivel de ingresos (pobreza vs no pobreza), por lugar (rural vs urbano), por servicios (salud infantil, salud sexual y reproductiva, etc.) o por enfermedad o condición (VIH/SIDA, TB, malaria, etc.)

Los vínculos entre estas tres categorías de actores constituyen el núcleo operativo de la gobernanza de la salud. El gráfico siguiente caracteriza las relaciones clave entre los diversos actores del sistema de salud. Dichos vínculos existen en múltiples niveles del sistema, dependiendo de la estructura del sistema (grado de descentralización, etc.). Las características particulares de estos vínculos – por ejemplo su fuerza, eficacia y calidad, condiciona la habilidad del sistema de salud para alcanzar los criterios de desempeño referentes a la equidad, eficiencia, acceso, calidad y sostenibilidad<sup>55</sup>.

Gráfico 17. Relaciones entre varios actores del sistema de salud en la gobernanza



Fuente: Brinckerhoff and Bossert (2008)

En un sistema democrático ideal, el gobierno, responsable de proporcionar servicios de salud pertinentes y eficaces, deberá asegurar que se disponga de los conocimientos adecuados para analizar las necesidades sanitarias, planificar las estrategias más pertinentes, diseñar e implementar intervenciones y servicios eficientes y monitorear de forma objetiva su desempeño. Para ello se requerirá la contribución técnica de profesionales calificados que deberán ser contratados para desarrollar esas tareas. El diseño de mecanismos para incorporar aportaciones de expertos de desarrollo, el sector académico y el privado, no sólo fortalecerá los aspectos técnicos del sistema sanitario público, sino que también posibilitará y potenciará la participación, o al menos la coordinación, con el amplio espectro de actores relacionados con la salud de la población. Dados los intereses potenciales del sector privado y con fines de lucro en la configuración de los servicios públicos de cualquier índole, se debe prestar una atención adecuada para prevenir, identificar y lidiar con cualquier conflicto de intereses.

Por otro lado, la rendición de cuentas sobre derechos y deberes requerirá una evaluación neutral que no puede llevarse a cabo ni por el gobierno ni las comunidades atendidas, ya que en ambos casos podría estar sesgada. Dicha función se debería realizar a través de un organismo neutral capacitado para recoger datos, analizar e informar sobre el cumplimiento de las responsabilidades, tanto por parte del gobierno como la comunidad (desde contribuciones fiscales a la adhesión a servicios de salud pública, como la vacunación, el uso de mosquiteros o procedimientos de screening, incluyendo las pruebas confidenciales del VIH, y de contribuir a las normas de higiene del hogar). En algunos países, el responsable de evaluar las Instituciones es un tribunal de auditores independiente.

### ***Vinculo entre acciones humanitarias y la ayuda al desarrollo***

Uno de los principales debates habidos en el campo de la ayuda internacional gira en torno a si resulta oportuna o no, y, principalmente, a cómo llevar a cabo una vinculación entre la ayuda humanitaria, la asistencia a la rehabilitación postdesastre y la cooperación para el desarrollo. El [Manual para el establecimiento, seguimiento y evaluación de los MAP](#), contempla la *prevención* de riesgos y la introducción del *enfoque VARD (Vinculación Ayuda Rehabilitación Desarrollo)* como los ámbitos de acción humanitaria a integrar en el MAP, principal herramienta estratégica de carácter geográfico de la AECID. Para cada MAP que incluya acción humanitaria, la Oficina de Acción Humanitaria (OAH) de la AECID debe apoyar específicamente a la OTC y Grupo Estable de Coordinación en la elaboración del capítulo específico de acción humanitaria del mismo, teniendo como documentos de referencia la [Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española](#) y el [Plan Estratégico Operativo de la OAH-AECID](#).

Respecto al primer ámbito de actuación, se formuló el [Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la Resiliencia de las Naciones y las Comunidades ante los Desastres](#) (MAH o HFA, por sus siglas en inglés)<sup>56</sup>, como una respuesta activa e integral a la preocupación internacional por el creciente impacto de los desastres en las personas, las comunidades y el desarrollo nacional. El MAH integra medidas para reducir el riesgo de desastres en las estrategias de desarrollo, evaluando los riesgos potenciales como parte de la planificación del desarrollo y asignando recursos para la reducción de riesgos, incluso en planes sectoriales.

La [respuesta en salud que se desarrolle desde la OAH](#) es fundamental para asegurar la posterior rehabilitación, ya que la situación de fragilidad que se vive durante una crisis humanitaria comprometerá el desarrollo del sistema sanitario del país afectado y dificultará el trabajo que se pueda realizar desde la Cooperación al Desarrollo. Por eso es importante que las actuaciones profundicen en la vinculación entre la acción humanitaria, la rehabilitación y el desarrollo, priorizando según la gravedad de la crisis e integrando en cada paso la restauración de los derechos individuales y colectivos afectados por la crisis.

## HERRAMIENTAS

### ✓ Herramientas de la Cooperación Española

- [Metodología para el establecimiento de Marcos de Asociación País \(MAP\)](#).
- Manual de Programación operativa AECID 20142015.
- Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el desarrollo. ISI Argonauta con apoyo AECID. Madrid, Marzo 2010.
- [Manual para la aplicación de los principios de la ayuda en la cooperación descentralizada española](#).
- [Guía Operativa para la Respuesta directa de Salud en Desastres](#).
- [USAID. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual Version 2.0. Washing-ton 2012](#).

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Mecanismos formales de participación de la Sociedad civil en políticas de desarrollo: Foro Nacional de Salud en El Salvador

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El Foro Nacional de Salud se creó en 2010 con el fin de contribuir a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitieran transformar el sistema de salud hacia la universalidad, la equidad, calidad, e inclusión y un abordaje intersectorial basado en la promoción de la salud y en los determinantes sociales; mediante un amplio proceso de participación social y comunitaria activa, propositiva, vigilante y permanente en el marco del derecho humano a la. Forma parte de los ejes estratégicos de la reforma del sector en El Salvador. Es la entidad diseñada para la contraloría y participación ciudadana en las decisiones del Estado en materia de salud.

## CONTEXTO

El nuevo Plan de Desarrollo quinquenal 2010-2014 fue lanzado en junio de 2010. En él, el Gobierno estableció 10 áreas prioritarias que incluyen la reducción de la pobreza y la promoción de la participación social en los procesos de elaboración de políticas. Durante los últimos años se crearon o reforzaron una serie de mecanismos de participación. Se estableció, por ejemplo, un comité intersectorial (CISALUD) como órgano de consulta para los procesos de elaboración de políticas formado por representantes del Gobierno, la sociedad civil y otros actores importantes. Entre otras áreas relevantes para la participación de la población en la salud, la política de salud del Gobierno para 2009-2014 incluyó la creación del Foro Nacional de Salud (FNS).

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

La estructura del Foro está basada en un comité organizador nacional y en una estructura regional permanente para facilitar la realización de actividades. El Foro Nacional de Salud tiene una estructura sólida para la representación regional, con comités municipales propios en cada una de las 262 municipalidades de El Salvador. Las organizaciones que participan en el foro nacional se preparan en profundidad, incluso mediante consultas a sus propios ciudadanos. Como resultado, las organizaciones participantes se sienten representadas correctamente y confían en que están contribuyendo a producir un cambio.

## LECCIONES APRENDIDAS

Es necesario trabajar más en la calidad y la solidez de las relaciones entre OING, ONG locales, OBC, autoridades locales y miembros del parlamento para mejorar su función como alianzas.

Es importante representación de los intereses regionales adecuadamente, para que todos los niveles de OSC se sientan representados correctamente.

Garantizar una participación significativa de la sociedad civil en los procesos políticos y de planificación no es tarea fácil, debido en gran parte a la inmensa diversidad inherente en el concepto de sociedad civil. A pesar de ello, con una voluntad política fuerte pueden superarse obstáculos prácticos y compartirse los frutos de un desarrollo acelerado y mejorado.

La aprobación de nuevas políticas y planes por parte del Foro Nacional de Salud debería ser parte integral del proceso de toma de decisiones y una condición previa obligatoria para la finalización de cualquier política o plan en materia de salud.

Las OSC deben ser proactivas a la hora de alentar a los donantes a incluir la formación en incidencia política en su agenda.

## RETOS

Muchas OSC han recibido formación en incidencia política y parece que las opiniones de la sociedad civil están viéndose reflejadas de forma adecuada en la mayoría de las principales políticas de salud. No obstante, la sociedad civil de El Salvador se ve enfrentada a una polarización debido a la afiliación política así como a actitudes defensivas y recelosas hacia las OSC por parte de los gobiernos.

En la mayoría de países, la participación significativa de la sociedad civil suele enfrentarse a obstáculos comunes como son la falta de mecanismos multisectoriales que involucren a la sociedad civil de manera formal y sistemática (sobre todo a las OSC nacionales y locales), los débiles esfuerzos para reconocer y re-presentar la diversidad de la sociedad civil a la hora de seleccionar los participantes para los procesos de consulta, un cierto grado de desconfianza entre el gobierno y la sociedad civil, la limitación de la capacidad de la sociedad civil para participar en procesos políticos, y el desequilibrio en la balanza de poder entre gobierno, donantes y Sociedad civil.

Otro aspecto es la oposición de los trabajadores del Ministerio de Sanidad a la participación de la SC.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000.](#)
- ✓ [WHO Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva 2007.](#)
- ✓ [WHO/LSHTM. Global Health Governance. A conceptual Review. February 2002.](#)
- ✓ [WHO. Governance for health in the 21st century. Geneva 2012.](#)
- ✓ [Acción por la Salud Global. La eficacia de la ayuda. Progreso y Statuquo de la apropiación democrática y la participación significativa de la sociedad civil en el sector de la salud. Julio 2011.](#)

### WEBSITES

- ✓ [www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)732.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)732.pdf)
- ✓ <http://www.healthsystems2020.org/section/topics/governance>
- ✓ <http://info.worldbank.org/governance>
- ✓ <http://transparency.org>
- ✓ <http://www.who.int/management/general/leadership/en/index1.html>

## 3.2 ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

### CONCEPTO/RACIONAL

La atención centrada en las personas se basa en las necesidades de salud y las expectativas de las personas, en lugar de centrarse y organizarse en torno a las enfermedades y las necesidades estructurales del sistema de salud. El concepto abarca no solo la atención centrada en el paciente en la búsqueda de cuidados sanitarios, sino también la atención sanitaria a individuos, familias, comunidades y la sociedad así como su papel crucial en la definición de políticas y servicios de salud más eficaces, eficientes y equitativos.

Este principio está en estrecha relación con el liderazgo inclusivo y la participación comunitaria, contribuyendo a identificar las prioridades según las necesidades sentidas y no o solamente decisiones basadas en la evidencia tomadas por actores, con frecuencia, muy alejados de las comunidades.

La atención centrada en la persona establece relaciones estrechas y directas entre los individuos, las comunidades y los trabajadores de salud, dando prioridad a experiencias personales de las personas en cuanto a la salud y la enfermedad, y las circunstancias de su vida cotidiana

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

Hace ya treinta y seis años, la [Conferencia de Alma-Ata](#) (ver más adelante), impulsada por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la Sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación «*política, social y económicamente inaceptable*» de desigualdades en salud en los países, mostró la importancia de la [atención primaria de la salud](#) (APS) como un modelo de acción de salud arraigada en la comunidad, sensibles a las necesidades de la comunidad, y en sintonía con sus aspiraciones económicas, sociales y culturales. En la Declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: [justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad](#), lo cual comporta un cambio radical en el funcionamiento de los sistemas de atención sanitaria y la colaboración con los demás sectores. La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad sanitaria ocupa un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud, al igual que en las estructuras locales de gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil.

Lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades – esto es, lo que las personas valoran – constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud. Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar por tener en cuenta las «*expectativas sobre la salud y la atención sanitaria*» de los ciudadanos y *garantizar que «su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud»*.

Los valores de la APS en pro de la salud para todos requieren que los sistemas de salud «pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria».

En definitiva se trata del «derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible», «con la mayor equidad y solidaridad», considerando la necesidad de «*dar respuesta a las necesidades de salud de la población*». Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados. Esto entraña una reorientación y reforma sustanciales del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad: esas reformas constituyen la [agenda de renovación de la APS](#).

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

- ✓ [Plan de Actuación en Salud de la AECID](#)

### *Unión Europea*

- ✓ [Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems \(2006/C146/01\)](#).
- ✓ [Documento de Trabajo de los Servicios de la Comisión Salud mundial – Contribuyendo a la cobertura universal de los servicios de salud a través de políticas de desarrollo](#). Documento que acompaña a la Comunicación de la Comisión al Consejo, el Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones. Bruselas, SEC(2010) 382. El papel de la UE en la salud mundial COM(2010). Bruselas 2010.

### *Nivel Internacional*

- ✓ Principales eventos que han contribuido al desarrollo de la APS en sus diversos contextos: [Declaración de Alma Ata](#) (1978), [Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud](#) (1986), [Declaración de Yakarta](#) (1997) sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI y [Carta de Bangkok](#) (2005) para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado.
- ✓ [Resolución CD44.R6 de la OPS sobre Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros](#) aprobada en septiembre de 2003 por el 44º Consejo Directivo, con el fin de lograr la renovación de la APS.
- ✓ [Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud: Declaración de Montevideo en APS](#) (septiembre 2005) del 46º Consejo Directivo de la OPS.
- ✓ [Declaración de Ouagadougou sobre Atención Primaria de Salud y Sistemas de Salud en África: Mejorando la Salud en África en el nuevo Milenio \(Resolución AFR/RC58/R3\)](#).
- ✓ [Resolución WHA 62.12 de la Asamblea General de OMS \(2009\) sobre la Atención Primaria y el fortalecimiento de los sistemas de salud](#).
- ✓ [Resolución del 49º Consejo Directivo de la OPS CD49.R22 \(octubre 2009\) sobre Redes Integradas de Servicios de Salud \(RISS\) Basadas en la Atención Primaria de Salud](#).
- ✓ [Conferencia Mundial «Conectando Salud y Trabajo: Papel de la Salud Ocupacional en la Atención Primaria de Salud», La Haya, Holanda, 29 Nov – 1 Dic 2011](#).

## ELEMENTOS CLAVE

Los principios básicos de la atención centrada en la persona incluyen los siguientes<sup>57</sup>:

- » **Dignidad y Respeto:** tratar de entender, considerar y respetar las perspectivas y opciones de los pacientes, las familias, las comunidades, así como sus conocimientos, valores, creencias y orígenes culturales y que se incorporan en la planificación y prestación de servicios.
- » **Centrarse en la persona como un todo:** considerar a las personas más allá de las enfermedades que padezcan, en el contexto de su vida cotidiana, como parte de una familia y una comunidad, y durante todo el curso de la vida, desde la infancia a la vejez. La salud de las personas y el bienestar son considerados desde una perspectiva bio-psicosocial, y la maximización de la calidad de vida es un objetivo primordial de la atención sanitaria que incluye prevención-promoción- tratamiento y rehabilitación.
- » **Partenariado:** el poder y la responsabilidad son compartidas entre los pacientes, los trabajadores de salud y las comunidades. Las personas pueden participar en la gestión de su propia salud y la de su comunidad como partes interesadas, en base a su nivel de capacidades y preferencias.

Un entorno de políticas públicas positivo que apoye la atención centrada en la persona es esencial para acelerar su expansión y difusión. A nivel de políticas sanitarias, la atención sanitaria participativa, incluyendo la atención primaria, requiere una planificación adecuada, disponibilidad de recursos y respeto al derecho de los ciudadanos.

### **Atención Primaria de Salud y Alma Ata**

La [atención primaria de salud](#) consiste en la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

La [Declaración de Alma Ata](#) (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, (Kazajistán, septiembre 1978) expresó la necesidad de acciones urgentes por parte de todos los gobiernos, todos los que trabajan en la salud y el desarrollo y de la comunidad mundial, de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La declaración, basada en la reducción de desigualdades económicas y sociales y la provisión de servicios amplios de educación, salud, agua y seguro social, fijó como fecha

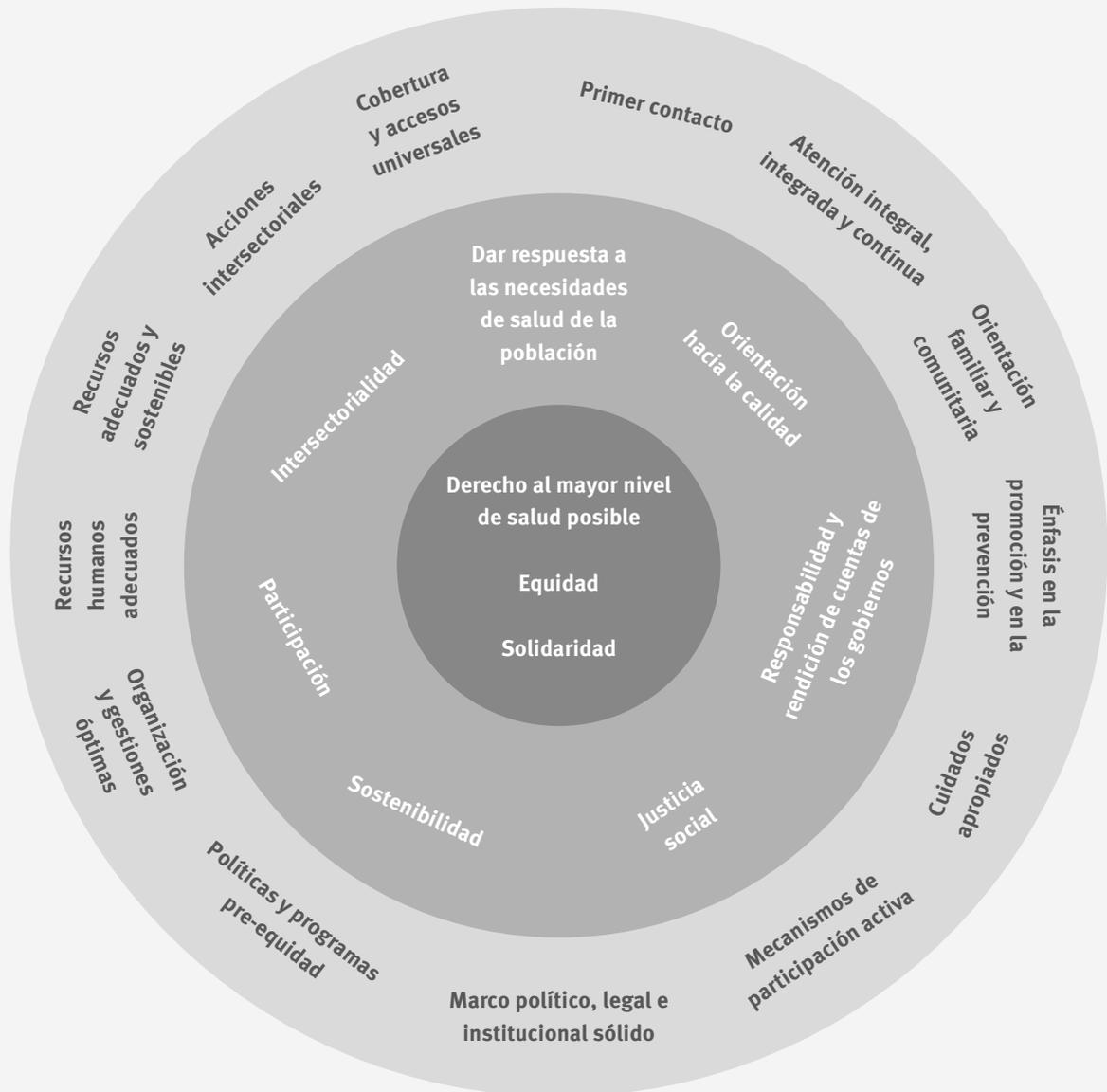
el año 2000 para lograr un nivel de salud que pudiera facilitar a todas las personas del mundo el “llevar una vida social y económicamente activa”. La estrategia para lograr esa meta sería poner en práctica la estrategia de atención primaria de salud, con énfasis en la participación comunitaria, y el abordaje de las raíces de las enfermedades, incluyendo factores como la pobreza, el analfabetismo o las condiciones sanitarias deficitarias. La declaración fue redactada por la OMS y UNICEF y firmada por más de 130 ministros de salud (incluyendo los de países más desarrollados).

Conviene entender la atención primaria no como “el primer nivel de atención sanitaria” (con lo que habitualmente se suele confundir), sino como un concepto que implica tanto valores y principios fundamentales, como un conjunto variable de elementos esenciales (gráfico siguiente), entre ellos:

- ✓ la [equidad en salud](#) como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- ✓ la [participación de la comunidad](#) en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- ✓ el [enfoque intersectorial de la salud](#);
- ✓ el [acceso universal](#) a la atención y cobertura en función de las necesidades;

Gráfico 18. Elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en la APS

### VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS ESENCIALES EN UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA APS



Fuente: OPS La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas ,2007

La Atención Primaria en Salud debe abarcar siempre todos los niveles de atención y debe imprimir por tanto una lógica distinta a todo el sistema de salud, y más allá a otros sectores de desarrollo, teniendo impacto también en otras políticas públicas sectoriales. La APS ha tenido diferentes enfoques en su trayectoria, desde la [APS selectiva](#) al [enfoque de salud y derechos humanos](#) pero actualmente la estrategia de renovación de la APS (OMS/OPS) que aboga por la necesidad de intervenciones amplias y el re-direccionamiento de los Sistemas Nacionales de Salud hacia la universalidad y la integralidad, constituye el principal referente internacional.

### ***Enfoque holístico vs programas de control de enfermedades***

Salvo algunas excepciones, los sistemas de salud deberían desarrollar siempre servicios centrados en el paciente. La planificación y ejecución de programas dirigidos a enfermedades específicas, se justifican únicamente en dos supuestos: (1) el caso de la necesidad de erradicación de un determinado problema de salud que requiera una acción concentrada, coordinada y sincronizada en el tiempo, y en el caso de las (2) emergencias, que requieren también de una discriminación positiva y una concentración de esfuerzos con el fin de poder responder a necesidades urgentes concentradas en un corto período de tiempo y sus efectos a largo plazo. En ambos casos el coste oportunidad de la intervención es tolerable gracias a los beneficios a largo plazo sobre el sistema de salud ya que el sector de la salud está sobrecargado por la puesta en marcha de acciones muy específicas y fondos adicionales. A nivel comunitario, ello representa que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, requieren enfoques colectivos dirigidos a grupos de condiciones de salud o enfermedades.

Por lo general, los niveles especializados de atención dirigidos a tratar problemas específicos de salud, representan menos del 10% de los pacientes y acerca de un 20% de los recursos.

A nivel individual, a nivel de los pacientes, el enfoque centrado en el paciente implica un enfoque holístico en la atención a los pacientes en el contexto de la comunidad y la familia, su ciclo de vida, sus causas socio-económicas y las consecuencias en sus necesidades en el estado de buena o mala salud. En cuanto a la demanda específica de problemas de salud, los pacientes son examinados a través de un [enfoque sindrómico](#), haciendo un diagnóstico diferencial, tratando la afección o enfermedad específica en el momento del diagnóstico, así como los factores condicionantes y efectos colaterales o enfermedades asociadas.

La tabla siguiente resume las diferencias entre la atención primaria y la atención prestada en entornos convencionales, como dispensarios o ambulatorios de hospitales, o a través de programas de lucha contra enfermedades que determinan la configuración de muchos servicios de salud en contextos que disponen de recursos limitados.

Tabla 7. Aspectos que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona

ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA DE CARÁCTER CONVENCIONAL EN DISPENSARIOS O AMBULATORIOS	PROGRAMAS CONTRA ENFERMEDADES	ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN LA PERSONA
Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra enfermedad	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad

Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008

### ***Enfoque centrado en el paciente/la persona***

La atención sanitaria centrada en las personas incluye aspectos relacionados con las personas, los pacientes y sus familias, los profesionales de la salud y las organizaciones y los sistemas de atención.

#### ***i. Individuos y las comunidades***

Para los individuos y las comunidades, la atención centrada en las personas, implica el acceso a la información y educación sanitaria con el fin de aumentar el nivel de conocimientos acerca de aspectos sanitarios; el acceso equitativo a sistemas de salud integrales que respondan a sus necesidades y demandas, y el desarrollo de habilidades personales que permitan su implicación con los sistemas de atención sanitaria.

### *ii . Profesionales de la salud*

Los profesionales de salud deben desarrollar capacidades hacia un enfoque holístico en la prestación de atención sanitaria, respeto por los pacientes y sus decisiones, y el reconocimiento de las necesidades de las personas que buscan atención sanitaria. Estas capacidades requieren habilidades profesionales en el ámbito de la competencia técnica, la empatía y la comunicación, y el uso responsable de los recursos públicos. La reforma de los planes de estudios, la capacitación en servicio y una asistencia técnica continua, son necesarios para preparar el personal de salud para asumir nuevos roles y formas de trabajar.

### *iii . Organización del sistema de atención sanitaria*

La inclusión en las políticas, estrategias y planes nacionales de la atención centrada en las personas facilitará su institucionalización en los sistemas de salud de los países. Requiere transformar la atención sanitaria y definir nuevas formas de prestación de servicios de salud que tengan en cuenta la interacción trabajador de salud-paciente y la implicación de la comunidad en la planificación e implementación de servicios de salud.

### ***Integración en todos los niveles del sistema sanitario***

La diversidad de las necesidades y retos en salud que las personas afrontan, requiere una atención integrada e integral, y es en el punto de entrada de las personas al sistema sanitario, donde es más crítica. Este tipo de modelo de atención, maximiza las oportunidades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades al mismo tiempo que reduce la dependencia innecesaria en la atención especializada u hospitalaria, la cual debería asumir tan solo el 10% de la atención y no más de un 20% de los recursos.

#### SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES

Gestión y prestación de SS de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del SS y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”.

Fuente: OMS/OPS

El equipo de atención primaria debería ser capaz para responder a la mayor parte de los problemas de salud en la comunidad y, cuando sea necesario, asumir la responsabilidad y ser capaz de movilizar otros recursos a través de un sistema de referencia o apoyo adecuado de especialistas, hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento especializados, programas de salud pública, servicios de atención a largo plazo, de atención domiciliaria o de servicios sociales, de auto-ayuda o apoyo de otras organizaciones comunitarias.

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud, generando la falta de coordinación entre los distintos niveles, servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles o un incremento innecesario de los costos de producción. A nivel de la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención, ineficacia de los tratamientos y muchas veces iatrogenia. La falta de congruencia de los servicios prestados con las necesidades de los usuarios genera una baja satisfacción y baja adherencia a tratamientos.

El [Informe Mundial de la Salud de 2008 sobre Atención Primaria de Salud \(APS\)](#), abogó por cuatro conjuntos de reformas para hacer frente a los retos en el desempeño de los sistemas de salud: *reformas para alcanzar la cobertura universal, reformas de las políticas públicas, reformas de liderazgo y reformas en la prestación de servicios*. Este último tipo, tiene por objeto reorganizar los servicios de salud alrededor de las necesidades de las personas y las expectativas para que sean socialmente más relevantes, sensibles a los cambios y alcancen mejores resultados. Se destinan a transformar la prestación de la atención sanitaria convencional, la optimización de la contribución de los servicios de salud- sistemas locales de salud, redes de atención sanitaria, distritos sanitarios - para la salud y la equidad. Justamente el concepto de “continuidad de la atención” se refiere al modo en que las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como: “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud”<sup>58</sup>.

## HERRAMIENTAS

- ✓ Los Servicios Integrados de Salud (IHS) y el Área de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS) de la OPS han estado trabajando en la elaboración de [guías en apoyo a la implementación de las RISS](#) en las siguientes áreas:
  - Orientación general para la puesta en marcha.
  - Sistemas de información.
  - Gobernanza.
  - Gestión de recursos humanos en salud.
  - Mecanismos de coordinación asistencial.

- ✓ [WHO. Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low resource settings. Geneva 2012.](#)
- ✓ [Lloyd J & Wait S \(2006\). Integrated Care: A guide for policy makers. London: Alliance for Health and the Future.](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Modelo Incluyente de Salud de Guatemala

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

En un esfuerzo por construir un pensamiento sanitario propio acorde a la realidad del país, surgió el *Modelo Incluyente de Salud (MIS)*. Desde su formulación el MIS fue concebido como una estrategia de largo plazo para impulsar una reforma del sistema de salud desde una visión alternativa, basada en derechos y mediante una atención integral e incluyente dirigida a reducir inequidades. El trabajo desarrollado ha tenido un énfasis en el fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para el cumplimiento del derecho a la salud. Se ha enfocado sobre el primer nivel de atención por considerarse un elemento clave del sistema público de salud. En sus aspectos operativos el MIS se organiza en torno de tres programas basados en los niveles de análisis-acción (Personal, Familiar y Comunitario), subprogramas en base a ciclos de vida y medio ambiente-madre naturaleza, una asignación equitativa y organización de los recursos en base a la carga laboral, y la conformación de equipos comunitarios y equipos de apoyo para el primer nivel de atención. El MIS, llevado a cabo por Medicus Mundi Navarra, ha contado con apoyo financiero sobre todo de la Comisión Europea, pero también de la AECID.

### CONTEXTO

La política sanitaria en América Latina apuesta por una salud para todas las personas y una “revitalización de Alma Ata”, tal y como se refleja en la propuesta de renovación de la Atención Primaria en Salud (OPS-2005), las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales (OMS-2007), la Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017 y el planteamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (OPS-2008). En las últimas décadas, Latinoamérica ha experimentado procesos políticos democratizadores que han influido positivamente en el contenido de las políticas sanitarias. Hay ya un terreno favorable en algunos países, incluyendo Guatemala, donde el marco de política sanitaria existente, el Plan Nacional Estratégico de Salud 2012-2016, comparte fines de equidad e inclusión aunque tienen una limitante común: la dificultad de hacer operativo lo que en ellos se propone.

### MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

La puesta en marcha de la validación del MIS, ha requerido de una permanente negociación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a diferentes niveles. A finales del 2001, se tuvo relación con la Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel del MSPAS (UPS-1), presentando el modelo y compartiendo las observaciones generales sobre las debilidades del primer nivel de atención en salud y del Programa de Extensión de Cobertura. En una segunda fase, se llevó a cabo un proceso de negociación para determinar en qué áreas de trabajo se llevaría a cabo la validación del MIS. Con ese objetivo se mantuvo la comunicación con el nivel central del MSPAS y fue a nivel de las Áreas y Distritos de salud en donde se tomó la decisión sobre la ubicación para la implementación. Posteriormente se aplicaron las siguientes estrategias:

- Negociación permanente de aspectos técnicos del MIS que van desde la modalidad de trabajo hasta herramientas e instrumentos del sistema de información automatizado y manual del MIS. Esta negociación se ha dado con los Distritos y Áreas de Salud, y con el nivel central del MSPAS.
- Traslado periódico de información epidemiológica y de los servicios salud requerida por parte del MSPAS.
- Participación en consejos técnicos distritales y en otras reuniones convocadas por el MSPAS.
- Apoyo recíproco en insumos, medicamentos y otros recursos, de acuerdo a las necesidades.
- Firma de convenios y actas con las Áreas y Distritos de Salud, como marco formal de funcionamiento MIS.
- Visitas de campo de personal técnico del nivel central del MSPAS para conocer la experiencia del MIS.

Uno de los aspectos sobresalientes del MIS es la importancia de la equidad en las relaciones institucionales con las personas, familias y comunidades.

### LECCIONES APRENDIDAS

- Necesidad de desarrollar pensamiento estratégico y propio en el ámbito del sector salud: El MIS es una propuesta dentro del sector salud que parte de premisas estratégicas relacionadas con el desarrollo de la política, el sistema y los modelos de atención en salud de Guatemala. Es vital desarrollar un pensamiento basado en conceptos alternativos y constructivos de la realidad nacional, para el desarrollo de prospectivas sanitarias propias, que superen la política coyuntural o las tendencias dominantes que no se adecuan a las necesidades de la población.
- La importancia de la transdisciplina y la priorización del avance estratégico de aspectos esenciales del MIS -Los avances conceptuales en las tres perspectivas del MIS en el ámbito académico son de gran importancia, no obstante, la aplicación de estas perspectivas requiere cierto sentido de practicidad que lleva a concretarlas puntualmente en herramientas tales como protocolos, guías de trabajo, instrumentos de supervisión, indicadores y normas de clima organizacional.
- La atención en el idioma local a partir de lógicas socioculturales compartidas.
- La integralidad y la horizontalidad de la atención.
- Diferenciar el interés público de los variados intereses comunitarios.
- La interculturalidad como perspectiva universal.
- El fortalecimiento del primer nivel de atención como base para el desarrollo comunitario, atención de emergencias y de reconstrucción.

## RETOS

El fortalecimiento del primer nivel de atención en salud es fundamental para el adecuado desarrollo de un SNS. En el caso guatemalteco, la crisis del sistema de salud se manifiesta en la precariedad y limitaciones del primer nivel para brindar cobertura efectiva y calidad, necesarias para el cumplimiento del derecho a la salud. El MIS se gestó con el fin de contribuir al debate y mejora del sistema de salud de Guatemala, con la premisa que el fortalecimiento del primer institucional vendría a generar una serie de cambios positivos a nivel de la red de servicios y, especialmente, en la evolución de los servicios de segundo y tercer nivel.

La preponderancia del modelo biomédico, que ha desplazado la consideración de modelos tradicionales desarrollados en base a diferentes conceptos del proceso salud–enfermedad con mayor incidencia en la cultura de las poblaciones autóctonas, lo que ha dificultado el acceso de estas poblaciones a las prestaciones sanitarias, afectando negativamente los niveles de salud.

La capacidad de gestión de los servicios locales no es la más apropiada, lo que lleva hacia una incidencia negativa en la planificación, organización, dirección y evaluación de estos.

La participación social en la gestión de los servicios de salud ha sido escasa, irregular y/o poco activa, situación que se repite en la toma de decisiones políticas, relacionadas con los servicios sociales básicos.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca, Ginebra, OMS 2008.](#)
- ✓ [Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud. Salud Integral Incluyente. Medicus Mundi 2013.](#)
- ✓ [World Health Organization. Report of the Meeting on People-centred Care in Low- and Middle-Income Countries. meeting held 5 May 2010](#)
- ✓ [Mead N, Bower P. Patient centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science and Medicine, 2000, 51:1087–1110.](#)
- ✓ [Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental y Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.](#)

### WEBSITES

- ✓ <http://www.saludintegralincluyente.com/>
- ✓ <http://www.personcenteredmedicine.org/docs/genevadecsp.pdf>
- ✓ [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
- ✓ [http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)
- ✓ [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes\\_Integradas\\_Servicios\\_Salud-Conceptos.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf)

## 3.3 COBERTURA UNIVERSAL

### CONCEPTO/RACIONAL

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria *oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria*. Para ello, los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible.

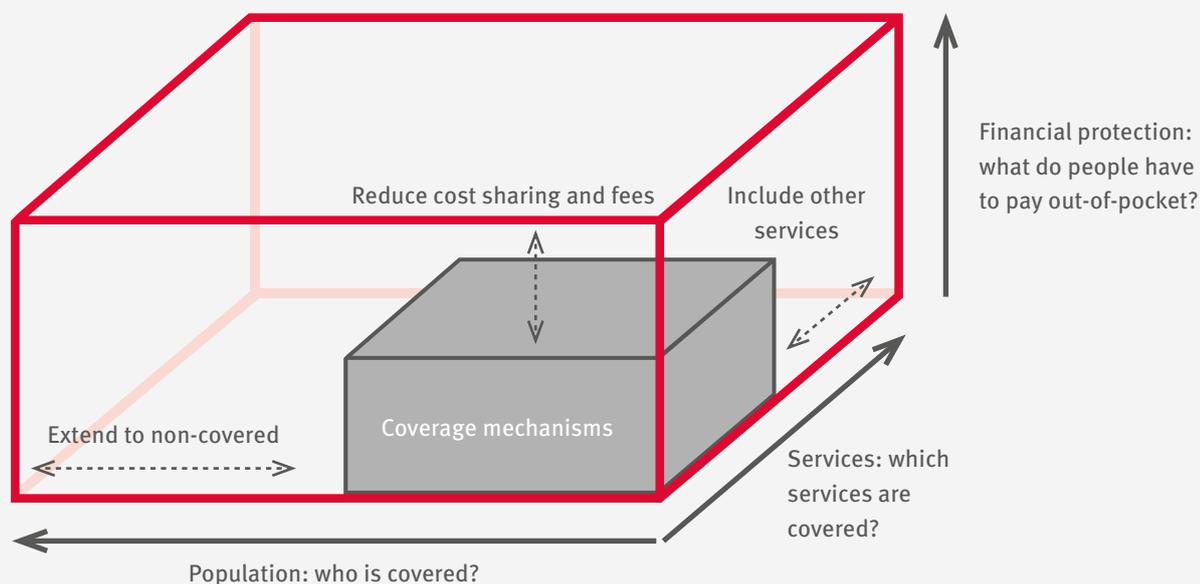
La **cobertura sanitaria universal**, según la nueva definición de la OMS, implica dos aspectos fundamentales: (i) proporcionar a toda la población los servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces y (ii) garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras

El avance hacia la [cobertura sanitaria universal](#) es un proceso que requiere progresos en varios frentes: la gama de servicios disponibles para la población (los medicamentos, productos médicos, personal sanitario, infraestructura e información que se necesitan para garantizar una buena calidad); la *proporción de los costos de esos servicios que está cubierta*, y la *proporción de la población que está cubierta*. Estos avances tienen que estar protegidos durante las recesiones económicas o financieras. La cobertura sanitaria universal no consiste en lograr un paquete mínimo fijo.

Estas tres dimensiones se reflejan en el siguiente gráfico:

Gráfico 19. Elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en la APS

### TRES DIMENSIONES EN EL PROGRESO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL



Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el Mundo 2010

A la hora de formular una estrategia para llenar el cubo relativo a la cobertura sanitaria universal, las partes interesadas también deberían reconocer que no se trata de un ejercicio meramente técnico; los esfuerzos encaminados a implantar la cobertura sanitaria universal deberían descansar sobre los cimientos de los derechos humanos y la equidad. Además, hay que tener en cuenta que para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal, se han de cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ un sistema de salud sólido;
- ✓ un sistema de financiación de los servicios de salud;
- ✓ acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales;
- ✓ personal sanitario bien capacitado.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

La cobertura sanitaria universal se considera cada vez más como un elemento esencial para mejorar la salud y un objetivo unificador para el desarrollo de los sistemas de salud. A nivel mundial se han hecho progresos continuos, con respecto tanto al aumento de la cobertura de servicios de salud (en particular de los relacionados con los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#)), como al nivel de protección contra los riesgos financieros y al fortalecimiento del sistema de salud en general. No obstante, sigue habiendo desigual-

dades considerables; se calcula que en el mundo hay 1000 millones de personas que todavía no reciben los servicios de salud que necesitan y una tercera parte de las muertes (veinte millones al año), serían evitables por factibles –y éticos– niveles de equidad.

El aumento de la calidad y disponibilidad de los servicios de salud a un precio asequible para el sector no convencional es un reto de envergadura, que no forma parte del plan de acción. En consecuencia, la Secretaria de la OMS está tomando medidas para posibilitar un **diálogo sobre el conjunto de políticas, estrategias y planes nacionales en materia de salud**, así como sobre los enfoques a aplicar para abordar los **determinantes sociales de la salud**. Ello ha hecho que se desplegara un esfuerzo más sistemático para imprimir coherencia a unos sistemas fragmentados e integrar más eficazmente el apoyo a los diversos componentes de los sistemas de salud. Asimismo, ha contribuido a la incorporación de los programas de control de enfermedades a los esfuerzos generales de fortalecimiento del sistema de salud, de forma concertada con los esfuerzos de la [Alianza Sanitaria Internacional \(IHP+\)](#) para aumentar la armonización y el alineamiento de la ayuda, priorizando claramente los resultados sanitarios.

La OMS elaboró Plan de Acción que se centra en el apoyo técnico y normativo a los países, y en la recopilación, análisis y difusión de los datos que necesitan, fomentando el intercambio de experiencias. El plan de acción hace hincapié en la financiación de la salud, cuestión en la que se centran también las resoluciones WHA58.33 y WHA64.9.

Se están emprendiendo además actividades de creación de capacidades a nivel regional, y la defensa de la incorporación de la cobertura sanitaria universal en la [agenda para el desarrollo después de 2015](#), que se corroboró en la [reunión de nivel ministerial de altos funcionarios de salud y finanzas](#) acerca de los progresos realizados hacia la cobertura sanitaria universal organizada conjuntamente por la OMS y el Banco Mundial, (Ginebra febrero de 2013). En ella se resaltó la necesidad de implicar a actores de diversos sectores (incluidos investigadores), la sociedad civil, los socios de desarrollo y las organizaciones internacionales. Los ministerios de salud tienen un papel clave que desempeñar para impulsar y coordinar ese esfuerzo y erigirse en defensores de la salud, dentro y fuera del gobierno, incluido el sector privado, pero un aspecto decisivo es la interacción con otros actores gubernamentales, y en particular con los ministerios de finanzas.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

El [IV Plan Director](#) estipula como finalidad última de la **Cooperación Española** la contribución al desarrollo humano, la erradicación de la pobreza y el pleno ejercicio de los derechos. Para alcanzar este fin, entre las orientaciones principales para 2013-2016 se encuentran: reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis, fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos y mejorar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales. Ello implica el abordaje del principal reto de salud en el mundo, *la equidad, el fortalecimiento y cobertura universal de sistemas públicos de salud equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad y la protección social*, teniendo en cuenta los determinantes sociales, económicos y ecológicos de la salud.

Asimismo, el [Plan de Actuación del sector Salud de la AECID](#) tiene su génesis en la necesidad urgente de tomar medidas para mejorar el acceso a la salud, reducir las desigualdades y aumentar la protección contra amenazas para la salud global.

España entró a formar parte de la iniciativa [“Providing for Health”P4H](#) en junio de 2012 tras la aprobación por unanimidad, de una [Proposición no de Ley](#) en la que se instaba al gobierno que aumentara la contribución española para garantizar el acceso universal a la salud y la protección social en países con recursos limitados.

En el [marco de los Objetivos de Desarrollo post-2015](#), España ha impulsado que se contemple la cobertura sanitaria equitativa y universal de una forma holística e integral en la agenda internacional, como uno de los elementos para avanzar hacia la equidad en salud.

### *Unión Europea*

La **política de la UE en Salud Global** defiende los principios y valores comunes de solidaridad hacia una cobertura equitativa y universal a unos servicios sanitarios de calidad. Uno de los pilares básicos de la nueva política de Salud Global de la UE y prioridades de la agenda internacional es la cobertura universal y equitativa y protección social de la salud, tal y como se refleja en las [Conclusiones del Consejo Europeo](#), la [Comunicación de la Comisión Europea](#) y el [“Staff working document SEC\(2010\) 382 final”](#) denominado “Contribuyendo a la cobertura universal de los Servicios de salud a través del desarrollo de políticas”. El Consejo adoptó entre otras, las siguientes conclusiones en el ámbito de la equidad: la necesidad de tomar medidas para reducir las desigualdades, esfuerzos para abordar la exclusión social, las estructuras de poder que impiden la equidad y la igualdad de género, así como un fuerte énfasis en la coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque de [“Equidad y Salud en Todas las Políticas”](#), solidaridad hacia la cobertura universal y equitativa de servicios de salud de calidad como base de las políticas de la UE en este ámbito, el apoyo a los países a instaurar esquemas de financiación sanitaria dentro de modelos y mecanismos de protección social en salud que pongan fondos en común, eviten pagos directos en el punto de prestación de servicios,

sobretudo para los grupos vulnerables, como niños y mujeres embarazadas, y tengan por objeto lograr la cobertura universal y equitativa de los servicios básicos de salud.

La cohesión social constituye uno de los ejes estratégicos de la relación entre la Unión Europea y América Latina (la región más desigual del mundo) y uno de los objetivos más importante en la cooperación entre ambas regiones. Esto se ha materializado en la adopción y consiguiente aplicación de [EUROsociAL](#), un programa de cooperación técnica financiado por la UE que contribuye al aumento de la cohesión social en América Latina y que se basa en tres pilares entre los cuales se encuentra el acceso a servicios públicos de calidad con igualdad de oportunidades y sin discriminación en el ámbito de la salud.

### ***Nivel Internacional***

En estos últimos años, se han ido definiendo diferentes estrategias y manifestaciones políticas con el fin de avanzar en la cobertura universal. Desde 2005, la Asamblea Mundial de la Salud ([WHA 58.33](#)) y los Comités Regionales han adoptado más de 80 resoluciones relacionadas con la financiación de la salud o el desarrollo de los sistemas de salud; en 2012 tan solo, se celebraron cuatro eventos internacionales de alto nivel centrados en la importancia de la labor para alcanzar la cobertura sanitaria universal; sus resultados fueron la [Declaración de Bangkok](#), la [Declaración Ministerial de Kigali](#) y la [Declaración Política de México, D.F. sobre Cobertura Universal en Salud](#), y la [Declaración de Túnez](#) sobre la *optimización de los Recursos, la Sostenibilidad y Rendición de Cuentas en el Sector Salud*.

Estas declaraciones se basan en el [Informe sobre la salud en el mundo 2008](#), en el que la cobertura universal se consideró como uno de los cuatro principios rectores de la atención primaria; en el [Informe sobre la salud en el mundo 2010](#), en el que se mostró cómo los países pueden modificar sus sistemas de financiación de la salud para tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal, y en la Reunión Ministerial de Berlín sobre financiación para lograr la cobertura sanitaria universal, en la que se presentó el informe de 2010.

La cobertura sanitaria universal contribuye al desarrollo sostenible, del que también se beneficia, y constituye una forma de medir los progresos hacia él. Su función en este contexto se señaló en la [Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible \(Río+20\)](#)<sup>59</sup> y en una nueva [resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior](#)<sup>60</sup>.

Hay otros procesos internacionales que refuerzan el vínculo entre la cobertura con servicios de salud esenciales y la protección contra los riesgos financieros, como la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas «[Todas las mujeres, todos los niños](#)» (septiembre de 2010) o la [Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles](#) (septiembre de 2011). Asimismo, el 12 de diciembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad una resolución en la que se destaca la importancia fundamental de la salud para el desarrollo internacional. En dicha resolución, se

insta a los gobiernos a adoptar medidas para garantizar a todos el acceso a servicios de salud asequibles y de calidad.

## ELEMENTOS CLAVE

### *Equidad*

Contribuir a mejorar la equidad en salud, incluyendo la reducción de las desigualdades, el acceso universal a servicios integrales de salud de calidad y la protección social, constituye uno de los retos esenciales de salud en el mundo en la actualidad y uno de los objetivos principales que trazó el área de salud de la AECID en su Plan de Actuación.

Una vez que el contenido, los actores y los procedimientos legales del derecho a la salud están claros, se requieren políticas sanitarias que sean equitativas y tengan como objetivo la cobertura universal, considerando las diversas condiciones de salud, los grupos de edad y sexo, niveles de ingresos, aspectos culturales y regiones geográficas fuera y dentro de un mismo país (rural versus urbano). Todo ello se relaciona con el concepto de *servicios de salud centrados en el paciente* (ver próximo apartado), contrapuesto a los programas dirigidos a enfermedades específicas que, por naturaleza, discriminan otros problemas de salud y duplican esfuerzos y recursos.

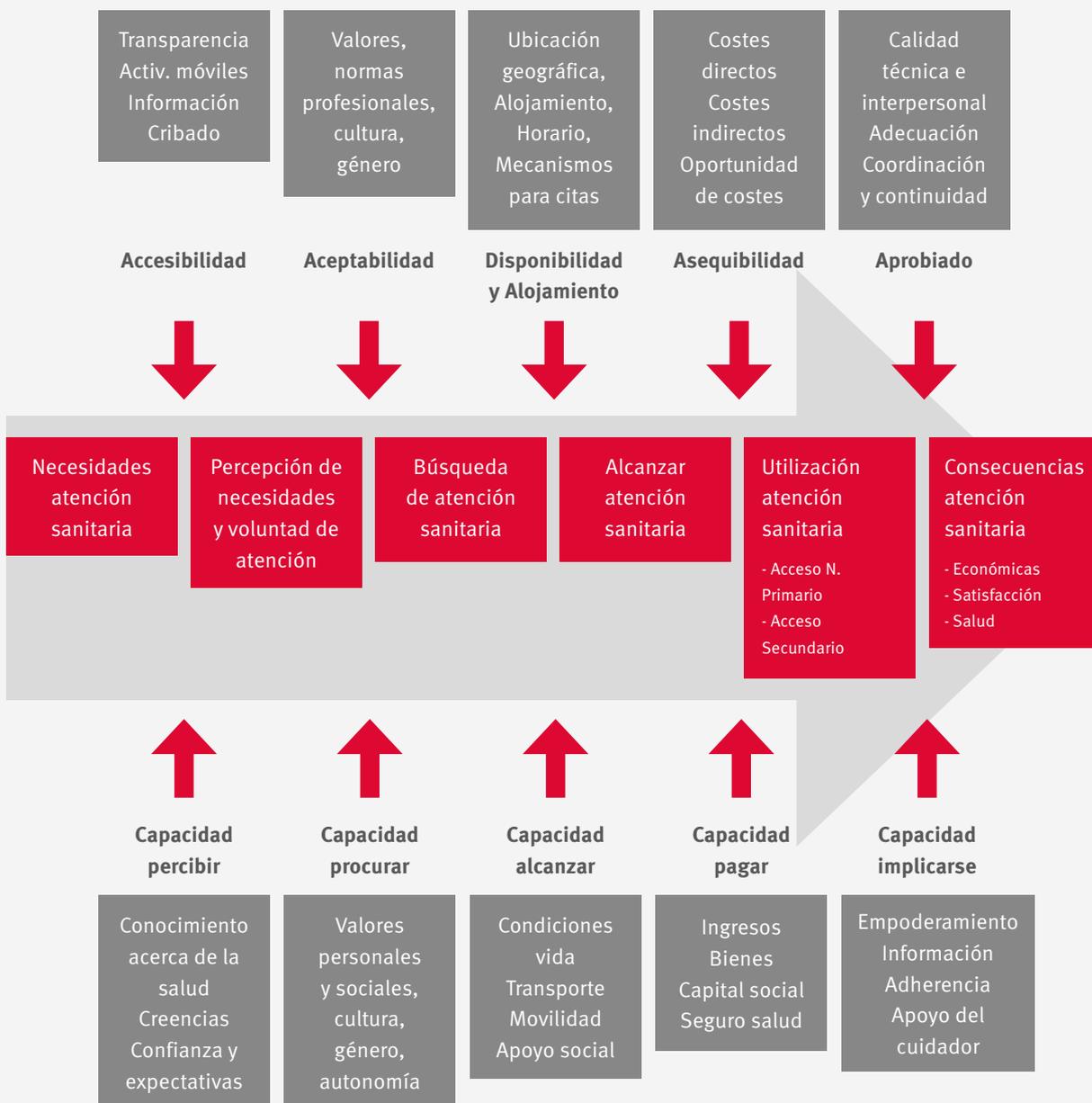
La equidad es la distribución justa de la desigualdad.  
Se basa en la igualdad de derechos, equilibrio en el flujo de conocimiento, participación y poder, y equidad en el acceso y distribución de los recursos.

El avance hacia la cobertura universal requiere el acceso equitativo a los servicios o protecciones para responder a las necesidades no satisfechas, es decir, una discriminación positiva hacia los grupos con mayor carga de inequidad. Estimar a nivel global, nacional o local, cuáles son las causas últimas de la pérdida de salud potencial constituye una de las principales prioridades. Para ello es necesario analizar la inequidad y poder medir y definir una meta para establecer cuál es el nivel de “mejor salud posible” (objetivo en evolución constante por el progreso del conocimiento) y determinar el déficit en su alcance (en su desigualdad justa: mínimos umbrales de salud) a toda la población o, en su defecto, el grado de inequidad, entre y dentro de los países. Se estima que los recursos son los que más inciden en las desigualdades en salud. Ningún país con una renta per cápita menor a 3300 U\$ ha conseguido buenos indicadores y, por el contrario, una renta per cápita mayor a 12000 U\$ no necesariamente implica buena salud.

### ***Acceso a servicios de salud de calidad***

Se podría definir el acceso como la oportunidad de identificar las necesidades de atención sanitaria, procurar servicios de atención sanitaria, alcanzar, obtener o utilizar los servicios sanitarios y de conseguir realmente cubrir las necesidades. Tal y como se mostró en el apartado de análisis de contexto, el concepto de accesibilidad implica múltiples dimensiones y determinantes, que integran factores tanto del ámbito de la demanda como de la oferta de servicios, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. Tal y como muestra el gráfico siguiente, hay que considerar cinco dimensiones: la accesibilidad, la aceptabilidad, la disponibilidad y alojamiento, la asequibilidad y el hecho de que la atención sanitaria sea apropiada; así como cinco tipos de capacidades por parte de la población referentes al tipo de percepción que poseen, el itinerario que siguen en la búsqueda de atención sanitaria, la capacidad de llegar a disponer de los Servicios y de pagar y, por último, su grado de implicación.

Gráfico 20. Marco conceptual del acceso a la atención sanitaria



Fuente: Levesque et al. International Journal for Equity in Health 2013, 12:18<sup>61</sup>

### ***Protección y promoción de la salud***

La cobertura de la promoción y en la prevención es de vital importancia ya que son esenciales para abordar la raíz de los determinantes de la salud y, al mismo tiempo, sus acciones costo–efectivas, éticas pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud. El objetivo principal de la promoción de la salud consiste en fomentar cambios en el entorno que ayuden a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia.

## ELEMENTOS CLAVE PROMOCIÓN SALUD

- » Se basa en la salud de toda la población
- » Es participativa
- » Es intersectorial, con participación de toda la comunidad
- » Es sensible al contexto
- » Opera en múltiples niveles

El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación puramente biologicista de la salud y abarcar un enfoque multisectorial de la salud incluyendo la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas, la vivienda o la justicia social y la equidad. Estas cuestiones, incluida la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la [Carta de Ottawa](#) para la Promoción de la Salud de 1986 y, más recientemente, en el [Informe de la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la OMS](#) (2008), que concentra su atención en varios factores clave que generan desigualdades o diferencias injustas y evitables en los resultados de salud. La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales. Esto abarca también los vínculos con las [funciones esenciales de salud pública \(FESP\)](#), que hacen de la APS un socio activo en la vigilancia de la salud pública, la investigación y la evaluación, la garantía de la calidad y las actividades de desarrollo institucional a lo largo de todo el sistema de salud.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [WHO. Handbook on Health Inequality Monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva 2013.](#)
- ✓ [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Madrid 2012.](#)
- ✓ [OPS. Guía para Documentar Iniciativas de Promoción de la Salud. Grupo de Trabajo de la OPS sobre la Efectividad de la Promoción de la Salud. Washington.](#)
- ✓ [OPS. Directrices para Documentar Iniciativas de Promoción de la Salud. Grupo de Trabajo de la OPS sobre la Efectividad de la Promoción de la Salud. Washington.](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Efectos de las políticas de gratuidad de la atención sanitaria en la calidad de la atención en Mali

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En 2004, 2005 y 2007 Mali introdujo políticas de gratuidad en la atención para el SIDA, la realización de cesáreas y el tratamiento contra el paludismo respectivamente a nivel nacional. La exención de pago existía ya en el contexto de la política de recuperación de costos asociados con los programas verticales ampliamente subvencionados (vacunación) o relativos a patologías graves y transmisibles (lepra, tuberculosis).

### CONTEXTO

Dividido por sectores, el reciente servicio sanitario maliense vela por ampliar la cobertura sanitaria y garantizar el acceso a los medicamentos para todos los niveles socio-económicos de la población. El pobre desempeño del sistema de salud (baja utilización de servicios, mala calidad de la atención y la disponibilidad de medicamentos especialmente), han llevado al país a iniciar reformas en el sistema de salud en profundidad: • En el plano institucional, un doble movimiento de descentralización, sectorial (1990) e institucional (2002) dio lugar a nuevos actores (asociaciones de salud a nivel comunitario, autoridades descentralizadas) en la gestión de los establecimientos de salud a nivel local. La Reforma Hospitalaria (1992) transfirió a los hospitales públicos una cierta autonomía de gestión; • Financieramente, la aportación del Estado a la salud se incrementó (8,4 % del presupuesto en 2011) y se movilizaron nuevos recursos con la política denominada "Iniciativa de Bamako", que estableció la recuperación parcial de los costos (el pago directo de la atención por los pacientes) y promovió la racionalización de la gestión, de tipo emprendedor. A pesar de la mejora significativa en la cobertura sanitaria y el uso generalizado de los medicamentos genéricos, las tasas de frecuentación de los centros de salud permanecieron siendo muy bajas. Desde el momento de la introducción de la recuperación de costos, se replanteó la cuestión de la accesibilidad financiera a la atención, no obstante nunca se aplicaron las disposiciones previstas referente a la equidad en salud (incluyendo la exención para los indigentes). Las políticas de protección social (seguro médico obligatorio para los empleados, las mutuas y régimen de asistencia médica para los indigentes) no funcionaron correctamente y algunos están aún en fase de planificación.

La Cooperación Española ha venido brindando a Mali un apoyo presupuestario sectorial plurianual en Salud, aplicando una cooperación delegada con los Países Bajos,

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

Malí ha venido fortaleciendo los principios de eficacia de la ayuda a través de la armonización de los procedimientos, la alineación con las estrategias nacionales, la armonización, las herramientas de seguimiento, la gestión por resultados y el paquete común de financiamiento suministrado por socios técnicos y financieros.

Para la aplicación de las tres medidas de gratuidad, el estado ha adoptado el principio de pre-posicionamiento de entradas gratuitas. El Mecanismo Director para la Adquisición y Distribución de Medicamentos Esenciales (SDADME), actualizado en 2009 desde una perspectiva de integración de las políticas de gratuidad (de armonización del apoyo a la gestión y del circuito de aprovisionamiento), fue retenido con el fin de garantizar la disponibilidad continua de fármacos reactivos e insumos médicos. La farmacia popular de Malí juega un papel central en la compra, la recepción, el almacenamiento y transporte de los insumos a nivel regional. El sistema de monitoreo de la gratuidad, paralelo al sistema de información sanitaria, es complejo y poco operativo (rendición de cuentas semanales y mensuales, multiplicidad de informes, etc.).

Las tres políticas de gratuidad se diferencian en cuatro aspectos principales: (i) el marco jurídico, las fuentes de financiación (Fondo Mundial vs 18% de recursos internos para el SIDA en 2009; PMI en el caso de la malaria) (ii) las medidas previstas para su aplicación (reclutamiento de recursos humanos, formación), (iii) la coyuntura internacional de los partenariados técnicos y financieros, así como la voluntad política en la lucha por ejemplo contra el SIDA o la realización de cesáreas y (iv) el acceso a la financiación a través de fondos internacionales como en el caso del paludismo: PMI, FMSTM, BM).

## LECCIONES APRENDIDAS

- Es importante descentralizar la gestión gratuita con el fin de empoderar a los actores locales;
- Priorizar eventualmente el reembolso de insumos y acciones para la aplicación de la prestación gratuita de servicios a nivel nacional;
- Simplificar los mecanismos de aplicación del paquete de gratuidad
- Revisar la gestión de los recursos humanos: horarios y disponibilidad del personal fijo, etc.
- Dar la misma importancia al acceso que a la calidad de la atención, garantizando la mejora de ésta última;
- Establecer un sistema de seguimiento, evaluación y control efectivo;
- Proporcionar mejor información para los usuarios con el fin de poder reclamar el derecho a la gratuidad

## RETOS

- Factor tiempo: dar a conocer estas políticas antes de ser preparadas y organizadas;
- Factor Financiero: disponibilidad de recursos y adaptación del presupuesto después de la decisión;
- Los (dis) funcionamientos ordinarios del sistema de salud y de las medidas de gratuidad, tanto referentes a la gobernanza de los fondos, los problemas de suministro, como la gestión y prácticas de los trabajadores de salud,
- Formulación de las nuevas políticas teniendo en cuenta la integración de los técnicos sanitarios, para los que supone un aumento de la carga de trabajo;
- La ausencia de un marco jurídico normativo
- Fortalecimiento del sistema de aprovisionamiento, pilar central de la puesta en marcha de las políticas de gratuidad

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [OMS Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra 2008.](#)
- ✓ [OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra, 2010.](#)
- ✓ [Garay J. Global Health Equity and the Challenge for a New Global Health Framework. The US and EU policies and opportunities to improve global Health. Berkeley 2012.](#)
- ✓ [OMS. Argumentando sobre la Cobertura Sanitaria Universal. Ginebra 2013.](#)

### WEBSITES

- ✓ <http://listserv.paho.org/scripts/wa.exe?SUBED1=equidad&A=1>
- ✓ <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/CapIVDesigSaludInfantil.pdf>
- ✓ <http://www.thelancet.com/commissions/global-governance-for-health>

## 3.4 SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

### CONCEPTO/RACIONAL

El principio de “[Salud en todas las Políticas](#)” (SETP) parte del reconocimiento de que el estado de salud de la población no es simplemente producto de las acciones del sector de la salud, sino que en gran medida está determinado por las condiciones en que las personas nacen, crecen y se desarrollan, estudian, trabajan, descansan y se relacionan con los demás y con el medio ambiente. Por tanto, todos los ámbitos de políticas fuera del sector sanitario son relevantes para la salud, lo cual requiere una gobernanza multi-sectorial efectiva.

La SETP es un enfoque dirigido a las políticas públicas a través de los diversos sectores que sistemáticamente tiene en cuenta las implicaciones en la salud de las decisiones, busca sinergias y evita impactos dañinos para la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. OMS

El enfoque de Salud en Todas las Políticas considera el impacto de otras políticas en la salud a través de los determinantes de la salud en el momento de planificar las políticas de todos los sectores, tomar decisiones entre diferentes opciones de políticas, y de diseñar las estrategias de implementación. También examina el impacto de las políticas

existentes. El objetivo principal es el de mejorar la formulación de políticas con información basada en la evidencia, mediante una noción clara por parte de los tomadores de decisión acerca de los vínculos entre las políticas y las intervenciones, los [determinantes de la salud](#) y los resultados en salud consiguientes<sup>62</sup>.

La STEP se basa en los derechos y obligaciones relacionados con la salud y contribuye al fortalecimiento en la rendición de cuentas del impacto sobre la salud de la formulación de políticas en todos los niveles. Se hace hincapié en las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar. También contribuye al desarrollo sostenible.

#### EN PARTICULAR, EL STP REFLEJA LOS PRINCIPIOS DE:

- » Legitimidad fundamentada en los derechos y obligaciones conferidos por la legislación nacional e internacional.
- » Rendición de cuentas de los gobiernos hacia su población.
- » Transparencia en la formulación de políticas y el acceso a la información.
- » Participación de la sociedad en general en el desarrollo e implementación de políticas y programas de gobierno.
- » Sostenibilidad con el fin de que las políticas orientadas a satisfacer las necesidades de generaciones presentes no comprometan las necesidades de las generaciones futuras.
- » Colaboración entre los sectores y niveles de gobierno en apoyo de las políticas que promueven la salud, la equidad y la sostenibilidad.

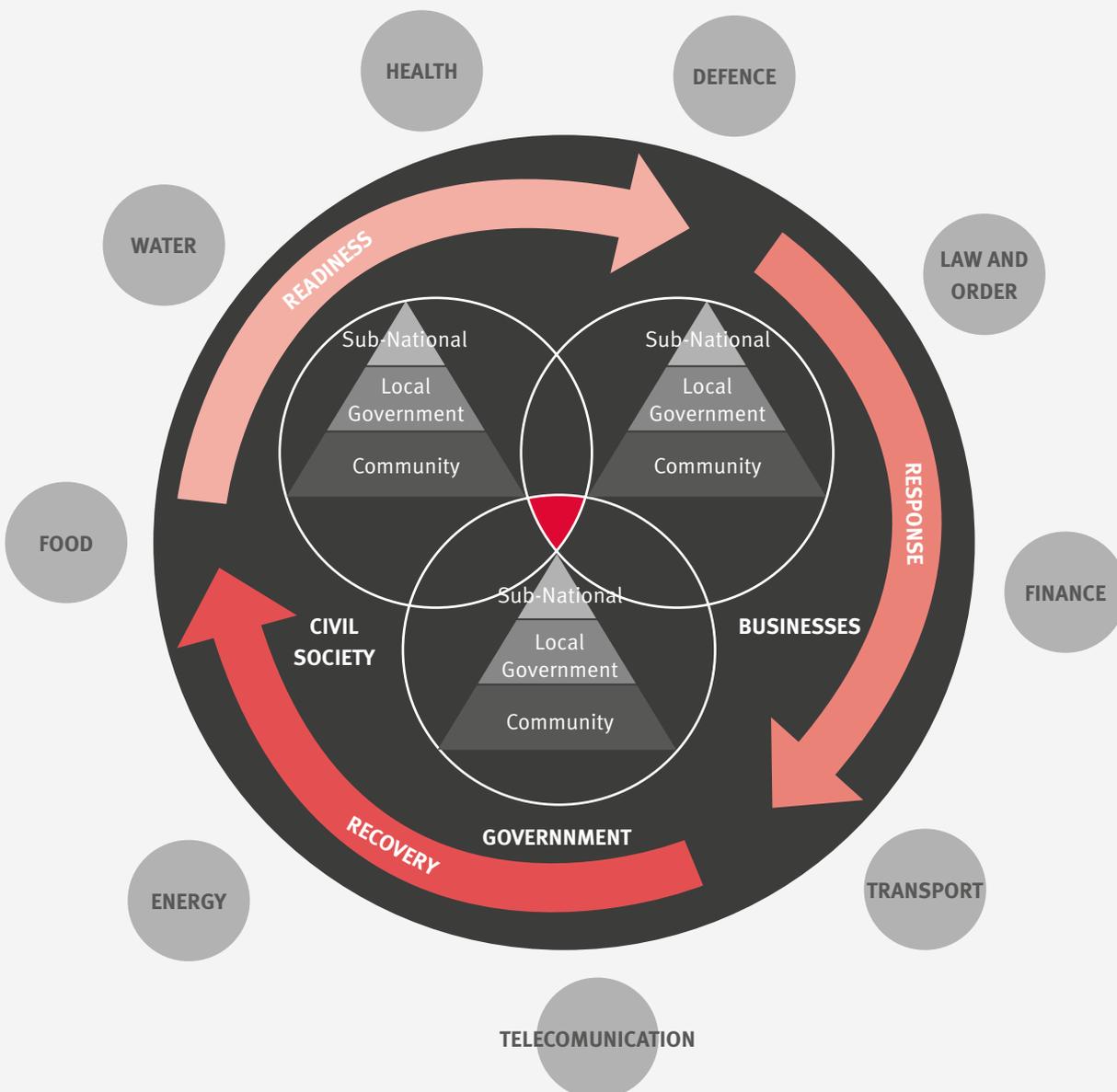
## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

Los complejos aspectos epidemiológicos, económicos y sociales a los que se enfrentan los sistemas de salud de todo el mundo, hacen que sea necesario que los gobiernos ajusten sus estrategias más allá del sector salud, con el fin de gestionar estos desafíos y garantizar la salud de sus poblaciones y la prosperidad de sus países. Factores tales como la educación, los ingresos, el empleo, la vivienda y la cohesión social, deben ser abordados como aspectos fundamentales del estado de salud de la población y por tanto, en el diálogo de políticas, los gobiernos deberán implicar no sólo a todos los sectores, sino también tener en cuenta todos los niveles de gestión gubernamental. Ello requiere la inclusión de la salud en la agenda de las políticas, una mayor [coherencia de políticas](#) en todos los ámbitos del gobierno, de forma que las inversiones de los fondos públicos en un área no se vean socavadas por las políticas aplicadas en otras áreas, y el establecimiento de mecanismos de coordinación y colaboración con todos los ministerios y actores de la sociedad que permitan la negociación sobre cuestiones relacionadas

con la salud, sin que el sector salud tenga que asumir necesariamente el liderazgo. La [Declaración de Adelaide sobre la Salud en Todas las Políticas](#) (OMS y gobierno de Australia del Sur, 2010) sostuvo justamente la necesidad de un nuevo contrato social entre sectores para avanzar en el desarrollo social, la sostenibilidad y la equidad con el fin de mejorar los resultados en salud.

El gráfico siguiente muestra un ejemplo del marco desarrollado para preparar el conjunto de la sociedad en caso de un brote epidémico, haciendo hincapié en la interdependencia de todos los sectores. El marco sugiere cinco principios fundamentales: un enfoque integral de la sociedad, respuesta a todos los niveles, atención a la interdependencia crítica entre los servicios esenciales intersectoriales, una respuesta basada en el contexto y el respeto a las normas éticas<sup>63</sup>.

Gráfico 21. Marco de respuesta del conjunto de la sociedad en caso de un brote epidémico



Fuente: OMS (2009)

La SETP pone énfasis en los instrumentos y marcos de gobernanza que pueden ayudar a establecer un diálogo con otros ministerios. No obstante, su integración se ha vuelto compleja debido a la estructura cambiante en la toma de decisiones sobre la salud y la influencia de los diferentes niveles, desde el local al mundial. Mientras que en muchos países las responsabilidades, tales como la prestación de servicios de salud y de servicios sociales están siendo delegadas a nivel local, otras cuestiones, como decisiones cruciales sobre políticas financieras, comerciales, industriales y agrícolas, se han desplazado a nivel internacional.

La naturaleza cada vez más interdependiente y multidimensional de la formulación de políticas es otro reto a afrontar y requiere que los expertos en políticas de salud pública identifiquen aquellas políticas y procesos de políticas principales que afectan a los determinantes de la salud en un entorno cada vez más complejo y exigente.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

En el caso de España, el marco normativo puesto en marcha hace prácticamente quince años en materia de coherencia de políticas e impulsado ya por el anterior III PD, sitúan a España en la vanguardia de los países que se han hecho conscientes de la necesidad de avanzar en la coherencia de las políticas públicas. En los últimos años, se han creado algunos mecanismos institucionales y estrategias con el objeto de mejorar y velar por la CPD:

- ✓ [Grupo de Coherencia de Políticas, en el marco del Consejo de Cooperación](#) (2005): objetivo de realizar un informe anual sobre la coherencia de las políticas españolas para su remisión al Parlamento.
- ✓ [Comisión Interministerial de Cooperación Internacional \(CICI\)](#): creada por la Ley de Cooperación 23/1998, como mecanismo institucional de coordinación técnica interdepartamental de la Administración General del Estado en materia de cooperación para el desarrollo.
- ✓ [Comisión Delegada para la Cooperación al Desarrollo \(2008\)](#)
- ✓ [Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo \(CICD\)](#)
- ✓ [Conferencia Sectorial de Cooperación \(2009\)](#)

Se había previsto también la creación de una Unidad de Coherencia de Políticas dentro de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID del MAEC) y un Comité Técnico Interministerial.

Otros documentos estratégicos/políticas relevantes de la Cooperación Española:

- ✓ [Plan de Actuación en Salud de la AECID.](#)
- ✓ [IV Plan Director 2013-2016 de la Cooperación Española.](#)
- ✓ [Mesa Interministerial de Salud \(MIMAS\)](#) ADHOC liderada por el MSSSi y la REPER e impulsada por el Área de salud durante la Presidencia de la UE.

## Unión Europea

El Tratado de la UE obliga a todas las políticas europeas a adoptar el enfoque de la iniciativa "*Salud en todas las políticas*" (HIAP). Pero para lograr el mayor grado de eficacia posible, es necesario aplicar este enfoque también a las políticas **nacionales, regionales y locales**. En 2006 la SETP fue ratificada como un principio fundamental de la nueva [estrategia de salud de la Unión Europea](#). El compromiso del Parlamento Europeo con la CPD quedó patente en el pleno del Parlamento del 5 de mayo de 2010, cuando se aprobó el [Informe Keller](#) cuyas principales propuestas eran: la redacción de un informe bienal por parte del Parlamento Europeo sobre CPD y el nombramiento de una Relatoría Permanente que reciba las reclamaciones y elabore informes sobre la incoherencia de políticas.

- ✓ Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social, de 12 de abril de 2005, «Coherencia de las Políticas en favor del Desarrollo - Acelerar el avance para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio» [\[COM \(2005\) 134 final\]](#).
- ✓ Documento de [trabajo](#) de los servicios de la Comisión, de 20 de septiembre de 2007, «Informe de la UE sobre la coherencia en la política de desarrollo» [\[COM \(2007\) 545 final\]](#).
- ✓ [Conclusiones del Consejo sobre la coherencia de las políticas al servicio del desarrollo \(CPD\)](#). Consejo de Asuntos Generales y Relaciones Exteriores - 20 de noviembre de 2007.
- ✓ Introducción de la evaluación específica sectorial del impacto en salud en todas las políticas de la UE (sector-specific [health impact assessment-HIA](#) por sus siglas en inglés) en el año 2000.
- ✓ Conclusiones del Consejo sobre "La equidad y la salud en todas las políticas: solidaridad en materia de salud" ([9947/10](#)), en las que establece un marco de acción para la Comisión y los Estados miembros.
- ✓ Comisión Europea, Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Primer informe de seguimiento a la implementación del principio de coherencia 2007. Bruselas [\(COM \(2007\) 545 final\)](#) 2007.
- ✓ Comisión Europea, Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones Segundo Informe UE 2009 sobre la coherencia política del desarrollo. Bruselas, 17-9-2009 [\(COM \(2009\) 461 final\)](#), 2009.
- ✓ Comisión Europea, Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones Tercer informe de la UE sobre Coherencia de Políticas de Desarrollo 2011. Bruselas [SEC \(2011\) 1627 final](#).
- ✓ [Programa de Trabajo para el periodo 2010-2013 de la Comisión Europea](#): herramienta para anticipar el proceso de formulación de políticas que es crítico desde la perspectiva de la CPD en cinco áreas en las cuales la UE quiere implicarse más proactiva e intensamente: comercio y finanzas, cambio climático, seguridad alimentaria mundial, migración y seguridad.
- ✓ [Community strategy "Together for Health: a strategy approach for EU 2008-2013"](#) COM(2007) 630 final.

## Nivel Internacional

El concepto de SETP se basa en los principios de promoción de la salud desarrollados en la [Declaración de Alma-Ata](#) sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la [Carta de Ottawa](#) para la Promoción de la Salud (1986), ya vistos en el capítulo anterior. No obstante, fue más tarde, durante la primera Reunión Internacional de SETP que culminó con la [Declaración de 2010 de Adelaida](#) sobre la Salud en Todas las Políticas, donde se desarrolló más. Más recientemente, La [Declaración política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2011](#) y la Resolución de la Asamblea General de la ONU para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [A/RES/64/265 \(2011\)](#) aclararon aún más el papel de la SETP en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El concepto de la SETP está en consonancia con la [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) y la [Declaración del Milenio de las Naciones Unidas A/RES/55/2 \(2000\)](#), y tiene el potencial de desempeñar un papel importante en el proceso de [Desarrollo post-2015](#).

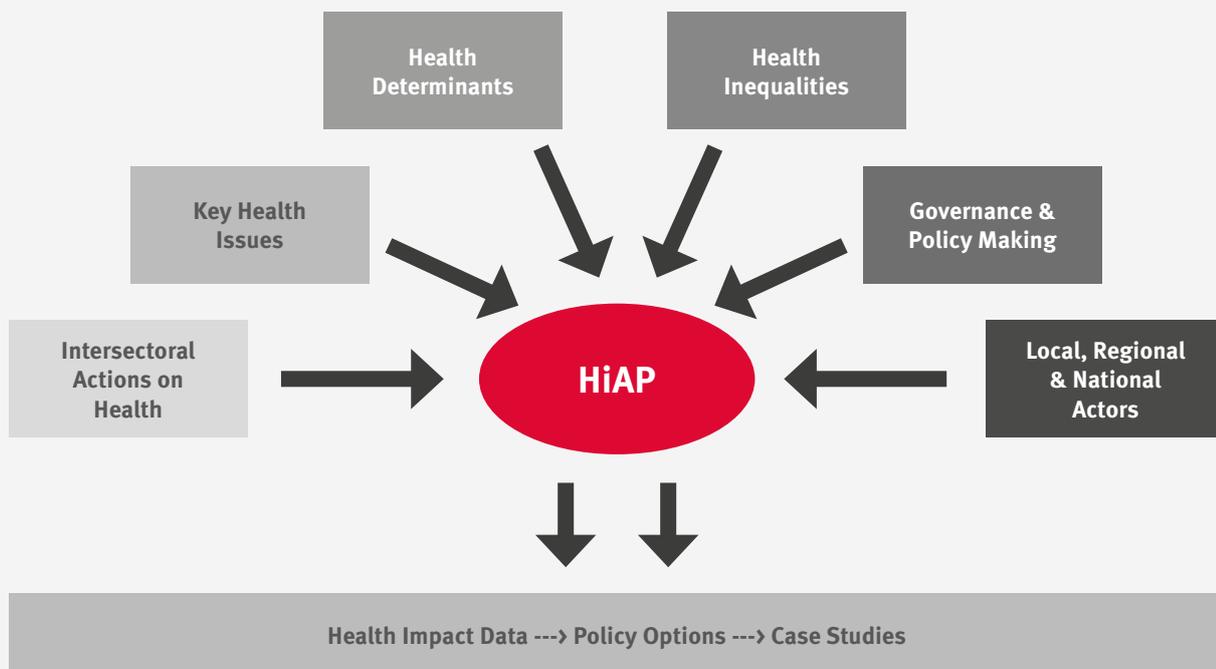
Otras Políticas/Conferencias relevantes:

- ✓ [Recomendaciones de Adelaide. II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Políticas Públicas para la Salud 1988.](#)
- ✓ [Declaración de Sundsvall sobre Entornos Propicios para la Salud; Suecia 1991](#)
- ✓ [Acción Intersectorial para la Salud: Conferencia para la Salud-Para-Todos en el siglo XXI. Halifax, Nueva Escocia, Canada, 22-23 Abril 1997.](#)
- ✓ [OMS \(2005\). Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, Thailandia, Bangkok](#)
- ✓ [OMS \(2005\). Actualización de la “Salud para Todos”](#)
- ✓ [Resolución WHA60.26 Workers' Health: Global Plan of Action; Ginebra 2007](#)
- ✓ [Resolución WHA60.24 Promoción de la Salud en un Mundo globalizado; Ginebra 2007](#)
- ✓ [OMS \(2008b\). Carta de Tallinn \(The Tallinn Charter\): sistemas sanitarios para la salud y el bienestar: invita a los gobiernos a garantizar que los Ministros de Sanidad asuman el papel de liderazgo en la conducción de la salud de la población hacia otros sectores de la sociedad.](#)
- ✓ [OCDE \(2008\) Declaración ministerial sobre la coherencia de las políticas en favor del desarrollo adoptada por la OCDE el 4 de junio de 2008.](#)
- ✓ [Resolución WHA62.14: Reduciendo desigualdades en salud a través de la acción en los determinantes sociales de la salud, Ginebra 2010.](#)
- ✓ [OMS \(2011\). Declaración de Moscú: I Conferencia Ministerial Mundial sobre Vidas Saludables y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ginebra, OMS.](#)
- ✓ [Resolución WHA65.8 Resultados de la Conferencia Mundial de la Salud sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2012](#)
- ✓ [8ª Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud.Helsinki Junio 2013](#)
- ✓ [21 Conferencia Mundial IUHPE sobre Promoción de la Salud, 25 – 29 Agosto, Pattaya, Tailandia.](#)

## ELEMENTOS CLAVE

El gráfico que se presenta a continuación siguiente muestra los diferentes componentes que integra el enfoque STEP.

Gráfico 22. Elementos del enfoque de Salud en Todas las Políticas



Fuente: National Institute for health and welfare

El enfoque SETP debe contemplar los siguientes aspectos:

- ✓ integrar aspectos del sector salud en las políticas relativas a ámbitos no sanitarios.
- ✓ aportar información y evidencia, desde una perspectiva de políticas de salud a nivel de la gobernabilidad, donde se formulan las políticas.
- ✓ asegurar que todos los sectores y niveles de gobierno rinden cuentas acerca de las decisiones políticas que afectan la salud y los sistemas de salud.
- ✓ mejorar los mecanismos e instrumentos para tener en cuenta las implicaciones de la salud.
- ✓ generar y facilitar la acción intersectorial para la salud y soluciones para mejorar los impactos en la salud.

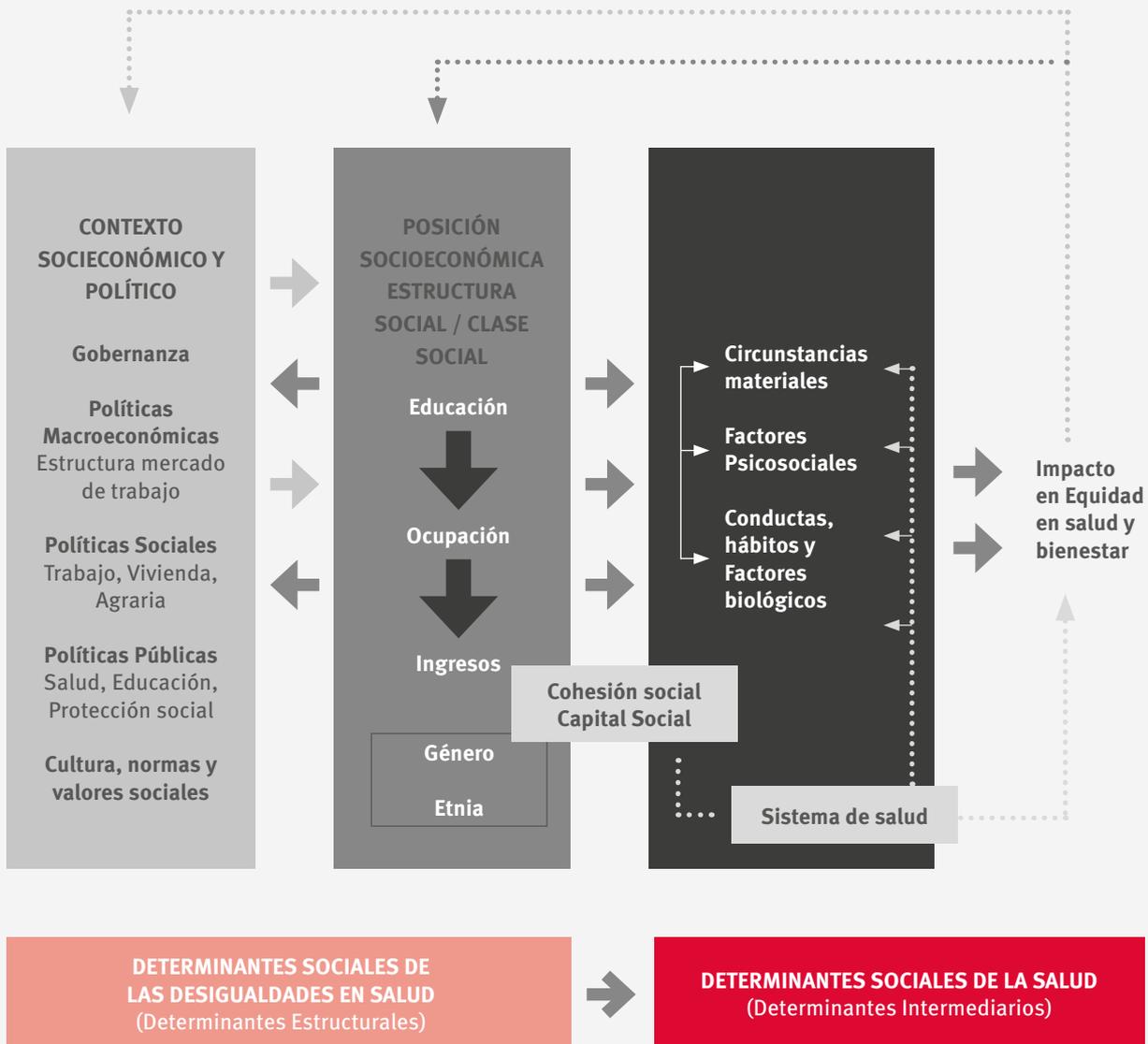
- ✓ analizar cómo las políticas y las intervenciones están vinculados a los impactos sobre los determinantes de la salud, factores de riesgo/protección, los resultados en la salud y los sistemas de salud, así como la distribución de estos efectos a través de diversos grupos de la población.
- ✓ informar a los responsables de formulación de políticas que trabajan en y a través de todos los sectores, los políticos y al público acerca del modo en que las decisiones políticas afectan la salud y los sistemas de salud, incluida la distribución de la salud y la equidad en los sistemas de salud.

Existen tres pilares principales en el enfoque de la SETP: una base sólida de información y recursos y capacidades, experiencia adecuada en salud pública y políticas sanitarias, y conocimiento acerca de las estructuras de formulación de políticas y legitimidad política.

### ***Determinantes Sociales de la Salud***

En su Informe final del 2008, la [Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud](#) (CDSS) de la OMS presentó una síntesis de la evidencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud y su impacto en la equidad en salud, e hizo una serie de recomendaciones sobre cómo promover la equidad en salud. Un aspecto clave de sus recomendaciones se refiere a la necesidad de los gobiernos de garantizar que todas las agencias son responsables y conscientes de su impacto sobre la salud y la equidad en salud y de la adopción de un enfoque de Salud en todas las políticas por parte de los gobiernos y las Agencias internacionales. La Comisión recomendó tres áreas principales de intervención: mejora de las condiciones de *vida diaria*; la lucha contra la *distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos*; y la *mejora de la forma en que podemos comprender y medir el progreso social y la equidad en salud*. El marco conceptual de la CDSS se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 23. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Solar O Irwin. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS 2006

### ***Acción Intersectorial***

Mientras que la SETP sería preferiblemente parte de los procesos de toma de decisiones políticas en el futuro, en la práctica, una parte principal de su aplicación actual se basa en la acción intersectorial y la cooperación administrativa.

Las preocupaciones específicas de salud se han abordado a través de la acción intersectorial de forma clara en el IVPD con el enfoque de Gestión Por Resultados de Desarrollo. La salud del corazón se ha mejorado a través de cambios en las políticas, la legislación y la regulación en otros sectores que se ha traducido en una mejor calidad de los alimentos, la disminución de fumar y el aumento de la actividad física.

Además de los avances y las oportunidades, hay retos y riesgos emergentes. Los diversos sectores tienen sus propias prioridades, y estas no son siempre fácilmente compatibles con los objetivos de mejora de la salud y la equidad sanitaria a través de la comprensión de los determinantes de salud.

Cualquiera que sea la motivación para la acción, es esencial encontrar potenciales aliados y socios que compartan valores y objetivos comunes o convergentes, o para encontrar soluciones de compromiso aceptables cuando los conflictos de intereses sean inevitables. Con el fin de hacer esto, el sector salud debe:

- ✓ ser claros en sus propios argumentos de salud
- ✓ asegurar una comprensión holística de la salud
- ✓ definir claramente sus propios valores y sus implicaciones políticas, y
- ✓ resaltar el posible impacto de ignorar estos valores

En un enfoque de transición, la salud debe ser especialmente "interactiva" con aquellos sectores o cuestiones más relacionadas con sus necesidades. La AECID ha generado sendas guías de transversalización para los sectores de [Género](#) y [Medio Ambiente](#) que deben servir de apoyo a la Intersectorialidad en todos los niveles. El diagrama de los riesgos atribuibles debido a las necesidades básicas insatisfechas, la seguridad o el cumplimiento de necesidades puede ayudar a identificar las áreas prioritarias para la acción específica. En los países de bajos ingresos, las necesidades no satisfechas prioritarias pueden estar relacionados con las necesidades básicas de nutrición y agua y saneamiento. La [estrategia del Fondo del Agua de la Cooperación Española](#) tiene como objetivo el acceso a agua potable y saneamiento y la promoción de hábitos higiénicos como aspectos esenciales para mejorar la salud. En algunos países de ingresos medianos sectores clave pueden ser los relacionados con las necesidades de seguridad en la vivienda, el trabajo y las políticas de medio ambiente. En algunos países de ingreso alto, las necesidades básicas y de seguridad pueden estar suficientemente cubiertas, mientras que pueden existir otro tipo de necesidades en términos de actividad física adecuada, una alimentación sana y la satisfacción psicosocial (por ejemplo, la soledad), por lo tanto, dar mayor pertinencia a los vínculos específicos con la planificación urbana, la comunicación o las políticas de cohesión social. La educación y los derechos específicos de género y de la infancia, son áreas prioritarias comunes en la mayoría de los contextos.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Governance tools and framework for health in all policies. Finland 2008](#)
- ✓ [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Madrid 2012.](#)
- ✓ [WHO \(2009\). Whole-of-society pandemic readiness: WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non-health sector. Geneva, World Health Organization.](#)

- ✓ [Tools and Approaches for Assessing and Supporting Public Health Action on the Social Determinants of Health and Health Equity. Canada, November 2012.](#)
- ✓ [European Policy Health Impact Assessment – A Guide. Brussels, May 2004](#)
- ✓ [European Centre for Health Policy \(EHP\). \(1999\). Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: WHO-Regional Office for Europe.](#)
- ✓ [Institute of Public Health in Ireland. Health Impact Assessment Guidance. Ireland, 2009](#)
- ✓ [Rudolph, L et al, 2013. Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.](#)

En esta sección merece especial atención la [Evaluación del Impacto Sanitario](#) (Health Impact Assessment-**HIA**), ya que es considerado como uno de los enfoques más estructurados en la aplicación de la Salud en Todas las Políticas (Lock, 2000; Sim & Mackie, 2003). Se trata de una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las cuales una política, programa o proyecto puede ser analizada en cuanto a sus efectos potenciales sobre la salud de una población y la distribución de dichos efectos dentro de la población" (OMS Centro Europeo de Políticas de Salud, 1999). El proceso del HIA, no se limita a una metodología de evaluación, sino que pretende informar a los tomadores de decisiones fuera del ámbito de la salud sobre los impactos potenciales de la formulación de políticas en la salud de la población y aumentar así el conocimiento y la conciencia acerca de los vínculos entre su sector y los factores determinantes de la salud.

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Influencia de acuerdos comerciales de la OMC en el acceso a medicamentos

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

La competencia entre productores ha demostrado ser la mejor manera de reducir el precio de los medicamentos y es lo que ha permitido abaratar el coste de tratamientos como los ARVs para para el VIH/sida en más de un 99%, desde los 10.000 dólares estadounidenses por paciente y año en el 2000, hasta los menos de 70 dólares por paciente y año de hoy día. No obstante, todavía un 50% de las personas que necesitan tratamiento de manera urgente no tiene acceso al mismo. El acceso a los medicamentos se ha podido mejorar gracias a la aplicación de lo que se conocen como '[flexibilidades del ADPIC](#)' de la [Declaración de Doha](#), en la que los Gobiernos se comprometieron a priorizar la salud por encima del comercio y los derechos de propiedad intelectual. A través de medidas que aluden a los acuerdos legales consagrados por las legislaciones nacionales, se ha conseguido promover el acceso a medicamentos más asequibles.

## CONTEXTO

La supervivencia de millones de personas de los países en vías de desarrollo depende de medicamentos genéricos producidos a precios asequibles en países como la India o Tailandia. La formulación de políticas relacionadas con acuerdos de libre comercio, tratados internacionales, la protección de patentes de medicamentos y de sus respectivos procesos de producción, tales como el acuerdo sobre los [Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual con el Comercio \(ADPIC\)](#), reglamentos aduaneros... limitan seriamente el acceso de estas personas a los medicamentos que necesitan para sobrevivir, ya que los fabricantes de genéricos se ven privados de espacios donde producirlos o venderlos.

India es la fuente de la mayoría de los medicamentos de calidad asequibles que se utilizan en el mundo en desarrollo, pero su Gobierno tiene que enfrentarse constantemente a los ataques de las compañías farmacéuticas y de los países desarrollados, pues tanto unos como otros continúan tratando de frenar la producción de fármacos genéricos. Además, otros países de ingresos medios también se están enfrentando a la creciente escalada de precios por parte de la industria farmacéutica.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

Los países han puesto en marcha con más o menos éxito varias estrategias para equilibrar los intereses públicos y privados de sus sistemas de propiedad intelectual. Este equilibrio es especialmente importante para los gobiernos de países en vías de desarrollo que intentan proteger la salud pública de sus respectivos países, mientras hacen que sus leyes sobre patentes cumplan lo estipulado en el ADPIC.

Los mecanismos voluntarios para garantizar que el precio de los medicamentos sea asequible, como los del [Fondo Común de Patentes](#) (que se debatieron en la AMS 2008 y se mencionaron en la [Estrategia Mundial sobre la Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual de la OMS](#)), han desempeñado un papel importante cuando las patentes se interponen en la reducción de precios que produce la competencia de genéricos. Pero las compañías farmacéuticas deben asegurar que sus licencias permitan el acceso a medicamentos más asequibles en todos los países en desarrollo. La emisión de [licencias obligatorias](#) que autorizan a terceros la producción, importación o exportación de un fármaco aun cuando esté patentado, la cual constituye otra de las flexibilidades del ADPIC, ha permitido a los gobiernos eludir patentes que impidan el acceso a medicamentos. En 2006, por ejemplo, Tailandia emitió una patente obligatoria sobre medicamentos patentados para el SIDA cuyos precios resultaban inaccesibles, abriendo así una vía para la producción de esos fármacos en ese país. En la India, durante el diseño de la ley nacional sobre patentes, el Parlamento se aseguró de incluir una serie de salvaguardas para limitar las posibles prácticas abusivas de las empresas farmacéuticas en materia de patentes.

## LECCIONES APRENDIDAS

Cada país debería poder diseñar y operar su sistema de patentes como mejor conviniese sus intereses nacionales, utilizando la flexibilidad contenida en el acuerdo ADPIC. Incluso cuando un medicamento está patentado, hay formas de superar este obstáculo.

La sociedad civil ha desempeñado un papel crucial en la defensa de políticas de salud pública y promoción de los intereses de los países en vías de desarrollo para cambiar la situación que favorece las compañías transnacionales y a los países que comparten sus intereses.

## RETOS

Más de una década más tarde de la Declaración de Doha, las dificultades para acceder a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo continúan estando muy presentes. Se necesita hacer mucho más para contener los precios de los medicamentos, especialmente en el caso de los fármacos más nuevos necesarios que requieren potenciar la I+D para responder a las apremiantes necesidades de salud pública.

El registro y comercialización de los medicamentos genéricos en un país continúa siendo un reto. Aparte de que el productor pueda demostrar que su producto es equivalente a un medicamento existente tanto en sus aspectos químicos como de biodisponibilidad, se debería potenciar el [Mecanismo de Precalificación de la OMS](#) el cual debería incluir medicamentos esenciales para responder a las necesidades de salud de la población en países de ingresos bajos y medios con el fin de mejorar la accesibilidad, la seguridad y el uso racional de los medicamentos esenciales para dichas enfermedades a nivel mundial.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [WHO. Health in All Policies \(HiAP\) Framework for Country Action. Geneva January 2014](#)
- ✓ [WHO Europe. Governance for health in the 21st century. Copenhagen, 2012](#)
- ✓ [Dirección General de Planificación y Evaluación de Política del MAEC-DGPOLDE. Informe sobre Coherencia de Políticas para el Desarrollo período enero-diciembre 2010. Madrid, 31 de octubre de 2011.](#)
- ✓ [WHO. Intersectoral action on health. A path for Policy-Makers to implement effective and sustainable action on health. Geneva 2011.](#)
- ✓ [Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España con apoyo AECID. Coherencia de políticas para el desarrollo una agenda inaplazable. Madrid 2010](#)
- ✓ [Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra. OMS 2008.](#)

### WEBSITES

- ✓ [http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/projects/crossing\\_bridges/resources\\_cap\\_b\\_module/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/projects/crossing_bridges/resources_cap_b_module/)
- ✓ [http://www.thl.fi/en\\_US/web/en/topics/information\\_packages/hiap](http://www.thl.fi/en_US/web/en/topics/information_packages/hiap)
- ✓ <http://www.paho.org/setp/>
- ✓ [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/policy/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_es.htm)
- ✓ [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- ✓ <http://www.who.int/hia/tools/en/>







# PILARES

# 4

Tabla 8. Principios de un sistema sanitario

<b>Pilares Sanitarios “Building Blocks” OMS</b>	Recursos Humanos Sanitarios	Infraestructuras y logística	Acceso a Medicamentos	Financiación Equitativa
---	-----------------------------	------------------------------	-----------------------	-------------------------

Los pilares básicos, que se corresponden con los llamados “[building blocks](#)” definidos por la OMS, son esenciales para fortalecer los sistemas sanitarios y el acceso universal a los servicios de salud, mejorar la calidad de los servicios y mejorar los resultados en salud. Se componen de una serie de elementos esenciales que se encuentran muy debilitados en algunos países con recursos limitados, entre ellos: los recursos humanos, el acceso a los medicamentos esenciales, la infraestructura y la logística que permiten el acceso a diferentes niveles de atención y un nivel adecuado de resolución, así como regímenes de financiación justos que permitan una atención igualitaria para todos. Todos estos pilares exigen una estrategia y un presupuesto y, en su conjunto, deben ofrecer una respuesta integrada hacia el objetivo de una cobertura universal.

## 4.1 RECURSOS HUMANOS SANITARIOS (RHS)

### CONCEPTO/RACIONAL

Los [trabajadores de la salud](#), componentes básicos de equipos sanitarios operativos en los que cada miembro aporta competencias distintas y desempeña funciones diferentes, conforman la piedra angular de los sistemas sanitarios.

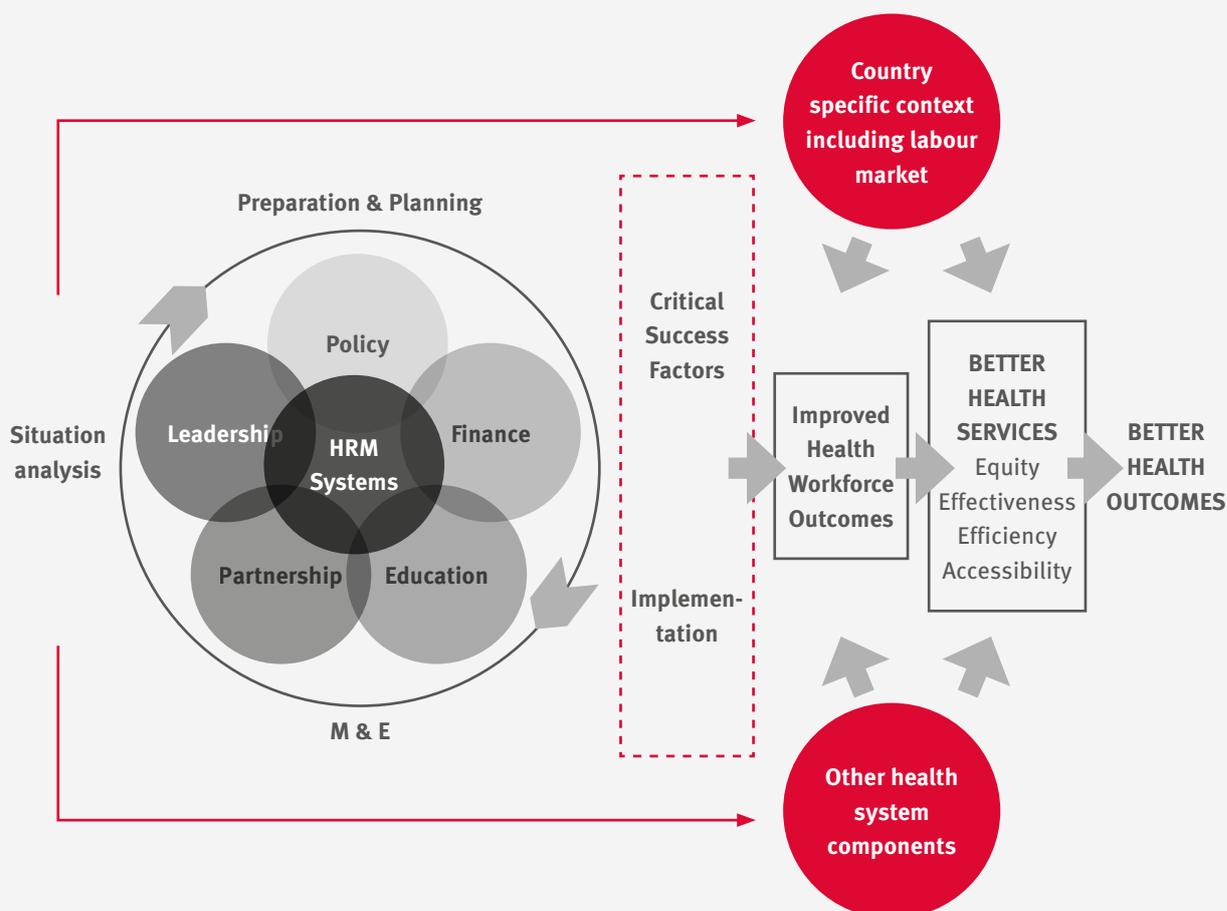
Los recursos humanos sanitarios incluyen no sólo al personal clínico como médicos, enfermeras, farmacéuticos y dentistas, sino también trabajadores no vinculados a la atención sanitaria directa esenciales para el desempeño de los sistemas de salud, tales como gerentes, conductores de ambulancias y contables. El término contempla asimismo a cuidadores familiares, proveedores y pacientes, voluntarios sanitarios y agentes de salud comunitarios. Los *proveedores de servicios de salud* constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, y el tercio restante está compuesto por *personal administrativo y auxiliar*.

Según la definición de la OMS de los sistemas sanitarios, el término “trabajadores sanitarios” comprende “todas las personas que participan en acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud”.

El desarrollo del personal sanitario es a la vez un proceso técnico y político, ya que requiere de una buena planificación de los recursos humanos, formación y gestión, así como voluntad y capacidad política sostenida para garantizar la armonización y coordinación de los diferentes sectores, grupos de la sociedad y los diferentes niveles de gobierno en el apoyo de un programa a largo plazo de fortalecimiento de los recursos humanos para la salud. Solo mediante una acción sistémica que permita superar los enfoques fragmentarios y a corto plazo, combinando medidas conexas y complementarias, es posible reforzar el personal del sector, con miras a la consecución de la cobertura sanitaria universal.

Una política integral de recursos humanos de salud integra la planificación y organización de la formación, la contratación, la remuneración y el despliegue de recursos humanos, en base a los modelos cambiantes en la prestación de atención sanitaria, la carga de trabajo y la evolución de la fuerza laboral<sup>64</sup>. El siguiente marco de acción elaborado por la OMS incluye los componentes esenciales en la planificación y gestión del personal sanitario con el fin de desarrollar e implementar [estrategias](#) para la consecución de una fuerza laboral efectiva y sostenible: la gestión de recursos humanos, la formulación de políticas, la financiación, la educación, las alianzas y el liderazgo.

Gráfico 24. Marco de acción en Recursos Humanos



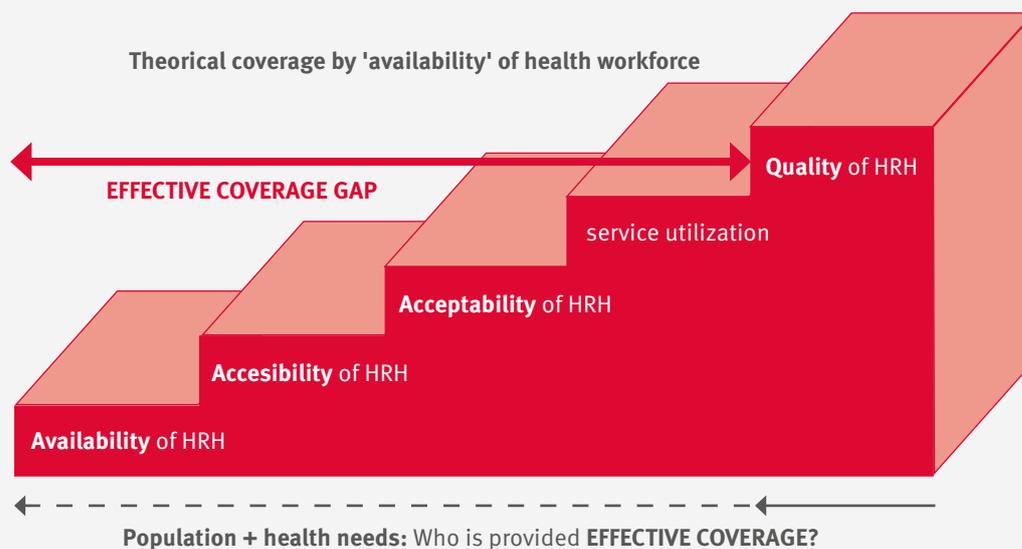
Fuente: OMS 2008

A través de un enfoque integral, el marco pretende facilitar el abordaje del [déficit de personal](#), la [distribución desigual](#), brechas en [competencias y aptitudes](#), y la baja [retención](#) y escasa [motivación](#), entre otros retos. Los sistemas de gestión de recursos humanos sanitarios, se sitúan en el centro del marco por su importancia en la integración de todo el resto de componentes. El objetivo final de las acciones propuestas es la existencia de personal sanitario capaz de prestar servicios de salud equitativos, eficientes, efectivos y de calidad y, consecuentemente, contribuir a mejorar los resultados en salud.

El gráfico siguiente, muestra los principios fundamentales tanto del derecho a la salud como los niveles mínimos de protección social: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad de los recursos humanos sanitarios y la calidad de los servicios de salud. El personal de salud tan solo puede contribuir de manera significativa en el desempeño de los sistemas de salud, si los *trabajadores sanitarios se encuentran disponibles, son competentes y desempeñan sus funciones de forma adecuada*.

- ✓ Disponibilidad - provisión y existencia suficiente de trabajadores de salud (número y distribución), con las competencias pertinentes y la combinación de capacidades que se corresponden con las necesidades de salud de la población;
- ✓ Accesibilidad - acceso equitativo a los trabajadores de la salud, en particular en términos de tiempo de desplazamiento y transporte, horarios de apertura y la correspondiente asistencia del personal sanitario, infraestructura adaptada a personas discapacitadas, mecanismos de referencia y los costos directos e indirectos de los servicios, tanto formales como informales;
- ✓ Aceptación - las características y capacidad del personal para tratar a todos con dignidad, crear confianza y permitir o promover la demanda de servicios;
- ✓ Calidad - competencias, habilidades, conocimiento y comportamiento del personal de salud según la evaluación de acuerdo a las normas profesionales y según la percepción de los usuarios.

Gráfico 25. Las cuatro dimensiones críticas de los recursos humanos sanitarios



Fuente: GHWA A Universal Truth Report 2013. Adapted from Campdell et al<sup>65</sup>.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

La OMS identificó un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Basándose en estas estimaciones, en la actualidad, [más de 50 países, principalmente en África y en el Sur de Asia, sufren una grave carencia de personal sanitario](#), aunque no se limita a países de medianos y bajos ingresos. La urgencia y la crítica situación de los recursos humanos sanitarios (RHS) a nivel mundial se reflejó en el [Informe de la Salud en el Mundo de 2006 de la OMS](#). Para el año 2010, se estimó un déficit de cerca de 4,3 millones de trabajadores de la salud en el mundo para cubrir las necesidades, incluyendo 2,4 millones de médico/as, enfermero/as y comadronas<sup>66</sup>, y la escasez de al menos un millón de trabajadores de salud de primera línea en el mundo en desarrollo<sup>67</sup>. África Subsahariana soporta alrededor del 24% de la carga de morbilidad en el mundo, no obstante posee sólo el 3% de los trabajadores sanitarios y menos del 1% de los recursos financieros del mundo para responder a esta carga. Esta escasez de personal sanitario cualificado representa un total de 0,8 profesionales sanitarios por cada 10.000 habitantes, muy lejos de alcanzar el mínimo de profesionales estimado para alcanzar los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#). Entre las principales causas de esta situación cabe citar la limitada capacidad académica de muchos países con recursos limitados para formar recursos humanos, una distribución inadecuada en el sector privado y público o de zonas rurales a urbanas, el bajo rendimiento y la migración de personal a otros países, a pesar de los compromisos adquiridos en el [Código de Buenas Prácticas sobre el Reclutamiento Internacional de Profesionales de Salud de la OMS](#)<sup>68</sup>. No obstante, pocos países disponen de una base de información integral válida acerca de la disponibilidad de trabajadores sanitarios.

Existen además una gran variedad de desafíos relativos al lugar de trabajo, salarios, las condiciones de trabajo o la falta de equipos y otros suministros que contribuyen a una falta de motivación, baja productividad y absentismo que repercuten en el desempeño de incluso profesionales de la salud bien cualificados.

## PRINCIPALES RETOS EN EL FORTALECIMIENTO DE LOS RHS EN EL CONTEXTO DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (GHWA/WHO ABRIL 2013)

1. Reconocer la importancia de los RHS en la traducción de la visión de la cobertura sanitaria universal en una mejora de la atención sanitaria en la práctica.
2. Evaluar la brecha entre las necesidades de RHS, el suministro real (número, capacidades y competencias) y la demanda de servicios de salud de la población.
3. Formular objetivos que delimiten el enfoque de las políticas dirigidas a los RHS para el sistema y los servicios de salud.
4. Mejorar los datos e información estratégica basada en la evidencia necesaria para ejecutar y monitorizar los objetivos de las políticas y mantener una gestión efectiva.
5. Fortalecer la capacidad técnica para el diseño, apoyo e implementación políticas.
6. Fomentar el apoyo político al más alto nivel para asegurar la continuidad en la consecución de la cobertura sanitaria universal.
7. Reformar la gobernanza y el entorno de los RHS institucionales.
8. Evaluar el costo de los diferentes escenarios de las reformas acerca de los RHS.
9. Alentar a los socios internacionales a centrar y reportar su ayuda oficial al desarrollo en el apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud.
10. Alentar a los socios internacionales a abordar cuestiones transnacionales y fortalecer la gobernanza de RHS a nivel mundial, plataformas de colaboración y mecanismos.

Teniendo en cuenta las especificidades de cada país, los responsables políticos tendrán que interpretar estas acciones de acuerdo a sus necesidades y capacidades. Cada acción es necesaria e importante; y será requerida en diversos puntos en el proceso.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

- ✓ [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): línea estratégica relativa al fortalecimiento integral de los sistemas de salud y las capacidades institucionales, garantizando sistemas de calidad y equitativos como eje fundamental de nuestras acciones de cooperación en salud.
- ✓ Propuesta de un Registro y Programa de Asistencia y Formación Especializada Básica y Servicios de Apoyo proporcionada a países con recursos limitados por los distintos servicios de salud y universidades y otros centros de formación superior

- españoles de las distintas Comunidades Autónomas. Proyecto piloto en Etiopía.
- ✓ Fortalecimiento de capacidad de la RES-Salud en la AECID.

## **Unión Europea**

En 2009 se lanzó un programa financiado por la UE titulado “[Fortaleciendo el desarrollo del Personal Sanitario y abordando el Déficit Crítico de los Trabajadores de salud](#)”, gestionado conjuntamente por la OMS y la [Alianza Mundial en pro del personal Sanitario](#) (GHWA por sus siglas en inglés) que desencadenó el desarrollo de varios [Observatorios referentes al Personal Sanitario](#) a nivel Nacional y Regional.

La OMS ha colaborado con la Unión Europea en la elaboración de un *plan de acción para el personal de salud* con el objetivo de fomentar una fuerza de trabajo sostenible en Europa. Este trabajo de fondo gira en torno a tres grandes ejes: anticipar las necesidades de personal y mejorar los métodos de planificación de la fuerza de trabajo; prever las competencias que en el futuro serán necesarias en las profesiones ligadas a la salud; y compartir prácticas adecuadas sobre estrategias eficaces de contratación y permanencia de profesionales de la salud.

Otras Políticas/Estrategias relevantes:

- ✓ [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo \(2007–2013\)](#). Bruselas, 21.12.2006 COM(2006) 870 final.
- ✓ [Conclusiones Consejo Europeo. Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo \(2007–2013\)](#). Bruselas Abril 2006.
- ✓ [Comunicación de la Comisión Europea](#) (párrafo 4.3,) y las [Conclusiones del Consejo sobre “El papel de la UE en la salud Global](#) (puntos 6 y 16b). Bruselas, mayo 2010.
- ✓ [Documento de Trabajo de la Comisión Europea sobre un Plan de Acción sobre el Personal Sanitario de la UE](#). Estrasburgo, 18.4.2012 SWD(2012) 93 final. Acompaña la [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las regiones. Hacia una recuperación generadora de empleo](#).
- ✓ [Health Workers for all and all for Health Workers](#) HW4ALL- iniciativa de la sociedad civil europea para contribuir a que este sector sea sostenible y compatible en todas las sociedades del mundo.

## ***Nivel Internacional***

Reconociendo la necesidad de contar con suficientes recursos humanos para salud a fin de acelerar los progresos y sostener los logros concernientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la OMS abogó en 2006 por un «decenio de acción» en relación con esos recursos. Entre los principales hitos de este periodo cabe señalar la creación de la *Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario*, la convocatoria de tres [foros mundiales sobre Recursos Humanos para la Salud](#) en [Uganda, 2008](#)- que dio como resultado el desarrollo de una hoja de ruta mundial de RHS (la [Declaración de Kampala](#) y el [Programa de Acción Mundial](#)); [Tailandia \(2011\)](#) y [Recife \(Brasil, 2013\)](#) respectivamente, y la adopción por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010 del [Código mundial de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud](#) (WHA 63.16), que parte de la preocupación por la migración internacional del personal sanitario, un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo ([WHA57.19](#)).

La [Estrategia 2013-2016 de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario](#) pretende avanzar hacia el acceso universal en el programa sobre personal sanitario.

La 63ª Asamblea General de las Naciones Unidas (2009) identificó la necesidad de personal “adecuado, cualificado, bien formado y motivado” para acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal en su [Resolución A/RES.63/33](#). En diciembre de 2012, se aprobó la [Resolución A/RES/67/81](#), con la que se dio nuevo impulso político al tema de la cobertura sanitaria universal y se reconoció la necesidad de contar con «personal cualificado suficiente que esté debidamente formado y motivado».

En mayo de 2011, la 64ª Asamblea Mundial de la Salud, en su [resolución WHA64.6 sobre el fortalecimiento del personal sanitario](#), manifestó su preocupación por la repercusión de la escasez y la distribución inadecuada de agentes sanitarios bien capacitados y motivados, así como la ineficiencia con que la fuerza de trabajo se gestiona y utiliza, en el funcionamiento eficaz de los sistemas de salud. La 64ª Asamblea Mundial de la Salud también adoptó la resolución [WHA64.7 sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería](#).

En respuesta al reconocimiento internacional de la necesidad de una acción global y regional para fortalecer la planificación y la acción sobre los recursos humanos sanitarios, han surgido varias iniciativas tales como la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto sobre Recursos Humanos para la Salud y Desarrollo ([Joint Learning Initiative](#)) o la [Alianza Asia-Pacífico de Acción sobre Recursos Humanos para la Salud](#) (AAAH por sus siglas en inglés).

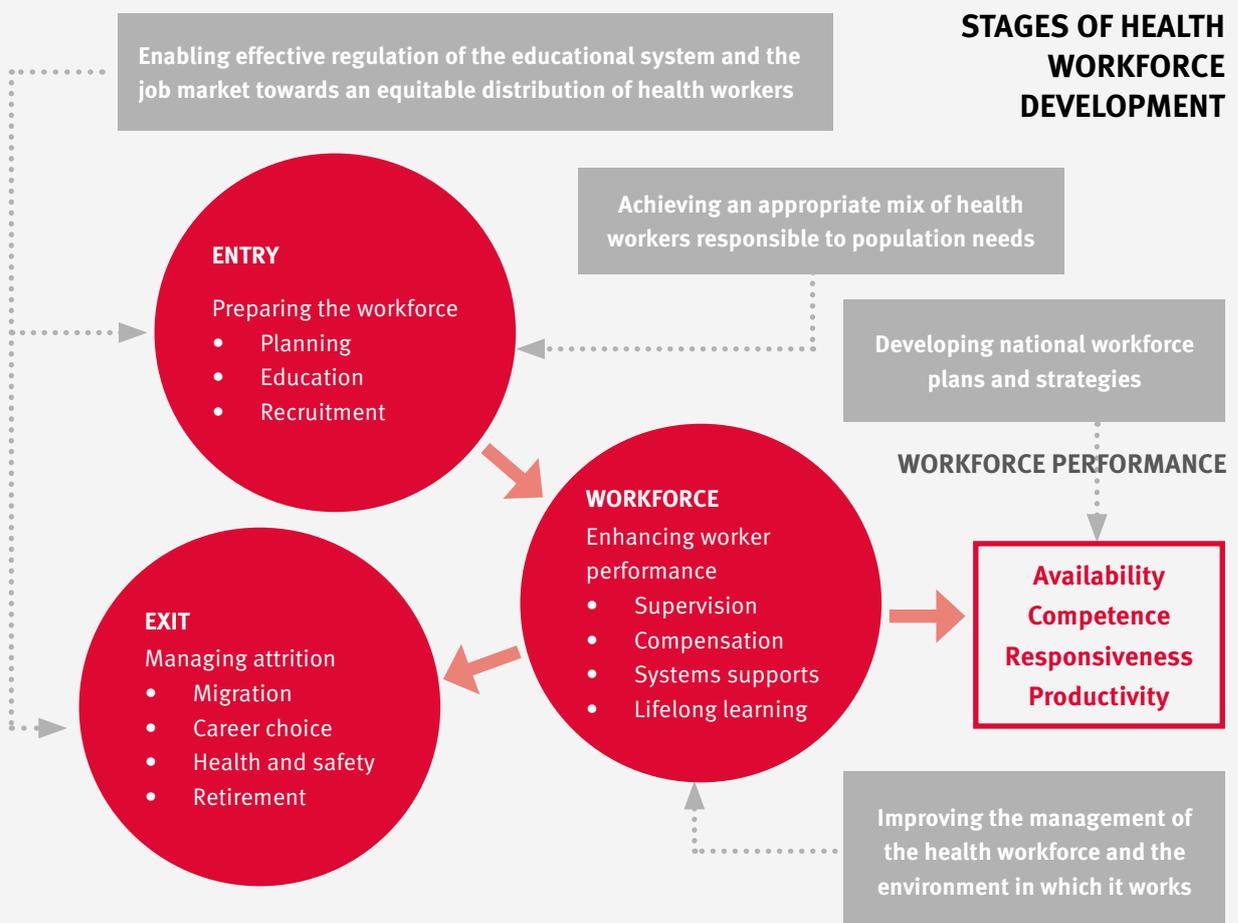
En la región de las Américas, el [llamado a la acción de Toronto, 2006-2015: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas](#) buscó movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud y otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, en apoyo a la consecución de los ODMs, las prioridades nacionales de salud y el acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015.

## ELEMENTOS CLAVE

El desarrollo de los RHS es cambiante, está en constante evolución y depende de una amplia variedad de fuerzas y factores. Con el fin de conseguir que *los trabajadores adecuados y con las capacidades pertinentes estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde* (OMS 2006), las políticas y gestión de recursos humanos, deben integrar la planificación y organización de la formación, el reclutamiento, la remuneración y el despliegue de trabajadores, en base a los modelos de prestación de servicios existentes y teniendo en cuenta la dinámica del personal sanitario. El siguiente gráfico muestra la perspectiva basada en el «*ciclo de vida laboral*», la cual se centra en estrategias relacionadas con la etapa en la que las personas ingresan en la fuerza de trabajo, el periodo de sus vidas durante el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan.

El esquema plantea la estrategia desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica: (i) *Entrada*: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y en prácticas de contratación eficaces y éticas; (ii) *Etapa laboral*: mejora del desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado.; y (iii) *Salida*: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos.

Gráfico 26. Estrategias del ciclo de vida laboral



Fuente: OMS. Informe de la salud Mundial 2006

## ***Necesidades de personal sanitario por población de referencia***<sup>69</sup>

El [Informe Mundial de la Salud 2006](#) presentó una estimación de 22,8 comadronas, personal de enfermería y médico/as por cada 10.000 habitantes como un umbral para lograr una cobertura relativamente alta respecto a intervenciones de salud esenciales en los países más necesitados. El umbral se obtuvo como resultado de un enfoque basado en las necesidades, aplicado a los mejores datos disponibles para 193 países, para estimar las necesidades de personal de salud para lograr una tasa de cobertura de partos atendidos por comadronas cualificadas del 80%. Estas estimaciones se sirvieron con el doble propósito de integrar la situación crítica del personal sanitario en el lenguaje de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y hacer que el caso de recursos adicionales e incentivar políticas específicas dentro de las organizaciones y los propios gobiernos y organizaciones multinacionales<sup>70</sup>. Hay que tener en cuenta sin embargo, que los ODMs de salud, tan sólo representan el 60% de la carga de la inequidad en salud en todo el mundo.

El segundo umbral estimado de 34,5 profesionales sanitarios cualificados (comadronas, personal de enfermería y médico/as) por cada 10.000 habitantes surge de una investigación realizada por la [Organización Internacional del Trabajo](#) (OIT) en apoyo a su [Reglamento sobre Protección Social](#)<sup>71</sup>, las [Estadísticas de la Seguridad Social Mundial 2010/2011](#)<sup>72</sup> y un documento de referencia para el Informe Mundial de la Salud 2010<sup>73</sup>.

Las necesidades de RHS variarán de acuerdo a diferentes variables tales como la estructura demográfica (según fertilidad, nivel de envejecimiento de la población), la distribución geográfica (dispersión de la población) y el patrón epidemiológico de enfermedades (carga de enfermedad, por ejemplo tasas de prevalencia del VIH).

Este umbral, considerado como un indicador de déficit de acceso a recursos humanos, indica estimaciones de las necesidades de personal para abordar los déficits de acceso en la cobertura de la población a un paquete ampliado de beneficios para la salud<sup>74</sup>.

Un último umbral de 59,4 profesionales de la salud cualificados (comadronas, enfermero/as y médico/as) por cada 10.000 habitantes se introdujo con el fin de prever los requerimientos de personal que son inherentes a la iniciativa [Acabando con las Muertes Maternas Prevenibles](#): un ejercicio de establecimiento de metas coordinadas por la OMS y USAID para reducir las muertes maternas en el mundo a 50 por 100 000 nacidos vivos en 2035<sup>75</sup>.

En cuanto a la distribución de recursos humanos, hay que tener en cuenta que más del 90 % de los servicios de salud tienen lugar a nivel de distrito. A pesar de que, en promedio, alrededor de la mitad de la población vive en zonas rurales, más del 75% de médico/as y del 60% del personal de enfermería se encuentra en áreas urbanas.

En cuanto a la distribución de recursos humanos, hay que tener en cuenta que más del 90 % de los servicios de salud tienen lugar a nivel de distrito. A pesar de que, en promedio, alrededor de la mitad de la población vive en zonas rurales, más del 75% de médico/as y del 60% del personal de enfermería se encuentra en áreas urbanas.

El perfil de profesionales necesarios dependerá de la organización en la prestación de servicios por niveles de atención. Idealmente, los trabajadores de salud deberían asignar el 50% de su tiempo a los servicios de salud, un 30 % a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, el 10% a la formación continuada y la investigación y el 10% a la administración, la gestión y la coordinación.

Generalmente, la proporción de médico/as respecto a las enfermero/as es de 1:05, aunque es factible mantener menores proporciones con la supervisión adecuada de responsabilidades adicionales que asuma el personal de enfermería y los cuadros medios para asegurar una calidad de atención adecuada. La proporción del resto de profesionales de la salud requeridos como técnicos de laboratorio, radiología, anestesiología, farmacia y rehabilitación, ya sea través de la especialización del personal de enfermería o carreras paralelas, es de aproximadamente 1:03 enfermero/as.

### ***Estrategias para cubrir la falta de personal cualificado***

La escasez de trabajadores de la salud se refleja a partir del número y combinación de competencias insuficiente del personal en formación o la mala distribución, así como las pérdidas causadas por muerte, jubilación, cambio de profesión o la emigración. La OMS indica cuatro áreas estratégicas clave para alcanzar un volumen de personal sanitario sostenible que contribuya a fortalecer los sistemas de salud: defender, comunicar y movilizar los recursos existentes; construir sistemas de información referentes a los recursos humanos para la salud; invertir estratégicamente en recursos humanos para el desarrollo de la salud; y alinear los recursos humanos en políticas e intervenciones de salud comunes.

Desde Alma-Ata, con el fin de preservar los principios de accesibilidad, equidad y calidad de los servicios de salud, una amplia variedad de experiencias en países con recursos limitados ha demostrado el potencial de la utilización de personal no cualificado en sustitución de los profesionales del ámbito de la salud: personal médico, de enfermería, laboratorio, farmacia, etc. A pesar de su menor formación académica y nivel educativo, constituyen muchas veces la columna vertebral del equipo de salud. En los últimos años, dicha estrategia se ha venido a denominar “[task shifting](#)”, es decir, la delegación de tareas y responsabilidades concretas a personas formadas específicamente para llevarlas a cabo que, en países como Etiopía, Malawi o Mozambique han dado lugar a la creación de nuevas categorías de profesionales sanitarios en los diferentes niveles de atención, incluido el comunitario.

Existen algunos aspectos fundamentales a tener en cuenta para asegurar la calidad de la atención sanitaria mediante este modelo de prestación de servicios<sup>76</sup>:

- » Definición clara de funciones, niveles de competencia y estándares
- » Normatización y elaboración de protocolos para cada una de las tareas
- » Formación inicial basada en las competencias a desarrollar
- » Formación y apoyo continuado a través de la supervisión y el trabajo en equipo
- » La existencia de un marco regulatorio
- » Asegurar la sostenibilidad mediante incentivos financieros y/o no financieros
- » Reorganización de los servicios de salud
- » Contemplar los costes y estrategias necesarias para la aplicación del “task shifting” en los planes nacionales de salud

## **Formación**

Un sistema de salud requiere prestar una atención renovada a la formación de los trabajadores del sector sanitario en base a las necesidades de la población en materia de salud, con el fin de:

1. Generar más personal de salud, ampliando la capacidad de las instituciones docentes.
2. Generar más tipos de trabajadores: no sólo más médico/as y enfermero/as, sino también más gestores y profesionales de la salud pública, y agentes de salud comunitarios.
3. Producir trabajadores sanitarios capaces de responder adecuadamente a su entorno en evolución, con las competencias pertinentes y capacidad para aprender de forma permanente.

Mantener un equilibrio razonable entre la *cantidad* (cuántas personas reciben formación), la *diversidad* (la medida en que esas personas reflejan las características socioculturales y demográficas de la población) y las *competencias* (tareas para las cuales se forma a los distintos tipos de trabajadores sanitarios y qué son capaces de hacer) del personal sanitario requiere comprender muy bien las fuerzas impulsoras y los obstáculos que inciden en los sistemas sanitarios y educativos, así como en los mercados laborales.

## ✓ Infraestructura y Programas

Para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de recursos humanos es necesario, ante todo, evaluar la capacidad del momento para formar a distintos tipos de trabajadores, la relación entre la formación previa al empleo y la formación en servicio así como las políticas que entrañarían un cambio de situación. La insuficiente colaboración entre los sectores de la salud y la educación, así como los escasos vínculos entre las instituciones educativas y los sistemas de salud que emplean los profesionales graduados, a menudo resultan en una falta de coherencia entre la formación profesional y la realidad de la prestación de servicios de salud. Estos factores limitan la capacidad de mejorar los resultados en la salud, incluso por parte de personal bien cualificado.

Por otro lado, enfoques fragmentados que han fomentado la [formación pre-servicio](#), han concentrado muchos más esfuerzos en la capacitación de recursos humanos existentes y en la delegación de tareas a personal menos capacitado (“[task shifting](#)”), que en fortalecer la formación de post-grado para la generación de más trabajadores sanitarios.

Se necesitan reformas fundamentales no solo para aumentar el número de profesionales sanitarios sino también para fortalecer su impacto en la salud de la población. Las diferentes generaciones de reformas se han caracterizado por el progreso desde un *currículum basado en la ciencia* y posteriormente en innovaciones a nivel de la [instrucción basada en problemas](#) hacia el [enfoque basado en los sistemas de salud actual](#) que pretende mejorar su desempeño, adaptando competencias profesionales básicas a contextos específicos, al mismo tiempo que se adquieren conocimientos generales<sup>76</sup>.

### FUNCIONES CLAVE DE LOS CENTROS DE FORMACIÓN

- » Rectoría o gobernanza institucional
- » Prestación de servicios educativos
- » Selección y contratación de personal
- » Financiación de la formación
- » Desarrollo y mantenimiento de infraestructura y tecnología
- » Generación de información y conocimientos

La infraestructura de los centros de formación sanitaria y el equipamiento, deficitarios en muchos países, así como la falta de materiales didácticos y la escasez de profesorado cualificado, influyen considerablemente en el número de admisiones de estudiantes, la calidad de la enseñanza y la posibilidad de expansión de la formación. A nivel mundial, son mucho más numerosas las instituciones docentes orientadas a la producción de personal médico (2420) y de enfermería (más de 5500) que las que forman a especialistas en salud pública (467 escuelas o departamentos de salud pública)<sup>77</sup>, escuelas de farmacia (más de 900) u odontología (más de 800)<sup>78</sup>, que forman acerca de un millón de nuevos médico/as, enfermero/as, comadronas y profesionales de salud pública anualmente. Para producir una fuerza de trabajo con una gama más amplia de capacidades, el sector de la docencia sanitaria deberá impartir una formación más amplia y variada.

No obstante multitud de países carecen de datos sobre los centros de formación o, cuando los tienen, éstos no forman parte de una estrategia global relacionada con la fuerza laboral sanitaria.

Las instituciones educativas necesitan aumentar la capacidad y reformar el reclutamiento, los métodos de enseñanza y planes de estudio con el fin de mejorar la calidad y la responsabilidad social de los profesionales graduados. La comunidad internacional tiene un papel importante que desempeñar mediante alianzas para apoyar los esfuerzos dirigidos por los países. El programa transformador para la ampliación de la educación de profesionales de la salud de la OMS ([“the transformative scale-up of health professional education”](#) por sus siglas en inglés) tiene como objetivo apoyar y avanzar en el desempeño de los sistemas sanitarios de los países con el fin de satisfacer las necesidades de los individuos y de las poblaciones de una manera equitativa y eficiente. Consiste en un proceso de reformas de los sistemas educativos y sanitarios que abordan la cantidad, calidad y relevancia de los proveedores de atención de la salud con el fin de contribuir al acceso universal y mejorar los resultados de salud de la población.

#### ✓ Número de personas capacitadas por año y servicio sanitario (Cantidad)

La tasa de producción de nuevos profesionales sanitarios en los países de África subsahariana, como en muchos otros países de bajos y medianos ingresos, es demasiado baja para mejorar la relación entre la fuerza laboral y la población. Estimaciones recientes de 2010-15 mostraron alrededor de 168 escuelas de medicina que África Subsahariana (en comparación con 173 escuelas de medicina en América del Norte), pero con una capacidad limitada de producir tan solo entre 9.000 y 10.000 graduados por año- la mitad el número producido en América del Norte, donde la población es mucho más pequeña. Por otro lado, en muchos países, la escasez de estudiantes que llegan a completar la educación secundaria, limita el número de candidatos para completar los programas universitarios.

La inversión en la educación de personal médico, de enfermería y parteras es sumamente modesta. El gasto total mundial en la educación de profesionales de la salud (mil millones de dólares EE.UU) representa tan solo el 1,8% del gasto mundial total en salud, a pesar del papel clave desempeñado por el personal sanitario. Los presupuestos de los gobiernos nacionales y los socios de desarrollo internacionales no suelen especificar la financiación para la educación de profesionales sanitarios<sup>79</sup>.

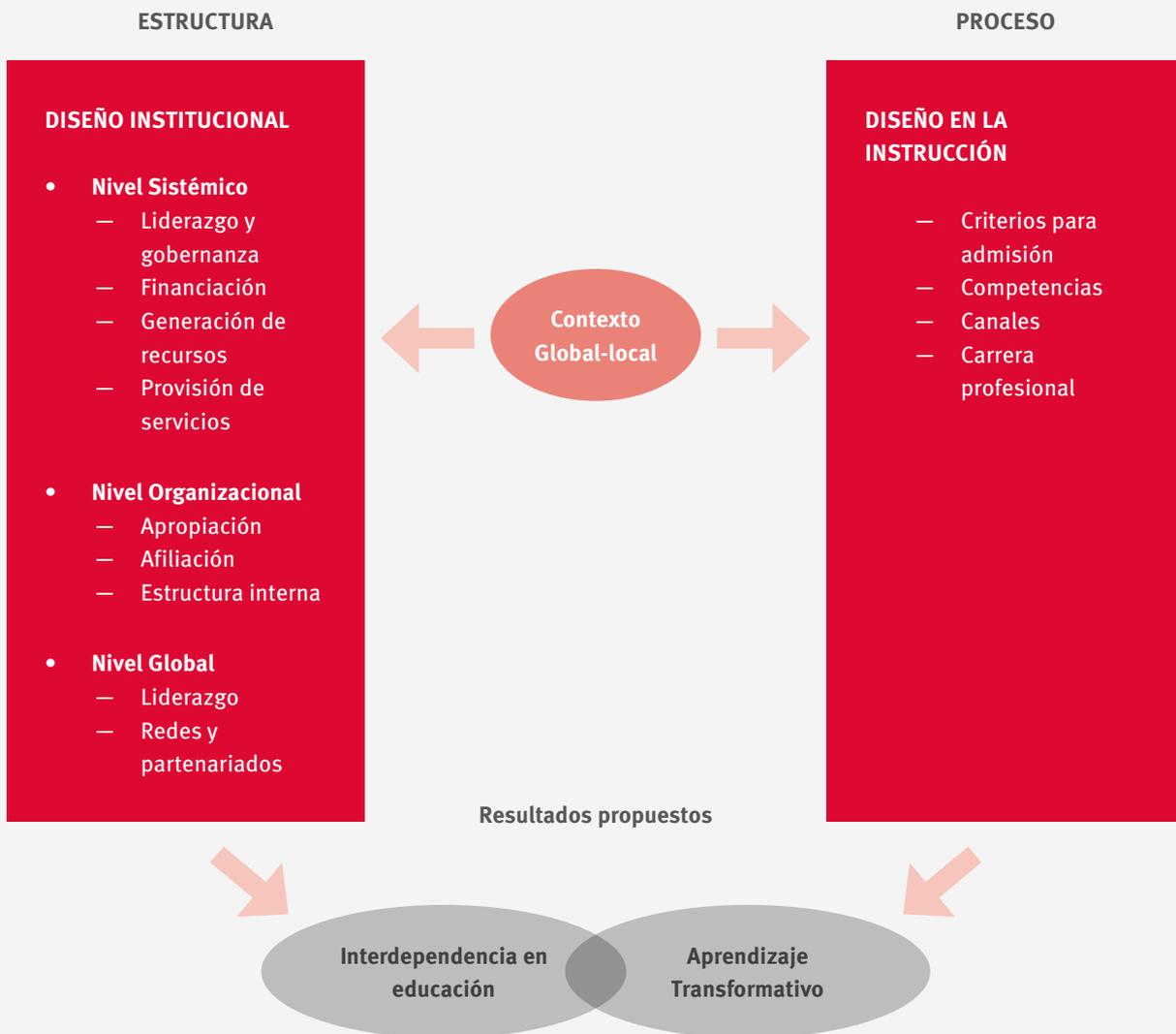
#### ✓ Nivel de formación en relación con las necesidades (Competencias)

Incluso los profesionales de salud bien formados pueden encontrarse mal preparados para afrontar los retos a los que se enfrentan cuando asumen puestos de trabajo dentro del sistema sanitario de un país. A menudo, la combinación de habilidades que han adquirido durante su formación profesional no se orienta bien a su eventual lugar y contexto de trabajo. El contenido científico de su formación puede que no se ajuste a la epidemiología de las comunidades en las que trabajan. Las reformas educativas deben reflejar las necesidades en salud de la comunidad y ser evaluadas respecto a la calidad y grado en que se cubren estas necesidades.

Independientemente del número de profesionales sanitarios formados y distribuidos en los sistemas sanitarios, éstos deberían ser técnicamente competentes y eficientes para poder incidir en la salud de la población y, al mismo tiempo, ser capaces de trabajar en equipo y adaptarse a un cambiante entorno en la práctica.

La Comisión en educación de profesionales sanitarios para el siglo 21 ("[The Commission on education of health professionals for the 21st century](#)", por sus siglas en inglés), creada en 2010, plantea una serie de reformas a nivel de instrucción e institucional basadas en (i) un aprendizaje transformativo, que profundice en el análisis y síntesis de la información para la toma de decisiones, competencias básicas que faciliten un trabajo en equipo en los sistemas sanitarios y la adaptación creativa de los recursos globales para abordar las prioridades locales; y (ii) una interdependencia educativa que fomente la armonización de la educación y los sistemas sanitarios, la creación de alianzas, redes y consorcios y aprovechar las corrientes globales de contenidos educativos, recursos formativos e innovaciones (ver gráfico siguiente).

Gráfico 27. Componentes clave en el sistema educativo



Fuente: Comisión en educación de profesionales sanitarios para el siglo 21.

Una competencia que a menudo se descuida en la planificación general de la fuerza laboral sanitaria es su nivel de empatía con las comunidades y los pacientes que atienden y su grado de implicación en las formas de vida local, el idioma, la cultura, las tradiciones y las creencias con el fin de comprender y responder a las necesidades particulares de las comunidades.

La *acreditación*, de la que se encargan principalmente los ministerios de educación o consejos autorizados, es un mecanismo esencial no sólo para evaluar el rendimiento institucional sino, lo que es más importante, para conseguir la confianza del público. En los países con recursos limitados donde es común expandir la fuerza laboral sanitaria con personal que ha recibido una preparación menos formal, se requieren soluciones ingeniosas para ampliar rápidamente la capacidad efectiva de los centros de formación, incluida la capacidad para llevar a cabo los procedimientos de acreditación, y los modestos recursos financieros para mantenerla.

## ***Migración del personal sanitario***

La migración de los profesionales sanitarios ha aumentado en todo el mundo durante los últimos decenios, sobre todo desde los países de bajos ingresos cuyos sistemas de salud son muy frágiles. La deserción se produce desde servicios de salud pública al sector privado, de las zonas rurales a urbanas o a nivel internacional (“[fuga de cerebros](#)”), ya que los servicios de salud de todo el mundo tratan de resolver sus propias carencias mediante la contratación de trabajadores de salud capacitados en el extranjero. Entre las principales causas se encuentran: la búsqueda de un salario más elevado, la posibilidad de desarrollar la trayectoria profesional, la oportunidad de una educación continuada, un entorno de trabajo favorable con servicios y recursos adecuados y una buena gestión, el reconocimiento profesional, condiciones de alojamiento, transporte o aspectos de seguridad personal o laboral<sup>80</sup>. Además, algunos países no son capaces de utilizar todos los proveedores de servicios que han formado ya que el personal médico, de enfermería, comadronas y otros profesionales de la salud recientemente graduados, no se pueden contratar sin recursos presupuestarios suficientes.

El [Programa de Acción Europeo 2007-2013](#) para afrontar el déficit de RHS en los países “vías de desarrollo” define una serie de intervenciones a nivel nacional, regional y global para abordar la migración tales como el fortalecimiento de la planificación del personal sanitario de la UE y la promoción de la “Circulación de Cerebros” (“[Brain Circulation](#)”, por sus siglas en inglés).

Los códigos de prácticas y políticas referentes a la migración de recursos humanos siguen siendo relevantes en la agenda mundial y aunque no son jurídicamente vinculantes, muchos de ellos defienden una acción más decidida y su aplicación en los países de origen y de acogida. El [Código de Buenas Prácticas sobre el Reclutamiento Internacional de Profesionales de Salud de la OMS](#) pretende establecer y promover principios y prácticas voluntarios en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigrar. Asimismo quiere servir de referencia para ayudar a los Estados Miembros en el establecimiento o mejora del marco jurídico e institucional necesario para la contratación internacional de personal de salud. La aplicación del código requiere un diálogo entre los sectores de salud, educación, trabajo, migración y desarrollo, teniendo en cuenta el enfoque de “[Salud en Todas las políticas](#)”.

Principios que deben guiar la formulación de políticas nacionales destinadas a mejorar la retención del personal sanitario en zonas remotas o rurales (WHO)<sup>81</sup>:

- » Priorizar la equidad sanitaria
- » Garantizar que la permanencia en las zonas rurales forme parte del plan nacional de salud
- » Conocer las características del personal sanitario
- » Conocer el contexto
- » Fortalecer los sistemas de gestión de recursos humanos
- » Interactuar con todas las partes interesadas relevantes desde el inicio del proceso
- » Comprometerse con la evaluación y el aprendizaje

## HERRAMIENTAS

- ✓ [WHO Global atlas of the health workforce, March 2008 revision \(online database\). Geneva, World Health Organization](#)
- ✓ [WHO Draft guidelines on monitoring the implementation of the WHO Global Code on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva March 2011](#)
- ✓ [PAHO. Handbook for Measurement and Monitoring: Indicators of the Regional Goals for Human Resources for Health. 2010](#)
- ✓ [Overseas Development Institute \(ODI\). A tool for Progressive Policymakers in Developing Countries. London, 2006.](#)
- ✓ [Management Sciences for Health \(MSH\). Tools for Planning and Developing Human Resources for HIV/AIDS and Other Health Services. 2006.](#)
- ✓ [OMS. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra 2009.](#)
- ✓ [OMS. Transformative Education for Health Professionals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.](#)
- ✓ [WHO, USAID, WB, Capacity Plus. How to Conduct a Discrete Choice Experiment for Health Workforce Recruitment and Retention in Remote and Rural Areas: A User Guide with Case Studies. Geneva 2012.](#)
- ✓ [WHO country assessment tool on the uses and sources for human resources for health \(HRH\) data. Geneva 2012.](#)
- ✓ [Global Health Workforce Alliance Human resources for health toolkit 2012](#) for developing, implementing, and monitoring evidence-based HRH plans or to review or validate their current HRH plans and interventions.

- ✓ [Health Workforce Advocacy Initiative Addressing the Health Workforce Crisis: Toolkit](#) created to assist health professionals, health professional associations, and civil society organizations to develop advocacy strategies to address human resource and health financing issues in their countries.

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

“Task shifting”: Atención a la infección por VIH a través de Agentes de Salud Comunitarios (ASC) en Uganda, Malawi and Ethiopia<sup>82</sup>.

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

El déficit de RHS en países con una alta prevalencia de VIH/SIDA como Uganda, Malawi y Etiopia desencadenó la aplicación de estrategias de delegación de responsabilidades médicas a trabajadores de salud comunitaria y los propios pacientes en todo el proceso que implica el tratamiento antirretroviral (ARV), desde el diagnóstico (incluyendo el asesoramiento voluntario y las pruebas diagnósticas) a la atención médica y control de la adherencia, desde el personal médico especializado.

Se identificaron 8 tipos diferentes de ASC en Uganda, 6 en Malawi y 6 en Etiopia. Entre ellos cabe destacar los “pacientes expertos” los “asesores comunitarios para el test voluntario del VIH” así como los “auxiliares del tratamiento ARV” en Uganda, los “asistentes de la vigilancia sanitaria” (“Health Surveillance Assistants” por sus siglas en inglés) en Malawi y los (“Health Extension Workers” por sus siglas en inglés) en Etiopia. En los dos últimos casos, se trata de trabajadores comunitarios, totalmente integrados en el sistema de salud no específicamente para el VIH sino también para otras tareas.

### CONTEXTO

A pesar del progreso significativo que se ha producido en la ampliación del tratamiento antirretroviral en los países de ingresos bajos y medianos, en los que recibieron tratamiento 9,7 millones de personas en 2012, la brecha entre las necesidades de terapia ARV y el número de personas infectadas candidatas a recibir tratamiento es todavía muy grande en África Subsahariana, especialmente con las nuevas directrices unificadas de la OMS de 2013 sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Existe un enorme desfase entre los RHS requeridos para los modelos de prestación de terapia antiretroviral convencionales y su disponibilidad en la mayoría de los sistemas sanitarios de África Subsahariana. Esta situación ha desencadenado la formulación de políticas para aumentar el acceso a la atención y mejorar su calidad dentro de presupuesto ajustado y las limitaciones existentes, lo que ha conllevado cambios radicales en el papel de profesionales de la salud en sus diversas categorías.

### MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

Uno de los aspectos fundamentales fue el reconocimiento oficial por parte del Ministerio de Sanidad de los trabajadores comunitarios de salud y la definición de un marco regulatorio en Malawi Etiopia, en el caso de los HSAs y HEWs respectivamente.

El programa nacional de aceleración de la terapia antiretroviral mediante un programa de trabajadores comunitarios de salud, se articuló plenamente con el sistema de salud a nivel nacional, asegurando la provisión de una formación continuada, la organización y la existencia de un apoyo y supervisión regulares y adecuados.

## LECCIONES APRENDIDAS

El éxito del programa depende de siete condiciones y el descuido de tan solo una de ellas puede comprometer totalmente los resultados del mismo

1. Formación inicial y continuada
2. Supervisión, apoyo y vínculos con los servicios sanitarios formales
3. Remuneración adecuada /trayectoria profesional
4. Protocolos simplificados y estandarizados
5. Un marco regulatorio
6. Alineamiento con un fortalecimiento del sistema sanitario más amplio

## RETOS

La evaluación de los programas de los ASC en Uganda , Malawi y Etiopía muestra que a pesar de las lecciones aprendidas en el pasado, existen todavía tres retos fundamentales interrelacionados a afrontar en cuanto a calidad, cantidad y fiabilidad a largo plazo, con el fin de tener éxito.

El programa no puede mantenerse a largo plazo sin una remuneración adecuada y competitiva. Del mismo modo, la comunidad debe jugar un papel en la selección de los ASC, con criterios claros, pero no siempre es así, como en el caso de Uganda.

Asegurar la calidad de la supervisión y la formación y apoyo continuado es esencial requiere una inversión tanto financiera como de recursos humanos cualificados adicional.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [OMS. Informe sobre la salud en el Mundo 2006. Colaboremos por la salud. Ginebra, 2006.](#)
- ✓ [OMS. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Ginebra 2008.](#)
- ✓ [Global Health Workforce Alliance. Human Resources for Health. Good practices for Country Coordination and facilitation \(CCF\). 2009](#)
- ✓ [OMS: Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. Ginebra, 2011.](#)
- ✓ [WHO. Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. Geneva 2011.](#)
- ✓ [WHO recommendations: Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva 2012.](#)
- ✓ [Global Health Workforce Alliance/WHO. A Universal Truth: No health without a Workforce. Geneva 2013.](#)
- ✓ [HW4All. informe « El déficit de personal sanitario y su relación con la movilidad laboral internacional en la UE”. Bruselas, febrero 2014.](#)

## WEBSITES

- ✓ <http://www.who.int/hrh/resources/en/>
- ✓ <http://www.hrhresourcecenter.org/>
- ✓ Observatorio centroamericano de recursos humanos en salud <http://www.obser-vatoriorh.org/centro/?q=node/147>
- ✓ Observatorio Regional de recursos humanos en salud OMS/OPS <http://www.ob-servatoriorh.org/?q=taxonomy/term/110>
- ✓ <http://www.who.int/hrh/documents>
- ✓ <http://www.euhwforce.eu/>
- ✓ [www.capacityproject.org](http://www.capacityproject.org)
- ✓ [www.who.int/workforcealliance](http://www.who.int/workforcealliance)
- ✓ <http://www.medicusmundi.org/en/topics/human-resources/migration>

## 4.2 ACCESO A MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS MÉDICOS

### CONCEPTO/RACIONAL

La dimensión del acceso a medicamentos esenciales trasciende el ámbito de la salud, condicionado por políticas de comercio, aspectos de legislación, la configuración del mercado de la industria farmacéutica o la disponibilidad de recursos.

Según la OMS, el concepto de [medicamentos esenciales centrado en la equidad, solidaridad y justicia social](#), está en consonancia con los principios de los derechos humanos. En los últimos años se han creado varios mecanismos para evaluar el compromiso y el desempeño de los gobiernos en el cumplimiento del derecho a la salud, utilizando el acceso a los medicamentos esenciales como un indicador. Entre ellos, cabe resaltar el Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos y la [iniciativa sobre el Derecho a la Salud](#) (Asamblea General de Naciones Unidas Dic 2012), las [Metas de Desarrollo para el Milenio \(ODM 8E\)](#) y la [evaluación independiente sobre la consecución del derecho a la salud en el mundo](#) publicada por El Lancet en 2008.

Se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo-eficiencia comparativa

La [estrategia de la OMS para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales](#) se basa en los *principios* siguientes: selección de un número limitado de medicamentos basada en criterios científicos, adquisición eficiente, precios asequibles, sistemas de distribución eficaces y el uso racional de los medicamentos.

El acceso equitativo a medicamentos seguros y asequibles es de importancia vital para asegurar la calidad y eficacia de los servicios de salud, con el fin de que todo el mundo goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. En el contexto de los sistemas de salud existentes, los [medicamentos esenciales](#) deberían estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

En los últimos años, la escasez internacional de medicamentos se ha convertido en una preocupación cada vez mayor en los países de ingresos altos y en los países de ingresos bajos. Más de 1000 millones de personas carecen de acceso a medicamentos esenciales. La inequidad en el acceso a los medicamentos esenciales<sup>83</sup>, es parte de la inequidad en la atención sanitaria. Según estimaciones de la OMS, a través del fortalecimiento de intervenciones sanitarias para combatir las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles y promover la salud materno-infantil, la mayoría de las cuales dependen de medicamentos esenciales, se podrían evitar más de 10,5 millones de defunciones al año para 2015, la mayoría de ellas en África y el Sudeste asiático y se fomentaría el crecimiento económico y el desarrollo social<sup>84</sup>.

El acceso a los medicamentos se caracteriza por una profunda desigualdad mundial. El 15 por ciento de la población mundial consume más del 90 por ciento de los productos farmacéuticos del mundo. La disponibilidad de medicamentos genéricos en el sector público es inferior al 60% en todas las regiones de la OMS, variando desde el 32% en la Región del Mediterráneo Oriental hasta el 58% en la Región Europea. En el sector privado, la disponibilidad de medicamentos genéricos es más alta que en el sector público en todas las regiones. Sin embargo, la disponibilidad sigue siendo inferior al 60% en el Pacífico occidental, Asia Sur-Oriental y Regiones de África.

El acceso a los medicamentos esenciales en países en desarrollo se ve comprometido por precios inasequibles, una producción inadecuada y la falta de Investigación y Desarrollo. Su disponibilidad se ve dificultada además por otros factores tales como sistemas deficientes de suministro y distribución de medicamentos, instalaciones y personal sanitario insuficientes, una calidad por debajo de los requisitos mínimos, la falta de racionalidad en la selección de remedios, abuso en el uso y la prescripción de los mismos, y la baja inversión en el sector sanitario.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

La Declaración de Alma Ata, un hito en el ámbito de la salud pública internacional, constituyó la primera iniciativa política que puso de relieve la importancia de la Atención Primaria y la función de los medicamentos esenciales a nivel mundial.

### **Cooperación Española**

- ✓ [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): línea estratégica relativa al fortalecimiento integral de los sistemas de salud, asegurando que los principales componentes de los sistemas de salud - personal sanitario, acceso a los medicamentos, la infraestructura y la logística, la financiación y la gestión - sean suficientemente eficaces para ofrecer una cobertura universal de atención básica de calidad, a través de un enfoque holístico y basado en los derechos.
- ✓ La AECID ha venido apoyando iniciativas como [UNITAID](#), mecanismo de financiación que surge como respuesta a las necesidades específicas de los países en desarrollo en términos de volumen de producción, nivel de precios y adaptación de los medicamentos básicamente para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. UNITAID aprobó establecer un [pool de patentes](#) para proveer de medicamentos asequibles y apropiados a pacientes de dichos países.
- ✓ La AECID ha estado financiando la Iniciativa sobre Medicamentos para Enfermedades Olvidadas ([Drugs for Neglected Diseases initiative, DNDi](#) por sus siglas en inglés), partenariado de investigación y desarrollo de productos, sin ánimo de lucro, que trabaja desarrollando nuevos y mejores medicamentos para las enfermedades olvidadas como la leishmaniasis la enfermedad del sueño, la enfermedad de Chagas y la malaria.
- ✓ [Compra conjunta de medicamentos en Centroamérica](#).

### **Unión Europea<sup>85</sup>**

- ✓ [Comunicación y conclusiones del Consejo Europeo sobre “El papel de la UE en la Salud Global”](#): compromiso de garantizar una aplicación más eficaz de las [flexibilidades para la protección de la salud pública previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC<sup>86</sup>](#) a fin de ampliar el acceso a los medicamentos esenciales y hacerlos más asequibles y estudiar modelos que disocien el costo de Investigación y Desarrollo y los precios de los medicamentos en relación con la [Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual](#), incluyendo las oportunidades para la transferencia de tecnología de la UE a los países en desarrollo. COM (2010) 128, Bruselas.
- ✓ [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, “Una industria europea más fuerte para el crecimiento y la recuperación económica. Actualización de la Comunicación sobre política industrial”](#) (COM(2012) 582 final, 10 octubre 2012).
- ✓ [Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la transparencia de las medidas que regulan los precios de los medicamentos de uso huma-](#)

[no y su inclusión en el ámbito de los sistemas públicos de seguro de enfermedad \(COM\(2012\) 84 marzo 2012\).](#)

- ✓ [Acceso a medicamentos y las negociaciones comerciales EU-India .](#)
- ✓ Acuerdos Comerciales Bilaterales (por ejemplo con [Corea](#), [Colombia y Peru](#), y [Centro américa](#)).
- ✓ Comunicación de la Comisión al parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre [Medicamentos seguros, innovadores y accesibles: una visión renovada para el sector farmacéutico. COM \(2008\) 666, de 10.12.2008. Bruselas, 10.12.2008.](#)
- ✓ Comunicación de la Comisión al parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre sobre Medicamentos genéricos: [Resumen Ejecutivo del Informe de Investigación sobre el Sector Farmacéutico. COM \(2009\) 351, de 8.7.2009, Bruselas.](#)
- ✓ [EC/ACP/WHO Partnership on Pharmaceutical Policies](#)
- ✓ La UE adoptó en 2006, una legislación sobre [licencias obligatorias de las patentes](#) para la producción de medicamentos para exportación a países que afrontan problemas de salud pública ([Regulación EC No 816/2006](#)).
- ✓ La UE también adoptó en 2003 una legislación para promover la venta de medicamentos por parte de las compañías farmacéuticas a precios más baratos en países en vías de desarrollo y simplificar dicho proceso ([Regulación EC No 953/2003](#)).

### **Nivel Internacional**

- ✓ [Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio \(Acuerdo sobre los ADPIC\) de la OMC.](#)
- ✓ [Acuerdos de Libre comercio \(ALC\)](#)
- ✓ Resolución WHA28.66 sobre la formulación y aplicación de políticas farmacéuticas y estrategias farmacéuticas
- ✓ [Resolución WHA54.11 sobre la Estrategia Farmacéutica de la OMS en relación con los medicamentos esenciales](#)
- ✓ [Resolución WHA60.16 sobre progresos realizados en el uso racional de los medicamentos.](#)
- ✓ [Resolución WHA60.20 sobre las necesidades de medicamentos de los niños: Mejora de los medicamentos de uso pediátrico.](#)
- ✓ [Resolución WHA61.21 sobre la Estrategia y Plan de acción mundial sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual \(GSPA-PHI\)](#) que expresa el compromiso de los Estados Miembros con la mejora de la difusión de todos los productos sanitarios y dispositivos médicos y el acceso a los mismos.
- ✓ [Resolución WHA64.9 sobre estructuras de financiación sanitaria sostenible y la cobertura universal de salud.](#)
- ✓ [Resolución WHA64.13 sobre Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Tendencias actuales y retos. Informe de la Secretaría \(2010\).](#)
- ✓ [Resolución WHA66.10 relativa a la disponibilidad de medicamentos esenciales de las enfermedades no transmisibles \(ENT\) en el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT 2013-2020 \(Meta 9\).](#)
- ✓ [Resolución WHA67.22. sobre Acceso a los medicamentos esenciales](#)
- ✓ [Resolución sobre Medicina Tradicional, aprobada en la Asamblea Mundial de la](#)

[Salud en 2003](#), insta a los Estados Miembros a formular y aplicar políticas y regulaciones nacionales sobre medicina tradicional y a integrarlas en los sistemas nacionales de atención sanitaria, teniendo en cuenta las circunstancias de cada país.

- ✓ Campañas de acceso a tratamiento: acciones cívicas basadas en los derechos en apoyo del acceso universal al tratamiento y los acuerdos comerciales internacionales, sobre todo en relación con el VIH/SIDA especialmente en [Brasil](#), [India](#), [Malasia](#), [Sudáfrica](#) y [Tailandia](#). A nivel mundial, un número de organizaciones no gubernamentales internacionales, como Médicos Sin Fronteras ([CAME](#)), [Treatment Action Campaign \(TAC\)](#) la [Red del Tercer Mundo](#), [Intermón-OXFAM](#), [Farma Mundi](#), [Knowledge Ecology International \(Trade Enhancing Access to Medicines-TEAM\)](#), y [Health Action International](#) han inyectado una fuerte perspectiva referente a los derechos humanos en estos debates.

## ELEMENTOS CLAVE

[El Informe A67/30 de la Secretaría de la OMS](#) destaca las siguientes áreas de actividad para promover el Acceso a Medicamentos Esenciales (AME):

1. Listas de medicamentos esenciales como elemento fundacional de una política nacional de medicamentos, desde una perspectiva de salud pública.
2. Apoyo a la cobertura universal de salud
3. Supervisión y utilización de la información
4. El acceso a los medicamentos para las enfermedades no transmisibles
5. Uso racional de los medicamentos: apoyo a la realización periódica de estudios
6. Resistencia a los antimicrobianos
7. El acceso a los medicamentos para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, la salud infantil, salud materna y reproductiva.
8. Innovación y la producción local de medicamentos: abordar la intersección entre los derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública, así como posibilidades de fabricación y producción local.

### ***Inversión y disponibilidad de productos médicos a nivel global-GSPA***

Los productos farmacéuticos representan entre el 15% y el 30% de los gastos sanitarios en los países con economías en transición y entre el 30% y el 66% en los países en desarrollo. Pese a que el gasto público en los países pobres ha aumentado, sigue sin ser suficiente. Para las familias pobres de algunos países en desarrollo, los medicamentos suponen el principal gasto sanitario<sup>87</sup>. El gasto medio por habitante de los países de ingresos altos en productos farmacéuticos es 100 veces superior al de los países de ingre-

son bajos aproximadamente US\$ 400 frente a US\$ 42. En los países donde los pacientes pagan por los medicamentos en el sector público, los precios promedio de los medicamentos genéricos van de 1,9 a 3,5 veces los precios de referencia internacional (IRP) en el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, respectivamente. Si bien en el sector público la disponibilidad de los medicamentos originales de marca es baja, cuando estas medicinas se venden a los pacientes, sus costos promedio varían de 5,3 veces respecto al IRP en la Región del Mediterráneo Oriental a 20,5 veces IRP en la Región Europea<sup>88</sup>.

Con el fin de asegurar que las reformas políticas para mejorar el acceso se adaptan al contexto nacional, los responsables políticos nacionales deben tener una clara comprensión de los factores que contribuyen a los altos precios y la falta de disponibilidad. La tabla siguiente enumera una serie de opciones posibles de políticas y acciones específicas para dar una respuesta adecuada, que será probablemente multifacética y variará en función del sector, de si el medicamento es importado o fabricado localmente y si se trata de un producto de marca original de una sola fuente o de un [producto genérico](#), así como otros factores específicos de cada país. El hecho de reemplazar los productos originarios por genéricos, como ocurre en algunos países desarrollados y de ingresos medios<sup>89</sup>, podrían suponer un ahorro de alrededor de un 60% del gasto farmacéutico a muchos países.

En términos generales, la mayor parte de políticas mencionadas están dirigidas a asegurar por un lado, un mejor precio por parte del fabricante o intermediario (por ejemplo, a través de la [negociación de precios](#), un precio de referencia externo e interno), y por otro, mantener los precios del paciente lo más cerca posible a los precios de los fabricantes (a través [de medidas de costos de contención](#), tales como la regulación de los márgenes). Sin embargo, el sector más pobre de la población de países de bajos y medianos ingresos, no son capaces de pagarlos. Por esta razón, los gobiernos también deben tratar de poner en práctica estrategias para que los medicamentos estén ampliamente disponibles en el sector público a un precio bajo o sin costo alguno.

Tabla 9. Opciones de políticas para mejorar la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos

COMPONENTES POLÍTICA MEDOCS	ACCIONES ESPECÍFICAS PARA INFLUENCIAR EL PRECIO, DISPONIBILIDAD Y/O ASEQUIBILIDAD
<b>Selección de Medicamentos Esenciales (ME)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación/actualización de las listas de ME y formularios institucionales</li> <li>• Desarrollo y uso de Guías de Tratamiento estándar</li> <li>• Desarrollo de una política de sustitución terapéutica</li> </ul>
<b>Aprovisionamiento/ Compras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitarse a una lista de ME por denominación común internacional</li> <li>• Basar las cantidades en estimaciones fiables de las necesidades reales</li> <li>• Basarse en procedimientos formales escritos y criterios explícitos predeterminados para adjudicar contratos (es decir, garantizar la transparencia del proceso)</li> <li>• Planificación adecuada y monitorizar la ejecución (los resultados deben estar públicamente disponibles)</li> <li>• Basarse en el aprovisionamiento competitivo de proveedores precalificados</li> <li>• Aprovisionamiento a través de un consorcio (“pool”) a nivel nacional</li> <li>• Uso de farmacoconomía o precios de referencia externa (comparaciones de precios internacionales) que sirva de guía para la fijación de los precios de los nuevos medicamentos (una sola fuente)</li> <li>• Para los productos de precio elevado, presionar para aplicar precios diferenciales y considerar el uso de las flexibilidades de ADPIC para los medicamentos bajo patente.</li> </ul>
<b>Sistema de Distribución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar la eficiencia y transparencia</li> <li>• Control del incremento de precio con márgenes regresivos y una aplicación efectiva</li> </ul>
<b>Competencia de Genéricos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer capacidades para una garantía de calidad eficaz</li> <li>• Reducir las barreras regulatorias de entrada al mercado de genéricos (ej. aplicaciones de seguimiento rápido, reducción de la tasa de solicitud)</li> <li>• Permitir y promover la sustitución por genéricos</li> </ul>

### Prescripción y Dispensación

- Introducir incentivos para prescribir y dispensar medicamentos genéricos
- Mejorar la confianza del profesional de la salud y del público en los genéricos
- Proporcionar al usuario información imparcial sobre los medicamentos
- Regular estrictamente la promoción de los productos de las compañías farmacéuticas de acuerdo a los Criterios Éticos de la OMS para la Promoción de Medicamentos y prohibir la publicidad directa en la prescripción de medicamentos
- Separar la prescripción y funciones de dispensación; desarrollar y supervisar buenas prácticas de prescripción y dispensación
- Empoderar a los pacientes a través de la publicación de los precios y la disponibilidad.
- Establecer un seguimiento regular de los precios y la disponibilidad

### Financiación

- Fomentar la financiación conjunta y prepago de medicamentos (ej. a través de esquemas a nivel laboral o regímenes de seguro social)
- Apoyo a iniciativas de seguros de base comunitaria que se centran en mejorar el acceso a medicamentos esenciales
- Establecer un sistema de seguro social de salud que cubra a toda la población
- Asegurar que los beneficios del seguro social de salud son integrales, utilizando escasos formularios basados en guías terapéuticas costo-efectivas, y que los pacientes no requieran solicitar reembolsos
- Abolir los impuestos y derechos sobre los medicamentos esenciales
- Introducir mínimos co-pagos por parte de los pacientes o eliminarlos en el sector público o sistemas de seguros sanitarios

Fuente: WHO. World Medicine Situation 2011.

En el ámbito de la investigación y desarrollo, queda mucho camino por recorrer. [La política de salud global de la UE](#) instaba a los Estados Miembros a promover la financiación efectiva y justa de aquella investigación que beneficie a la salud de todos, no obstante, los sistemas actuales de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos anteponen los intereses comerciales al interés público. En 1990, la [Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo](#) estimó que tan sólo alrededor del 5% de los recursos del mundo para la investigación en salud (que ascendieron a alrededor de 160 mil millones dólares en 2005) se estaba destinando a los problemas de salud de los países de bajos y medianos ingresos, donde se producían el 93% de las muertes prevenibles en el mundo; de ahí surgió el concepto de [brecha '10/90'](#), que sigue siendo válido en la actualidad.

En 2008, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la [Estrategia y Plan de Acción Global en Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual](#) (GSPA-PHI, por sus siglas en inglés) en la [Resolución WHA61.21](#). El objetivo de la estrategia es promover nuevas ideas sobre la innovación y el acceso a medicamentos y asegurar una base más firme y sostenible para impulsar la investigación en salud y desarrollo basada en las necesidades y las enfermedades que afectan desproporcionadamente a países en desarrollo. En base a sus recomendaciones, en 2010 se estableció el [Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: financiación y coordinación de la OMS \(CEWG\)](#).

La estrategia consta de ocho elementos y diversas acciones dirigidas a: establecer, priorizar y promover la investigación; fomentar y desarrollar la capacidad de innovación; promover la [transferencia de tecnología y la producción local de productos médicos](#); promover la gestión y la aplicación de los [derechos de la propiedad intelectual](#) para mejorar la salud pública; mejorar el acceso a los productos médicos; movilizar recursos para la investigación y el desarrollo relevante en esta área y vigilar y evaluar los progresos en todas estas áreas.

La disponibilidad de productos médicos se ve limitada asimismo por la insuficiencia de recursos que se dedican al desarrollo de las nuevas vacunas, diagnósticos y medicamentos para abordar las necesidades de salud en países en desarrollo.

En esta línea de investigación para desarrollar nuevas herramientas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las [enfermedades desatendidas u olvidadas](#) relacionadas con la pobreza o se encuentra el Programa de la UE [Horizon 2020](#), financiado por [EDCTP \(European and Developing Countries Clinical Trials Partnership\)](#).

### **Registro de Patentes y Protección/Salvaguardas ADPIC**

Las normas internacionales de comercio tales como el [Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio \(ADPIC\)](#) de la Organización Mundial de Comercio (OMC), pueden llegar a tener grandes repercusiones sobre el acceso a los medicamentos y productos médicos. El Acuerdo sobre ADPIC es el tratado internacional más importante en cuanto a la protección de patentes, derechos de reproducción y marcas, y obliga a los países miembros de la OMC a proteger esos derechos por un mínimo de 20 años. Entre otros aspectos, la protección de patentes conlleva un aumento en el precio de los medicamentos, limitaciones en la capacidad nacional de fabricación e importación de medicamentos genéricos e innovadores de los que dependen los países más pobres y limitaciones en la transferencia de tecnología.

El Acuerdo ADPIC establece ciertos requisitos mínimos. También brinda la posibilidad de incorporar cláusulas en la legislación nacional de patentes para garantizar e incrementar el acceso a los medicamentos. La resolución sobre la [Estrategia Revisada de Medicamentos \(WHA 52.19, 1999\)](#) ordena a la OMS que ayude a los países a desarrollar o afinar su normativo de patentes a fin de incrementar el acceso a los medicamentos y proteger la salud pública. Ejemplo de esto son las [importaciones paralelas de medicamentos patentados](#), es decir, la comercialización transfronteriza de productos sin permiso del fabricante que ocurre debido a diferencias de precio según los mercados, y las [licencias obligatorias](#), en el caso de que una autoridad legal, por ejemplo un tribunal de justicia o un gobierno, otorgan una licencia de fabricación o importación sin permiso del dueño de la patente, pero dándole una buena remuneración. Ambas estrategias constituyen las llamadas [salvaguardas](#) que se establecieron en la [Declaración de Doha](#) (Qatar, 2001) para todas las medicinas y enfermedades (no limitadas a ciertas situaciones de crisis) junto a las siguientes:

- Exención de la revisión reguladora (cláusula “Bolar”)
- Criterios estrictos de patentabilidad
- Oposiciones pre y post donaciones
- Protección de datos sin exclusividad (artículo 39.3)
- Exención a países menos desarrollados de la obligación de aplicar las patentes de productos farmacéuticos y protección de datos hasta 2016 (par 7 Declaración de Doha).

### ***Definición de una Política Farmacéutica Nacional /Lista de Medicamentos Esenciales***

La [Política Farmacéutica Nacional](#) constituye un marco en el que se establecen metas a medio y largo plazo para el sector farmacéutico y se identifican las estrategias principales para alcanzarlas. Abarca los sectores tanto público como privado, e implica a todos los actores del ámbito farmacéutico. La política farmacéutica nacional puede servir de marco de referencia para fundamentar una reforma del sector farmacéutico con el fin de promover la equidad y la sostenibilidad del sector farmacéutico. Desde hace 30 años, en que eran prácticamente inexistentes en la mayoría de países, tales políticas se han ido instaurando progresivamente en más de 100 países.

La formulación e implementación de políticas farmacéuticas involucra no solo aspectos sanitarios sino también cuestiones industriales y de ciencia y tecnología, tal y como muestra el gráfico siguiente.

Gráfico 28. Aspectos relacionados con la formulación de políticas de Medicamentos



Fuente: OPS 2011<sup>90</sup> con base en Tobar 2002

#### COMPONENTES DE UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL

- » Selección medicamentos esenciales
- » Asequibilidad
- » Opciones de financiación
- » Sistemas de suministro
- » Reglamentación y garantía calidad
- » Uso racional
- » Investigación
- » Desarrollo de recursos humanos
- » Vigilancia y evaluación

La [Lista Modelo de Medicamentos Esenciales](#) constituye la piedra angular de las políticas farmacéuticas nacionales y de todo el sistema farmacéutico; los países pueden utilizarla para confeccionar sus propias listas nacionales de medicamentos esenciales. Asimismo, puede ayudar a las instancias decisorias nacionales a reducir los costos al facilitarles la identificación de medicamentos importantes. Las listas de medicamentos esenciales han contribuido a mejorar la calidad de la asistencia y a racionalizar la adquisición y distribución de medicamentos para satisfacer las necesidades de los países en materia de salud, reduciendo de ese modo los gastos del sistema de salud. En la esfera de los [medicamentos esenciales](#), Mozambique, Perú y Sri Lanka figuran entre los países pioneros.

Para su [inclusión en las listas](#), los medicamentos deben estar disponibles en todo el sistema de salud, en cantidades y formas farmacéuticas apropiadas; no obstante no existen directrices acerca de los requerimientos específicos de cada medicamento esencial o grupos de éstos en base a las características demográficas, geográficas y epidemiológicas de la población y la definición de un paquete básico de atención sanitaria por niveles de atención.

La [Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS](#) consta de más de 350 medicamentos para tratar las afecciones prioritarias.

El alcance y el número de medicamentos necesarios a nivel de distrito dependerán de los protocolos por niveles de atención y las estrategias utilizadas respecto a la delegación de tareas entre el personal sanitario (“[task shifting](#)”) para suplir el déficit de personal cualificado.

Desde el año 2007, tras la aprobación de la [Resolución WHA 60.20 Mejores Medicamentos para los niños](#), se incorporaron los medicamentos pediátricos a la lista de medicamentos esenciales existente para adultos. Cada dos años, la OMS actualiza la *Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales*, con la orientación del [Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales](#). En 2013, el Comité examinó 52 solicitudes y 15 exámenes de la 18ª Lista Modelo, que evaluaban los datos científicos relativos a la efectividad, la seguridad y el costo-eficacia comparativos.

La OMS no hace referencia a las necesidades previstas acerca de otros productos médicos fungibles tales como técnicas diagnósticas, la atención hospitalaria, laboratorio, anestesia, obstetricia, ortopedia o material quirúrgicos. Se debería dar prioridad a los productos vinculados a la prevención, como vacunas, micronutrientes y vitaminas, mosquiteros tratados con insecticida, anticonceptivos, pruebas de VIH y otras tan relevantes como éstas (por ejemplo, [PSA](#) para el cáncer de próstata).

### ***Políticas de Aprovisionamiento/Suministro de Medicamentos***

El [proceso de aprovisionamiento](#) es uno de los componentes críticos e interrelacionados del sistema de abastecimiento del sector sanitario público. Dichos componentes incluyen la [fabricación de productos](#), selección de productos, la [cuantificación de productos](#), [financiación](#), [control reglamentario](#), la [garantía de calidad](#), [distribución](#) y provisión de servicios.

Las cadenas de suministro de medicamentos son largas y complejas. Los principios básicos del aprovisionamiento de medicamentos se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico 29. Modelo integral de suministro de Medicamentos



Fuente: MSH/OMS/OPS. La gestión del suministro de medicamentos

Uno de los principales problemas de suministro en el primer eslabón de la cadena, se encuentra en la discontinuidad de determinados medicamentos por el hecho de no ser comercialmente rentables.

Gestionar el costo de los medicamentos es también indispensable para lograr un acceso equitativo y asequible. La OMS ha elaborado [directrices de la OMS para el estable-](#)

[cimiento de políticas de precios de los productos farmacéuticos en los países](#)<sup>91</sup> como referencia para fijar el precio de los medicamentos y garantizar la sostenibilidad de los sistemas de suministro. Los problemas relacionados con la financiación sanitaria y, en particular, la financiación adecuada de los medicamentos esenciales, plantean importantes dificultades a los países.

El [programa de la OMS de buena gobernanza de las prácticas farmacéuticas](#) proporciona orientación sobre el modo de mejorar la eficiencia en las adquisiciones y el suministro, e incluye instrumentos para evaluar la transparencia y la vulnerabilidad de determinadas áreas del sector farmacéutico público. El programa consta de tres etapas: una evaluación nacional de acerca de la transparencia; la creación de un marco nacional de buen gobierno; y la implantación de un programa nacional de buena gobernanza de las prácticas farmacéuticas.

La mayor parte del aprovisionamiento de los servicios de salud del sector público a nivel nacional/país, se realiza a través de la utilización de diferentes modelos de suministro: [centralizado](#); a través de una [organización para-estatal](#) o de una [agencia de suministro autónomo](#); el [aprovisionamiento descentralizado](#); o los agentes de suministro tales como las agencias de Naciones Unidas (FNUAP, PNUD, UNICEF) o agencias internacionales no gubernamentales de suministro como [IDA \(International Dispensary Association\)](#).

A pesar de que existe un mayor reconocimiento acerca de la necesidad de fortalecer el desarrollo de los sistemas nacionales de aprovisionamiento de los servicios de salud a través de un enfoque integral, uno de los principales desafíos sigue siendo corregir la fragmentación en el suministro de medicamentos y productos médicos y la promoción de sistemas únicos de suministro.

Los modelos de aprovisionamiento del sector público mencionados anteriormente utilizan diferentes métodos para el suministro de medicamentos y productos médicos, entre ellos la [licitación competitiva](#), la [competencia a pequeña escala](#), que incluye la contratación directa y las [adquisiciones de una sola fuente](#) sin competencia, en los casos en que sólo un único proveedor está disponible o cuando sea necesario para hacer frente a una situación de emergencia. El uso de un método de aprovisionamiento particular se determina por factores tales como las políticas nacionales de aprovisionamiento y reglamentación, los requisitos del financiador, la experiencia en el aprovisionamiento, la capacidad de gestión, las capacidades en el control de calidad, y el impacto en el precio del producto.

Los países en desarrollo, se enfrentan con limitaciones en la adquisición de medicamentos de calidad en cuanto a recursos financieros limitados, la capacidad de adquisición, y la capacidad de regulación para el cumplimiento de obligaciones. A nivel internacional, se han puesto en marcha mecanismos de financiación y actividades de suministro por parte de organismos multilaterales (como [GAVI](#), [Fondo Mundial SIDA, TB, Malaria](#), [Global Drug Facility \(GDF\)](#), [UNITAID](#)) y donantes bilaterales. Sus esfuerzos para hacer frente a las limitaciones de los países con recursos limitados y facilitar el acceso a medicamentos incluyen: nuevos mecanismos de financiación, adquisición y fijación de precios; apoyo a los sistemas de precalificación para medicamentos seleccionados para hacer frente a la limitada capacidad de control de calidad a nivel nacional; y el fortalecimiento de los sistemas de aprovisionamiento de los países. A nivel regional existen modelos de aprovisionamiento como el proceso de [negociación conjunta y compra de medicamentos para Centroamérica y República Dominicana](#), que constituye un ejemplo de buenas prácticas de la Cooperación Española y el Sistema de Integración Centroamericana (SICA).

### **Control de Calidad**

Una vez garantizado el alcance, el nivel y la distribución de medicamentos y productos médicos, es necesario que se hayan establecido mecanismos para garantizar el control de calidad para que un medicamento satisfaga una cierta necesidad médica de forma adecuada. Ello requiere la evaluación de la fuente de producción a través de buenas prácticas de fabricación, la precalificación previa del producto final como el programa de la OMS o procesos locales (como la [AEMPS](#) en España o la [EMA](#) en la UE), la aprobación de comercialización por las autoridades nacionales o regionales y el control de calidad en caso de estar disponible en el país. Todos los pasos requieren capacidades y recursos institucionales. La puesta en común de los recursos regionales resulta rentable y fortalece además las capacidades en la negociación de precios.

La garantía de calidad de un medicamento o dispositivo cubre todas las actividades encaminadas a asegurar que cumpla las especificaciones y estándares establecidos de calidad, [seguridad \(farmacovigilancia\)](#) y [eficacia](#). Abarca tanto la calidad de los productos en sí como todas aquellas actividades y servicios que pueden afectar a la calidad.

El [Programa de Precalificación de Medicamentos de la OMS](#), el cual vela por el cumplimiento de las normas internacionales de calidad, inocuidad y eficacia, ha desempeñado un papel fundamental en la competencia de los medicamentos genéricos y el acceso a tratamientos de calidad en países con recursos limitados. Desde su establecimiento en 2001, el Programa ha precalificado más de 280 productos, originalmente centrándose en los medicamentos para tratar la infección por el VIH y el sida, la tuberculosis y el paludismo pero ampliándose después a la salud reproductiva, los medicamentos antigripales, el cinc para el tratamiento de la diarrea aguda infantil y las enfermedades tropicales desatendidas.

El programa de Precalificación evalúa rigurosamente los expedientes de los productos farmacéuticos, inspecciona los lugares de fabricación, precalifica los Laboratorios farmacéuticos de control de calidad y promueve el uso de medicamentos de calidad garantizada.

La calidad de los productos está totalmente vinculada también a la calidad en su uso, lo cual implica adhesión a los protocolos y la adherencia a los tratamientos. Ello requiere sistemas de salud eficaces en el sector público, incluyendo la educación continua y la supervisión de los profesionales sanitarios y los pacientes, y una adecuada regulación y supervisión del sector privado.

Los productos médicos falsificados representan una amenaza mundial cada vez mayor para la salud de las personas, ya que son causa de muerte, discapacidad y lesiones. Asimismo, destruyen la credibilidad de los sistemas de salud, y entrañan el despilfarro de valiosos recursos humanos y económicos. A fin de reforzar las medidas para combatir este problema, la OMS lanzó en 2006 la iniciativa mundial [IMPACT \(Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos\)](#), el cual fue cuestionado y sustituido en 2010 por el establecimiento de un nuevo mecanismo intergubernamental ([WHA A63/23](#), [WHA A64/16](#), [WHA A65/23](#), [WHA A66/22](#)), que tiene como propósito general promover la prevención y control de los [productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación](#) con el fin de proteger la salud pública y fomentar el acceso a productos médicos asequibles, seguros, eficaces y de calidad. Los objetivos se centran en el fortalecimiento de los sistemas nacionales (reglamentación, distribución, control), la colaboración, intercambio de experiencias y prácticas óptimas en materias de detección, vigilancia, seguimiento y control de los productos médicos.

### ***Establecimiento de Protocolos y Uso Racional de Medicamentos***

Según la OMS, el [uso de medicamentos es racional](#) cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad<sup>92</sup>.

A pesar de que muchos países han adoptado [políticas nacionales sobre medicamentos](#) y [programas de medicamentos esenciales](#) que promueven su uso adecuado, menos de la mitad de todos ellos están poniendo en práctica muchas de las políticas básicas necesarias para asegurar el uso adecuado de los medicamentos, como el monitoreo regular de uso, una actualización regular de las guías de práctica clínica y disponer de un centro de información médica para prescriptores o comités de medicamentos y terapéutica en la mayoría de sus hospitales o regiones.

El uso irracional puede adoptar muchas formas diferentes, por ejemplo, la polimedicación, el uso excesivo de antibióticos e inyecciones, prescripción no acorde con las directrices clínicas y la automedicación inapropiada

A nivel de atención primaria, menos de la mitad de los pacientes en países de ingresos bajos y medios reciben atención sanitaria para las enfermedades prevalentes de acuerdo con las directrices clínicas. Se estima asimismo que a nivel mundial, más de la mitad de todos los medicamentos se prescriben, dispensan o venden indebidamente<sup>93</sup> y que la mitad de todos los pacientes no toman su medicación según lo prescrito o dispensado<sup>94</sup>. Por otro lado, aunque en la actualidad, por lo menos 135 países disponen de guías y formularios terapéuticos propios, con información actualizada, exacta y no sesgada, pocos países están monitorizando el uso de medicamentos o tomando medidas suficientes para corregir la situación<sup>95</sup>.

En 1989, se formó la [Red Internacional para el Uso Racional de Medicamentos \(INRUD\)](#) para realizar proyectos de investigación sobre intervención multidisciplinaria, y promover así un uso más racional de las medicinas. Se desarrollaron los [indicadores de la OMS/INRUD](#) utilizados para investigar el uso de medicamentos en establecimientos de atención sanitaria primaria. En la [Primera Conferencia Internacional para la Mejora del Uso de Medicinas \(ICIUM, Tailandia 1997\)](#), se presentó una revisión de todos los estudios de intervenciones publicados. La [segunda Conferencia Internacional sobre la Mejora del Uso de los Medicamentos \(Tailandia 2004\)](#) y la [Resolución WHA60.16 de la Asamblea Mundial de la Salud en 2007](#) reconocieron la dificultad de la promoción del uso racional de los medicamentos en los sistemas de salud fragmentados. Recomendaron también un enfoque intersectorial del sistema de salud y el establecimiento de programas nacionales para promover el uso racional de los medicamentos, lo que requeriría mucha más inversión que la que los gobiernos y los donantes hasta el momento han estado dispuestos a dar.

La OMS recomienda que los países apliquen las siguientes políticas nacionales para alentar o garantizar un uso más adecuado de todos los medicamentos (ver tabla siguiente)<sup>96</sup>.

Tabla 10. Políticas nacionales para garantizar el uso racional de los medicamentos

COMPONENTES POLÍTICA MEDOCS	ACCIONES ESPECÍFICAS PARA GARANTIZAR EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS
<b>Establecimiento de un organismo nacional multidisciplinario autorizado</b>	Coordinación de políticas en el uso de medicamentos y monitoreo de su impacto.
<b>Directrices Clínicas</b>	Formulación de directrices clínicas basadas en la evidencia o guías de tratamiento estandarizado para la formación, supervisión y apoyo a la toma de decisiones.
<b>Listas de Medicamentos Esenciales</b>	Selección de listas de medicamentos esenciales basadas en los tratamientos elegidos que sean utilizadas en el aprovisionamiento de medicamentos y reembolso seguros.
<b>Comités de Medicamentos y Terapéutica</b>	Establecimiento de comités de medicamentos y terapéutica en distritos y hospitales para mejorar el uso de los medicamentos.
<b>Formación</b>	Promoción de cursos de farmacoterapia basada en la resolución de problemas en los programas de estudios universitarios.
<b>Educación Médica Continúa</b>	Educación médica continua como requisito para el desempeño de la profesión.
<b>Supervisión</b>	Promoción de sistemas de supervisión, auditoría y retroalimentación en escenarios institucionales.
<b>Información</b>	Provisión de información independiente (incluyendo datos comparativos) sobre medicamentos.
<b>Educación</b>	Promoción de la educación del público acerca de los medicamentos.
<b>Eliminación de Incentivos</b>	Rechazo de incentivos financieros con efectos negativos sobre la prescripción racional.
<b>Regulación</b>	Elaboración y aplicación de una regulación apropiada, incluyendo normativas que garanticen que actividades promocionales medicinales están en consonancia con los <a href="#">Criterios Éticos de la OMS para la Promoción de Medicamentos aprobados en la Resolución WHA41.17</a> .
<b>Gasto Público</b>	Reservar el gasto público suficiente para garantizar la disponibilidad equitativa de medicamentos y personal de salud.

Fuente: Perspectivas de Políticas en Medicamentos de la OMS, No.5. Ginebra 2002.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [WHO. Essential Medicines and Health Products. Biennial Report 2012-2013](#)
- ✓ [Médicos Sin Fronteras. Medicamentos Esenciales. Guía práctica de utilización. 2013.](#)
- ✓ [WHO. HIA. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components](#)
- ✓ [OPS. Guía para la implementación de estrategias de medicamentos Genéricos en los países de América Latina y Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos. Washington DC 2011.](#)
- ✓ [WHO/International Network for the Rational Use of Drugs \(INRUD\): indicadores y herramientas sobre el uso de los medicamentos.](#)
- ✓ [Using indicators to measure country pharmaceutical situations: Fact book on WHO Level I and Level II monitoring indicators. Geneva, WHO, 2006.](#)
- ✓ [OMS. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional - Segunda edición. Ginebra 2002.](#)
- ✓ [Practical Guidelines on Pharmaceutical Procurement for Countries with Small Procurement Agencies. Geneva 2002.](#)
- ✓ [South Centre. Integrando la Salud Pública en la Legislación sobre Patentes de los Países en Desarrollo. Ginebra, Julio 2001.](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Compra Conjunta de Medicamentos en Centroamérica y República Dominicana

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

La Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos es un ejemplo de lo que la integración puede lograr en beneficio de la población, y representa una expresión clara de cómo la unión esfuerzos regionales se traduce en beneficios tangibles para la ciudadanía.

El mecanismo se fundamenta en uno de los principales beneficios que genera un proceso de integración regional, el aprovechamiento de las economías de escala. Se favorece la contención de costes vía reducción del precio de compra de los medicamentos al adquirir los países conjuntamente, y no de manera individual, aumentándose además los estándares de calidad de estos medicamentos. Técnicamente, consiste en una subasta inversa entre los compradores (Servicios públicos de Salud y Seguros Sociales de los países participantes) y proveedores (empresas farmacéuticas que superan la fase de precalificación), partiendo de un listado previamente armonizado de medicamentos, destinados al tratamiento de enfermedades críticas para la salud (cáncer, diabetes, hemofilia, trasplantes renales, enfermedades cardiovasculares, hepatitis, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, etc).

## CONTEXTO

La iniciativa tiene por objeto garantizar que más personas tengan acceso a los medicamentos necesarios para el tratamiento de enfermedades, favoreciendo una mejora en la calidad de vida de la población centroamericana, la adquisición de medicamentos de calidad y la optimización de los recursos destinados a la prestación de los servicios públicos de salud.

La negociación conjunta de medicamentos para enfermedades críticas que ha llevado a cabo el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), ha permitido que los países miembros tengan acceso a fármacos de “limitada disponibilidad” en el mercado” y aumenten la cobertura de los mismos en la sanidad pública al bajar los costos y, por consecuencia, incrementar el volumen de compra.

Entre el 2010 y 2013 se negoció el precio favorable para 40 medicamentos, obteniendo un precio unificado para la región a través de la modalidad de subasta a la inversa, donde resultaron como ganadoras las compañías que ofrecen medicamentos de calidad por menos precio. Dicho proceso, ha permitido un ahorro regional de cerca de US\$20 millones de dólares.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

El desarrollo de la Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos ha sido liderado por la secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de salud de Centroamérica, SE-COMISCA en coordinación con la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana, SG-SICA, la AECID (Fase I 2006-2009, con un presupuesto de USD \$644.301 y en su Fase II 2010-2013 USD \$528,571) a través del Fondo España-SICA y apoyado técnicamente por la Comisión Técnica Subregional de medicamentos (CTSM), en la cual figura como Secretaria Técnica la OPS. En dicho proceso ha sido fundamental la estandarización de los procedimientos del proceso de negociación y de precalificación.

El Sistema de Integración Centroamericana (SICA), a través de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) entregó a 15 empresas farmacéuticas el Certificado de Precalificación que las acredita para participar en la Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos 2014, a efectuarse por las carteras de salud de la región. Esta calificación tiene como base la reglamentación farmacéutica regional vigente y la aplicación de normas de calidad internacionalmente aceptadas, entre las que destacan las emitidas por la Organización Mundial de la Salud.

## LECCIONES APRENDIDAS

Mediante el proceso de negociación conjunta ya se ha conseguido, entre 2012 y 2013, un ahorro de 20 millones de dólares para los servicios públicos de salud de los países participantes. Esto representa una disminución en los costes de adquisición de medicamentos en aproximadamente un 40% para el conjunto de la Región.

El hecho de que la Secretaría Ejecutiva de COMISCA cuente con un registro automatizado del proceso y sus resultados mediante el Sistema de Precalificación de Proveedores y Productos, al que tienen acceso las empresas participantes y las instituciones de salud de la región, ha facilitado la consulta, toma de decisiones y la transparencia.

La negociación conjunta de precios para la compra de medicinas ha derivado en una mejor gestión del presupuesto de los Ministerios de Salud de los países de la región.

## RETOS

Uno de los principales retos es la sostenibilidad. El proceso se ha agilizado al máximo y los países han acordado un Plan de Sostenibilidad que hará al mecanismo independiente de las aportaciones de la cooperación internacional. Esta sostenibilidad se va a garantizar a través de cuotas específicas de los países del SICA (de 22.000\$), justificada por la evidencia de que el ahorro medio alcanzado es de 52\$ por dólar invertido.

Entre los retos del SICA, se encuentra la prioridad de establecer un modelo de compra manejado por una institución regional, pues en la actualidad COMISCA sólo negocia los precios, pero las compras las realiza cada país. COMISCA busca la ampliación de la lista de medicamentos a someter a negociación -que en el inicio era de 78, aunque adjudicados eran 40 a 2013- para incluir antirretrovirales, insumos para el control de vectores y otros.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [WHO. Essential Medicines and Health Products. Biennial Report 2012-2013](#)
- ✓ [WHO, World Intellectual Property Organization, World Trade Organization. Promoting Access to Medical technologies and Innovation. Intersections between public Health, intellectual property and trade. Geneva 2012.](#)
- ✓ [USAID. Health Systems 20/20. 2012. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version 2.0.](#)
- ✓ [OMS Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, 2010](#)
- ✓ [OMS, Public Health, Innovation and IP Rights, 2006](#)
- ✓ [Intermón-Oxfam. Patentes contra pacientes Cinco años después de la Declaración de Doha. Nov 2006.](#)
- ✓ [Globalización y acceso a medicamentos. Perspectivas sobre el acuerdo TRIPS/ OMC. Health Economics and Drugs, serie DAP N° 7. Revisada. Ginebra, OMS, 1999.](#)
- ✓ [Pecoul B, Chirac P, Trouiller P, Pinel J. Acceso a medicamentos esenciales en los países pobres. ¿Una batalla perdida? JAMA, 1999; 281:361-367.](#)
- ✓ [Informe Mundial sobre la Salud 1999. “Establecer la diferencia”. Ginebra, OMS, 1999.](#)

## WEBSITES

- ✓ <http://apps.who.int/medicinedocs/es/>
- ✓ <http://apps.who.int/medicinedocs/en/cl/CL3.1.2.9.1/clmd,50.html>
- ✓ [http://www.who.int/medicines/areas/policy/world\\_medicines\\_situation/en/](http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/)
- ✓ [http://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/trips\\_s/trips\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/trips_s.htm)
- ✓ [http://www.who.int/medicines/areas/human\\_rights/un\\_special\\_rapporteur/en/](http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/un_special_rapporteur/en/)
- ✓ [www.cptech.org/ip/health/](http://www.cptech.org/ip/health/)
- ✓ [www.haiweb.org](http://www.haiweb.org)
- ✓ [www.IMS-global.com/insight/report/global/report.htm](http://www.IMS-global.com/insight/report/global/report.htm)
- ✓ [www.medicinespatentpool.org/wp-content/uploads/Working-Paper-on-FDCs-FINAL.pdf](http://www.medicinespatentpool.org/wp-content/uploads/Working-Paper-on-FDCs-FINAL.pdf)

## 4.3 FINANCIACIÓN EQUITATIVA

### CONCEPTO/RACIONAL

La [financiación equitativa de la salud](#) es, junto con la buena salud y la capacidad de respuesta, una de las tres metas principales de los sistemas de salud y constituye un pilar importante para asegurar la [protección social en la salud](#). La equidad del financiamiento y la [protección frente al riesgo financiero](#) se basan en el pago de una proporción equitativa de los gastos de salud por parte de la población. Abarca dos aspectos fundamentales: la [mancomunación de los riesgos](#) (quienes están sanos permiten pagar la atención prestada a quienes caen enfermos) entre las personas sanas y las enfermas y la distribución del riesgo entre niveles de riqueza y de renta (que contribuyan más quienes dispongan de más recursos financieros).

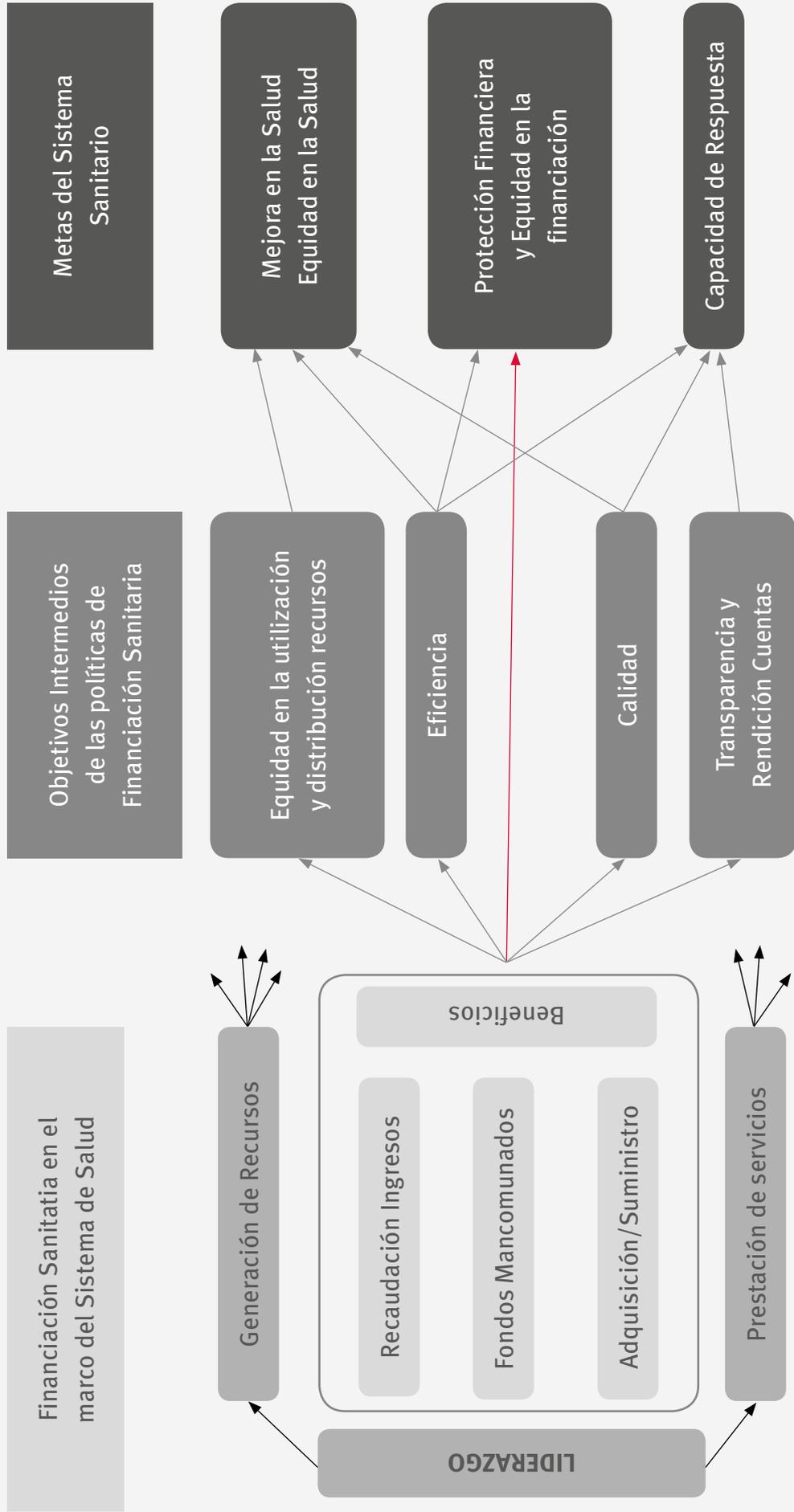
Según la OMS un buen sistema de financiación de la salud debe recaudar fondos suficientes para que la población pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de [gastos catastróficos](#) y empobrecimiento vinculado al pago de esos servicios. También debe prever incentivos para los prestatarios y los usuarios.

Los sistemas de financiación de la salud son fundamentales para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Ello requiere tanto [políticas específicas sobre los derechos a prestaciones y obligaciones de costo compartido del paciente](#) como aprovechar mejor los recursos disponibles, con el fin de mejorar la eficiencia y equidad.

Tal y como muestra el gráfico siguiente, existen tres funciones fundamentales interrelacionadas entre sí que integra la financiación sanitaria en el marco del sistema de salud<sup>97</sup>:

1. [Recaudación de ingresos.](#)
2. Eliminar las barreras económicas que limitan el acceso a través de [sistemas de pre-pago](#) y la [mancomunación de fondos](#) (“pooling” por sus siglas en inglés), disminuyendo de esta forma la dependencia de los [pagos en el momento de la prestación de la atención sanitaria](#) para financiar los servicios y los consecuentes [riesgos financieros](#).
3. [Adquisición o compra de servicios.](#)

Gráfico 30. Vínculos entre el sistema de financiación sanitaria y los objetivos de las políticas, otras funciones del sistema y las metas generales del sistema sanitario



Fuente: Kutzin. Health Financing Policy paper 2008/1. OMS

El desarrollo de dichas áreas fundamentales de la financiación sanitaria determinará la existencia y la disponibilidad o no de los servicios de salud para todos y el hecho de que las personas puedan permitirse usar los servicios de salud cuando los necesiten. No obstante, la coordinación de las políticas y su aplicación a través de las funciones del sistema sanitario es esencial para alcanzar los resultados deseados.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

El mundo sufre una creciente inequidad en salud. En todos los escenarios, ricos y pobres, la demanda de servicios de salud por la población supera la financiación disponible, pero el problema reviste especial gravedad en los entornos de ingresos bajos.

En 2010, el gasto sanitario mundial se estimaba en aproximadamente US\$ 5,3 billones al año<sup>98</sup>. Pese al aumento del gasto sanitario, en muchos países los fondos siguen siendo insuficientes para garantizar la cobertura sanitaria universal, incluso con una serie mínima de servicios de salud tales como la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Aunque resulta complejo cifrar de manera precisa el costo de una cobertura “plena” de la población, tal y como se comentó en el capítulo de “*Proceso presupuestario*” de esta guía, existen algunas estimaciones internacionales tales como la del [Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud](#), el cual estimó que para garantizar la cobertura, aunque fuera con una serie mínima de servicios, los países necesitaban una media de US\$ 44 per cápita en 2009, cifra que aumentaría a US\$ 60 en 2015<sup>99</sup>. En 2010 el gasto sanitario medio en los países de ingresos bajos fue de US\$ 32 *per cápita*; 26 Estados Miembros gastaron en salud menos de US\$ 44 per cápita teniendo en cuenta todas las fuentes de financiación, incluidos los donantes<sup>100</sup>.

Los niveles de pagos directos siguen siendo elevados en muchas partes del mundo. Se calcula que 150 millones de personas sufren catástrofes financieras porque carecen de cobertura suficiente por alguna forma de protección frente al riesgo financiero, y que 100 millones se hunden en la pobreza por el mismo motivo. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sólo una de cada cinco personas en todo el mundo está cubierta con una seguridad social amplia que también incluya la pérdida salarial en caso de enfermedad, y más de la mitad de la población del mundo carece de todo tipo de protección social formal. Únicamente el 5–10% de las personas están cubiertas en el África subsahariana y en Asia meridional, mientras que en los países de ingresos medios los índices de cobertura varían entre el 20% y el 60%.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

Tras una propuesta no de Ley aprobada por la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo del Congreso de los Diputados en marzo 2011, la AECID se incorporó en la iniciativa “[Providing for Health](#)”-P4H<sup>101</sup>. Trabajando a través de una red de socios internacionales, incluida la AECID, desde 2007 P4H ofrece apoyo coordinado al desarrollo de políticas y estrategias de protección social en salud (PSS), así como colaboración internacional armonizada a nivel nacional, regional y mundial para establecer sistemas de salud equitativos y eficaces de financiación basados en el prepago y la protección del riesgo financiero.

Asimismo, en el ámbito de la protección social en salud, la AECID está apoyando el programa [EUrosociAL](#) de la Unión Europea y [SOCIEUX \(Social Protection European Union Expertise in Development Cooperation\)](#), mecanismo de asistencia técnica establecido por la Dirección General de la Comisión Europea para el Desarrollo y la Cooperación -EuropeAid- para apoyar los esfuerzos para diseñar, gestionar, ejecutar y supervisar de una manera eficiente y sostenible, sistemas de protección social.

### *Unión Europea*

- ✓ [Conclusiones del Consejo sobre el papel de la UE en la Salud Mundial. 30ª Reunión del Consejo de ASUNTOS EXTERIORES Bruselas, 10 de Mayo 2010](#) donde se hace hincapié en la necesidad de prestar atención a la movilización de recursos domésticos de los países en vías de desarrollo, en particular, a través de la mejora de la gestión de impuestos y una asignación adecuada y eficiente del presupuesto nacional para la salud y el apoyo de la UE a los países a instaurar esquemas de financiación sanitaria dentro de modelos y mecanismos de protección social en salud que pongan fondos en común, eviten pagos directos en el punto de prestación de servicios, y tengan por objeto lograr la cobertura universal y equitativa de los servicios esenciales de salud.
- ✓ [Protección Social en salud y financiación sanitaria en países en vías en desarrollo: hacia un marco para una intervención concertada por la Unión Europea](#). Joint Presidency/Commission Non-paper for presentation and discussion during the informal meeting of Development Ministers (28–30 September 2008, Bordeaux).
- ✓ [Bruselas, 13.10.2011 COM\(2011\) 637 final COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES. Incremento del impacto de la política de desarrollo de la UE: Programa para el Cambio.](#)
- ✓ [Bruselas. COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES sobre Protección Social 2012.](#)

## Nivel Internacional

- ✓ En Octubre de 2013, el Consejo Directivo de OPS, conformado por los ministros de salud de los países de las Américas y el Caribe aprobaron la [Resolución CE152/12 sobre Protección Social en Salud](#). El documento resolutivo que se acompaña de un documento conceptual sobre el tema, insta a los Estados Miembros, así como al Secretariado de la OPS a apoyar el desarrollo de políticas de protección social como un objetivo integrador de los esfuerzos de transformación de los sistemas de salud a la cobertura universal.
- ✓ [OMS. Financiación de los Sistemas de Salud: camino hacia la Cobertura Universal- Plan de acción. Ginebra 2012](#) orientado a ayudar a los Estados Miembros a formular estrategias de financiación para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. El plan, pedido por la Asamblea de la Salud en su [resolución WHA64.9 \(2011\) sobre estructuras de financiación sanitaria sostenibles y la cobertura universal](#), se centra en el apoyo técnico y normativo a los países, y en la recopilación, análisis y difusión de los datos que necesitan. Asimismo, fomenta el intercambio de experiencias entre los países, reconociendo que estos necesitarán adaptar las soluciones a sus propias necesidades.
- ✓ Iniciativa de Naciones Unidas ‘[Social Protection Floor](#)’ co-liderada por ILO y la OMS como uno de los pilares de la [Decent Work Agenda](#).
- ✓ [Resolución y Conclusiones acerca de la seguridad Social, International Labour Conference \(ILC\) 2011](#).
- ✓ [OMS: Informe sobre la salud en el mundo. 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal](#).
- ✓ [WHO Health financing strategy for the Asia Pacific region \(2010-2015\)](#)
- ✓ [OMS. Resolución de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades en salud por medio de acciones sobre los determinantes sociales. 2009](#).
- ✓ OIT-OMS: [Iniciativa de piso de protección social para una globalización equitativa e inclusiva](#). 2009.
- ✓ OPS/OMS. [Plan Estratégico 2008-2012. Documento oficial No. 328](#). El Plan Estratégico, en su objetivo 14 establece “Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible”.
- ✓ [The Talinn Chapter: Health Systems for Health and Wealth](#)
- ✓ [Global Campaign on Social Security and Coverage for All](#) fundada en 2007, pone énfasis en la necesidad de asegurar el acceso a servicios esenciales para los grupos más vulnerables.
- ✓ [Health financing: a strategy for the African region. Regional Committee for Africa; Fifty-sixth session; Addis Ababa, Ethiopia, 28 August-1 September 2006. Resolución AFR/RC56/R5](#)
- ✓ [Informe de la Secretaría y Resolución de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA 58.33. 2005. Financiamiento sostenible en salud, cobertura universal, y seguro social de enfermedad](#), en la que se insta a los países a desarrollar sistemas de financiación de la salud que permitan el acceso a los servicios necesarios evitando los gastos catastróficos y el empobrecimiento que puede acarrearles la búsqueda de atención.
- ✓ Comité Regional para el Este Mediterráneo 2004 [EM/RC51/4 Technical paper: The impact of health expenditure on households and options for alternative financing](#).

- ✓ [OPS. 130ª Sesión del Comité Ejecutivo. Resolución CE130.R9. 2002](#). Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT. La Resolución insta a los estados miembros a ampliar la protección social en materia de salud, fomentar procesos de diálogo social que permitan definir objetivos y estrategias nacionales e incluir la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales.
- ✓ [Iniciativa de Bamako. UNICEF, OMS 1987](#)

## ELEMENTOS CLAVE

### *Financiación Pública y Privada. Marcos regulatorios*

El mundo sufre una creciente inequidad en salud. La financiación pública en salud llega a ser casi 100 veces menor en países de baja renta que en los de alta, y la esperanza de vida 20 años menor, con tasas de mortalidad infantil y materna de hasta 15 y 60 veces superiores respectivamente.

Satisfacer las demandas cada vez mayores de cobertura de servicios es un desafío político y técnico de primer orden, ya que tanto la tecnología médica como la demanda de servicios sanitarios aumentan constantemente. No obstante, la financiación pública de los servicios de salud básicos es esencial para lograr una cobertura universal y equitativa, pero sobre todo para asegurar una justa financiación de la salud para los más vulnerables.

En términos generales, el volumen y la calidad de los servicios que la población necesita irán determinados por las características demográficas del país, su carga de morbilidad, las expectativas de la población respecto de la calidad de los servicios que deberían recibir, y la capacidad de los gobiernos, las empresas y las personas para aportar recursos al sistema. La dicotomía público-privado, no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud en este sentido, sino la diferencia entre pago anticipado y pagos directos del bolsillo del usuario.

### DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Lo que realmente define a los servicios de salud de índole pública (de acuerdo con el papel del Estado, tal y como se define en el [ICESCR](#)) es la universalidad de la contribución (*obligatorio*: impuestos) de acuerdo a la capacidad de pagar (progresiva: justicia fiscal) y la universalidad (*sistema unificado*) del acceso a los servicios de salud de acuerdo a las necesidades (equitativo, dirigido a reducir las desigualdades a través de la definición de metas).

La financiación privada, especialmente en países en vías de desarrollo, equivale fundamentalmente a [pagos efectuados directamente por el usuario o a contribuciones que se realizan a fondos comunes pequeños, voluntarios, que suelen estar sumamente fragmentados](#). En cambio la financiación pública o la privada obligatoria (procedentes de la tributación general o de contribuciones a la seguridad social) está siempre asociada con pagos anticipados y fondos mancomunados amplios.

La forma en que los planificadores organicen la financiación pública o influyan en la financiación privada repercutirá en cuatro factores determinantes que son clave para el desempeño de la financiación del sistema sanitario: el nivel de pago anticipado, el grado de distribución del riesgo, el monto de los subsidios a las personas sin recursos y la compra estratégica<sup>102</sup>.

Los países que han logrado garantizar el acceso de su población a un conjunto exhaustivo de intervenciones sanitarias de buena calidad con un alto nivel de protección frente a los riesgos financieros (en su mayoría de países de la OCDE), destinan por lo general más del 5% de su PIB al gasto público en salud. Muchos países de ingresos bajos necesitarán financiación externa para aumentar los fondos internos al menos a medio plazo<sup>103</sup>.

El papel y la extensión de la participación privada en la asistencia difieren entre los países, dependiendo del modelo de sistema de salud adoptado, es decir, de concepto universalista, asentado en la seguridad social o fundamentado en el mercado. El escenario que presentan diferentes regiones del mundo con un elevado gasto privado en asistencia (en países como Brasil, Chile, Ecuador, México y Venezuela, llega a representar más del 50% de la financiación sanitaria), ya sea actuando de forma complementaria, suplementaria o duplicativa en relación con la cobertura del sistema nacional, apunta hacia la necesidad de políticas que perfeccionen la regulación de la participación público-privada en los sistemas y que permitan la expansión de la cobertura y la universalización de la atención a la salud.

El debate sobre el marco regulatorio en los países que adoptan la modalidad de [seguros privados en la asistencia a la salud](#) es fundamental, ya que interfiere en la política de formación y distribución de los profesionales, en la conformación de la red de servicios y en los gastos en salud, determinando, entre otras cuestiones, el acceso de la población, cuantitativo y cualitativo, a las intervenciones sanitarias. Entre los principales factores que influyen en esa tendencia creciente a la privatización se encuentran los costes presupuestarios en salud, las deficiencias del sector público (listas de espera de atención y baja calidad de servicios, entre otros), mayor poder de consumo y expectativa de vida de la población o la incorporación tecnológica en la medicina<sup>104</sup>.

## Fuentes de Financiación Pública

Los [mecanismos utilizados para financiar los servicios sanitarios](#) pueden ser de índole obligatoria, como en el caso de los impuestos, las tasas públicas de diversos tipos y los seguros obligatorios o de índole voluntaria. Los seguros no obligatorios y los pagos realizados por los pacientes en el momento de la prestación de atención sanitaria son voluntarios en la medida en que las personas eligen pagar o utilizar los servicios. Estos mecanismos pueden clasificarse asimismo en dos subcategorías, dependiendo de si conllevan o no la mancomunación de los recursos financieros.

### ✓ Políticas fiscales

La justicia fiscal es un factor fundamental tanto en la reducción de las disparidades en los ingresos y su efecto sobre las desigualdades en salud y en el peor estado de salud general, como en la puesta en común de los niveles adecuados de recursos de una forma justa. Lo ideal y sobre una base ética de la igualdad de derechos y oportunidades, sería que el índice GINI o la razón de quintil mayor o menor definiera la pendiente de tributación progresiva, con el fin de limitar las desigualdades evitables y que afectan al bien común.

La [capacidad fiscal](#) de un país, es decir, la capacidad y la voluntad del gobierno de movilizar ingresos públicos, determinará su potencial en el gasto público en salud y, en consecuencia, el grado de dependencia o no de los sistemas de pago directo de bolsillo. El hecho de que se pueda contar con un mayor gasto público en salud favorece la reducción de barreras financieras en la utilización de los servicios y del riesgo de problemas de protección financiera, no obstante las prioridades definidas en las políticas respecto al modo en que el gasto público asignado a salud se distribuye, es también determinante.

Con el fin de asegurar la protección financiera universal y la equidad en el uso de los servicios necesarios, las fuentes de financiación de los sistemas y servicios de salud públicos a nivel nacional deben basarse en el pago de impuestos obligatorios/ universales y progresivos, en base a la capacidad de pago/equitativas.

El gasto a nivel del gobierno es crucial para garantizar un mejor acceso a los servicios esenciales de salud y protección del riesgo financiero, ya que es una fuente estable y sostenible de financiación. No obstante, la [tributación general](#) como fuente principal de la financiación de la atención sanitaria exige una capacidad recaudadora de las contribuciones o de los impuestos, lo cual suele estar vinculado con una economía fundamentalmente estructurada. Los países de bajos ingresos presentan limitaciones en la búsqueda de recursos fiscales adecuados o espacio fiscal para la salud. La capacidad para movilizar recursos suficientes por medio de contribuciones obligatorias es bastante limitada, ya que buena parte

de la población carece de un empleo formal y estable. También se ha comprobado que es muy difícil implantar sistemas de contribución en concepto de primas para las personas no pertenecientes al sector formal, aun adoptando las pertinentes disposiciones legales para darles carácter obligatorio. Mientras que en los países de la OCDE los gravámenes generales aportan más del 40% del PIB, en los países de bajos ingresos no llega al 20%<sup>6</sup>, lo cual supone una capacidad fiscal baja o muy baja.

Existe además el riesgo de que los esfuerzos por aumentar la financiación a través de cotizaciones a la seguridad social vinculadas a los salarios acabe exacerbando las desigualdades entre los contribuyentes y las personas que no pertenecen al sector del empleo formal y tenga, además, efectos negativos sobre el empleo y la competitividad económica.

#### ✓ Financiación sanitaria nacional

El sistema de financiación pública de la salud, es el único sistema coherente y fundamental para alcanzar el objetivo mundial de la salud ("el mejor nivel posible de salud para todos"), y el principio y compromiso mundial respecto al derecho a la salud (universal sin discriminación)

Existen diversos modelos de sistemas de financiación sanitaria a nivel nacional hacia la consecución de una cobertura sanitaria universal, no obstante las políticas deberán abordar tres áreas principales ya descritas en el capítulo referente a la *Cobertura Universal* (gráfico<sup>15</sup>): el porcentaje de población a cubrir, la oferta de servicios y el porcentaje total de gastos a cubrir.

La asignación de recursos deberá asegurar por un lado, que los obstáculos financieros no impidan a las personas hacer uso de los servicios que precisen, ya sean de prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación y, por otro, evitar que las personas sufran dificultades financieras por tener que pagar esos servicios de su propio bolsillo.

La equidad en cuanto a la protección del riesgo financiero requiere el nivel más alto de separación entre contribuciones y utilización.

Pese al reciente aumento de los fondos externos para fines sanitarios destinados a los países de ingresos bajos, estos últimos tienen que recurrir a fuentes internas para sufragar cerca del 75% del gasto en salud. Según estimaciones de la OMS (2007)<sup>105</sup>, en países de bajos ingresos la contribución del gobierno a la financiación sanitaria era tan solo del 41.20%, con un 58.1% del gasto sanitario privado, 83.1% a expensas de pagos directos por parte de los usuarios y un 17.5% del gasto sanitario total cubierto por recursos externos.

El modo en que los países recaudan los fondos para esos fines es decisivo. Existen diversas opciones tales como dar mayor prioridad a la salud en las asignaciones presupuestarias por parte del gobierno, la recaudación de impuestos de manera más eficiente, incluyendo las contribuciones de [seguro obligatorio](#), y la recaudación de fondos adicionales a través de diversos tipos de [mecanismos de financiación innovadores](#). Impuestos sobre productos nocivos como el [tabaco](#) y el alcohol son una de esas opciones.

Todo ello exige un mayor y mejor diálogo de políticas entre los tomadores de decisión en políticas sanitarias en el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Finanzas, que ejerce el control del gasto público y los actores e instituciones políticas más amplias (como el parlamento y los jefes de Estado). Hay que tener en cuenta además, la financiación indirecta del gobierno para la mejora en salud a través del gasto en determinantes sociales como la reducción de la pobreza.

#### v Financiación sanitaria potencial

En diversas Asambleas Mundiales de la Salud, (resoluciones adoptadas en [2005-WHA 58.33](#) y [2009- WHA 62.12](#)), todos los países se comprometieron a una financiación justa de los servicios sanitarios esenciales para garantizar una cobertura universal. Sin embargo, se ha avanzado muy poco en esta dirección, salvo para enfermedades muy concretas objeto de gran atención mundial, como el VIH/SIDA.

En términos de participación en el gasto público, la cifra del 15 % está cerca de la media de los países de la OCDE, y fue aceptado por y los países de ACP y la Unión Africana como objetivo de referencia ([Declaración de Abuja, Nigeria, de 2001](#)). No obstante, diez años después, tan sólo Tanzania había alcanzado la meta fijada; veintiséis países aumentaron la proporción de los gastos totales del gobierno asignados a salud y once países incluso redujeron sus contribuciones relativas de los gastos del gobierno para de salud durante el período. En los otros nueve países, no existió una tendencia evidente hacia arriba o hacia abajo<sup>106</sup>.

Sin embargo, este porcentaje puede ser insuficiente cuando se traduce en cantidades netas inferiores al umbral mínimo definido de gasto per cápita en salud mencionado anteriormente, y puede ser innecesariamente alto cuando es mucho mayor que el umbral. De hecho, el aumento de los niveles de gasto en salud puede perpetuar y aumentar las demandas de salud y descuidar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y estilos de vida saludables.

#### ✓ Brecha potencial de financiación

Los países de bajos ingresos presentan un elevado déficit de financiación, ya que la mayoría padece el doble desafío de afrontar una alta carga de enfermedad (por tanto, mayor necesidad de recursos) y una baja capacidad financiera o de ingresos para poder asumirlo.

El elevado déficit de financiación queda reflejado en las desigualdades mundiales extremas respecto al gasto actual en salud. Los países de bajos y medios ingresos, que disponen del 84% de la población mundial y el 92% de la carga mundial de morbilidad, representan tan sólo el 12% del gasto mundial en salud (Schieber et al. 2006). Por tanto, la movilización de recursos adicionales, será crucial para hacer frente a estos desequilibrios. Si bien esto es principalmente una responsabilidad de los gobiernos nacionales, la ayuda en salud desempeña sin duda un papel importante en esta movilización.

De acuerdo con estimaciones recientes, los países de bajos ingresos gastan en promedio \$ 25 por habitante en salud cada año, siendo el gasto sanitario público de \$ 12, justo por debajo de la mitad del gasto total. El gasto privado representa \$ 13 adicionales por habitante, la mayor parte a través de pagos directos de bolsillo en el punto de prestación de servicios. La ayuda externa, la cual financia tanto el gasto privado como público, asciende a \$ 6 en promedio de los países de bajos ingresos, y representa menos de un cuarto del total del gasto.

En base a la meta establecida por la CMS de la OMS (gasto mín. 34 € por persona) y deducir el potencial de inversión adicional por los gobiernos nacionales según el objetivo de Abuja (15% del presupuesto nacional a salud), el déficit financiero estimado para el año 2010 era de 13,4 mil millones de euros.

Resulta complejo establecer una cuantificación precisa de las grandes necesidades financieras para hacer frente a las brechas de financiación que aún persisten a nivel mundial. En un estudio llevado a cabo para el [Grupo de Trabajo sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud](#), la OMS estimó que tan sólo el logro de los ODM relacionados con la salud - un objetivo mucho más limitado que el cumplimiento de las necesidades de salud - requeriría un gasto adicional de \$ 29 por persona por año de en el sector salud en los países de bajos ingresos para el año 2015. En total, se deberían recaudar \$ 251 millones adicionales entre 2009 y 2015 (2009a Taskforce). Con el 40% de los fondos adicionales se podrían financiar las inversiones de capital, mientras que el 60% representarían los elevados costos recurrentes que resultan de pagar la expansión del personal sanitario y aumentar los suministros médicos y medicamentos.

El mayor déficit de financiación se encuentra en el África subsahariana, que se enfrenta a costes adicionales de \$ 150 mil millones, o el 60% del total. En cuanto a los programas específicos, los requisitos de financiación son mayores en el apoyo a los sistemas de salud (75% del total de costos adicionales), e infraestructura, transporte y equipo, así como los recursos humanos en particular, que representan el 22% de las necesidades del gasto adicional total. En contraposición, las necesidades de gasto adicionales para enfermedades específicas, son comparativamente bajas, lo que refleja el énfasis actual y las prioridades de los donantes en intervenciones verticales - es decir sobre enfermedades específicas o en intervenciones seleccionadas a ser implementadas en varios países<sup>107</sup>.

Los compromisos de los donantes en materia de salud han aumentado en más de cuatro veces desde la firma de la [Declaración del Milenio](#) en septiembre de 2000, superando los US\$ 20 mil millones en 2008<sup>108</sup>.

El apoyo externo debe seguir el mismo principio de apoyo al bien público para avanzar en la universalidad del derecho a la salud: la puesta en común de los recursos por países (y las corporaciones multinacionales e inversores) de acuerdo con la *capacidad de pago* (tasas más altas cuanto más lejos del umbral mínimo de financiamiento público para la salud) y *nivel de apoyo externo* per cápita en base a las necesidades (mayor en los países con un PIB inferior, espacio fiscal y perspectivas de crecimiento, capacidades económicas considerando una productividad sostenible y la influencia de normativas de comercio más justas).

Las fuentes de financiación externa de los sistemas y servicios de salud públicos a nivel nacional, deberían de estar alineadas con las políticas y la financiación pública de los sistemas nacionales de salud (en concordancia con los principios de eficacia de desarrollo y el IHP+), equilibradas en sus aportaciones en gastos recurrentes en relación a las inversiones (actualmente la relación es de más de 1:1 cuando los servicios de salud requieren al menos una relación de 3:1), ser previsibles, eficaces (evitar la multiplicidad de sistemas paralelos) y pertinentes (revertir el hecho de que 60% de la cooperación en salud se concentra en el 20% de la carga de enfermedad en "países en vías de desarrollo": SIDA, malaria y tuberculosis),

En un esfuerzo de priorizar y aumentar el apoyo a los países que se encuentran en situación precaria, ayudar a los «países huérfanos» de ayuda y a los que se encuentran más lejos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la cooperación española hizo una revisión de los países atendiendo a los criterios NCWAP (por sus siglas en inglés) definidos por la Comisión Europea, clasificando a los países socios de la cooperación en salud, atendiendo a las siguientes variables: *Necesidades según indicadores sanitarios (Need)*, *Capacidad de financiación, (Capacity)*, *Predisposición a destinar recursos financieros a la salud (Willingness)*, *Volumen de la ayuda en salud per cápita respecto a la brecha potencial en financiación pública para la salud (Aid) y grado de ejecución (Performance)* respecto a los OMDs 4 y 5. Teniendo en cuenta los países prioritarios para la cooperación española, Mozambique, Níger y Mali resultaron ser los 3 países socios con mayor necesidad de ayuda en base a la financiación pública del sector salud.

### ***Mecanismos de recuperación de Costes***

#### ✓ Pago por servicios-gasto catastrófico

A pesar de la aceptación de los principios esenciales de la atención primaria de la salud definidos en Alma Ata, en 1987 UNICEF y la OMS introdujeron la [Iniciativa de Bamako](#), adoptada por los ministros de salud de África como supuesta forma de recuperación de costos y de reducir el consumo excesivo de recursos en la atención sanitaria partiendo del concepto de que las comunidades debían participar directamente en la gestión y la financiación de los medicamentos esenciales. En lugar de facilitar el acceso a la atención primaria de la salud aumentando la eficiencia, viabilidad económica y equidad de los servicios sanitarios, resultó ser una penalización para la población más pobre. Asimismo, los intentos de eximir a ciertos grupos del pago de tarifas con el fin de mejorar el acceso a la atención sanitaria han resultado con frecuencia problemáticos e ineficientes debido a los costos administrativos asociados al funcionamiento de los sistemas de exención. Posteriormente, a nivel mundial, fue emergiendo un nuevo consenso acerca de la necesidad de eliminar los pagos en el punto de prestación de servicios.

Únicamente cuando los pagos directos están por debajo del 15-20% del gasto sanitario total la incidencia de catástrofe financiera y empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes.

La OMS, el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales internacionales, el Proyecto del Milenio de la ONU, la ONU CA, de la UE ([El papel de la UE en la de salud global, 2010](#)), y un número creciente de donantes bilaterales han instado recientemente a los países a eliminar las barreras financieras al acceso, mediante la eliminación de las tasas y la ampliación de seguro social de salud.

Muchos países como Ghana, Níger o Senegal han dado prioridad a la eliminación del pago por servicios en la atención materno-infantil como una estrategia clave para acelerar el progreso hacia el ODM 4 y ODM 5. La experiencia reciente con la eliminación del pago en el momento de la atención sanitaria en el punto de prestación de servicios ha mostrado un aumento significativo en la utilización ambulatoria y se ha estimado que podría tener un impacto inmediato y sustancial en la mortalidad infantil, pudiéndose prevenir un número estimado de 233.000 muertes al año en 20 países del África subsahariana.

Los responsables políticos deberían proteger a las personas de la catástrofe financiera y empobrecimiento como consecuencia de la utilización de los servicios de salud, En algunos países, hasta un 11% de las personas sufren dificultades financieras graves cada año y hasta un 5% se ven arrastrados a la pobreza debido al pago por servicios de salud en el momento de recibirlos.

La OMS define como [gasto catastrófico](#) el gasto directo en la atención sanitaria igual o mayor al 40% de los ingresos familiares disponibles, una vez han sido cubiertas las necesidades básicas (gastos no de subsistencia)

La catástrofe financiera se produce en países con todos los niveles de ingresos, pero es mayor en los que dependen más de los pagos directos como recaudación de fondos para el gasto sanitario)<sup>109</sup>.

Los [pagos directos o de bolsillo](#) (“out of pocket payments”-OOP por sus siglas en inglés) en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que las personas se benefician del servicio de salud.

A largo plazo, el objetivo debe ser el desarrollo de [mecanismos de prepago](#), tales como el [seguro social de salud](#), el [financiamiento basado en los impuestos](#) de la atención de la salud, o alguna combinación de mecanismos de prepago. Se necesitarán para ello respuestas flexibles a corto plazo, que dependerán de la etapa de desarrollo económico del país y en el contexto social y político. Los tomadores de decisión de políticas tendrán que considerar lo siguiente<sup>110</sup>:

- ampliar la cobertura de la población a través de mecanismos de prepago;
- proteger a los pobres y desfavorecidos;
- el diseño de un paquete de beneficios; y
- decidir el nivel de costo compartido por los pacientes

También conviene tener en cuenta que una política que simplemente elimine el pago de tarifas por los usuarios no logrará los objetivos deseados en el acceso y la protección contra los riesgos financieros si las tarifas oficiales son sustituidas por “pagos informales” o si no se garantiza una calidad mínima en la atención sanitaria. La clave consiste en contar con políticas integrales que reduzcan verdaderamente la necesidad de que las personas paguen de su propio bolsillo los servicios que utilizan.

✓ Financiación mancomunada- “pooled funding”: voluntaria, obligatoria o subsidia-  
ria

Cada vez son más los países, de todos los niveles de renta, que, como parte de los esfuerzos desplegados para asegurar la inclusión de los grupos vulnerables y de las personas no pertenecientes al sector formal de un modo acorde con las preocupaciones de política fiscal y macroeconómica, optan por la [mancomunación](#) de ingresos públicos generales y cotizaciones al seguro obligatorio o por el uso explícitamente complementario de ambas fuentes.

Al reducir la [fragmentación en la forma en que se mancomunan los fondos](#) se puede aumentar la capacidad para asegurar una redistribución favorable a las personas con mayores necesidades sanitarias. Los fondos así recaudados pueden ser específicos para la salud – por ejemplo un consorcio de seguro de enfermedad – o proceder de los ingresos estatales generales, algunos de los cuales se destinan a financiar la salud. Esta mancomunación reduce o elimina los riesgos financieros asociados a la mala salud.

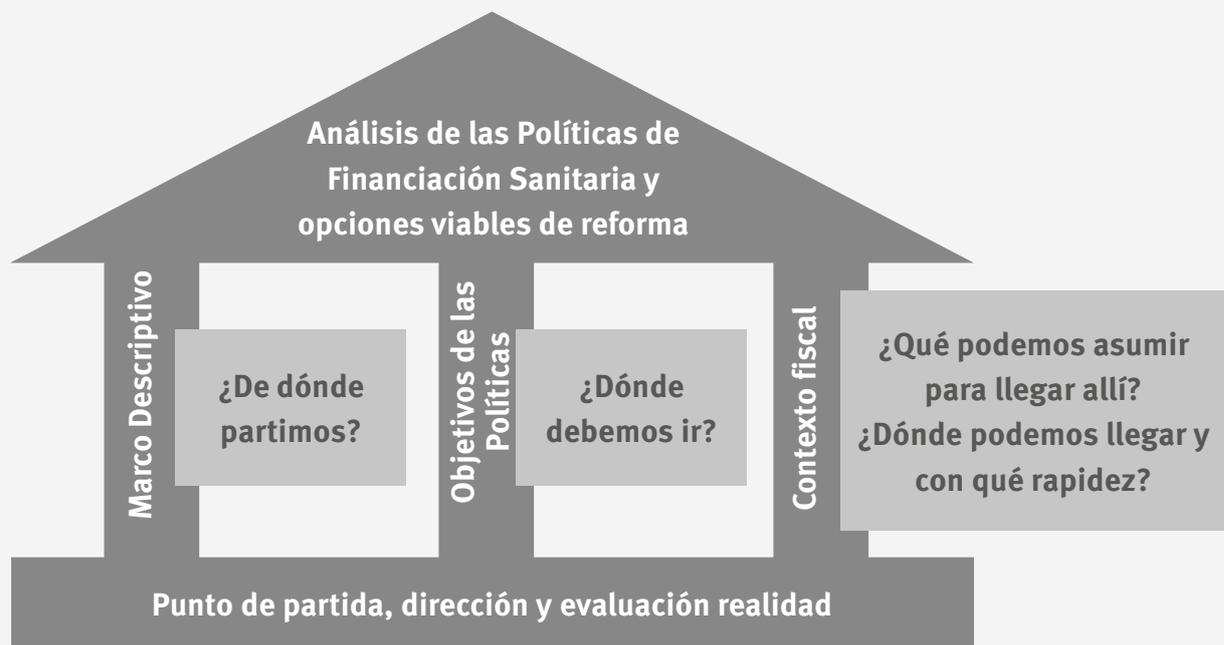
La mancomunación consiste en la acumulación de contribuciones aportadas por adelantado por particulares en un fondo común que posteriormente se utiliza para pagar los servicios prestados a todos los miembros del fondo según las necesidades.

Aun cuando estos sistemas varían enormemente en cuanto a afiliación, tasas de contribución, paquetes de prestaciones y sistemas de pago, pueden clasificarse en dos grupos amplios: [sistemas de seguro voluntarios](#), en los que las personas (o las empresas en nombre de sus empleados) eligen si quieren afiliarse a ellos o seguir sin seguro, y los [sistemas obligatorios](#), en los que las personas están obligadas a contratar un plan de seguro con arreglo a las condiciones establecidas por la legislación pertinente, o están automáticamente cubiertas a raíz de su nacionalidad o residencia en el país o por pertenecer a un determinado colectivo, como las personas que viven por debajo del umbral nacional de pobreza. En el último caso, las contribuciones adoptan la forma de impuestos y gravámenes estatales que también son obligatorios.

### ***Políticas efectivas para generar ingresos nacionales y acelerar sistemas equitativos de financiación sanitaria***

Las políticas de financiación sanitaria deberían basarse en los tres pilares fundamentales que se muestran en el gráfico siguiente.

Gráfico 31. Los tres pilares para abordar la financiación sanitaria



Fuente: J. Kutzin WHO Regional Office for Europe

El *primer pilar* incluye los objetivos referentes a las políticas de financiación de la salud:

- objetivos esencialmente idénticos a las metas generales establecidas en el sistema de salud:
  - Promover la protección universal contra los riesgos financieros;
  - Promover una distribución más equitativa de la carga derivada de la financiación del sistema;
- objetivos instrumentales, objetivos intermedios a las metas generales establecidas en el sistema de salud:
  - Promover el uso y prestación de servicios equitativos en relación con la necesidad de tales servicios;
  - Mejorar la transparencia y la rendición de cuentas del sistema hacia la población;
  - Promover la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios; y
  - Mejorar la eficiencia en la administración del sistema de financiación de la salud

El *segundo pilar* es un marco conceptual para el análisis de la organización de los sistemas de financiación nacional de salud. Sirve para describir las funciones y políticas asociadas y proporciona el **punto de partida** desde el que cualquier se inicia reforma.

El *tercer pilar* consiste en un reconocimiento y análisis de cómo factores contextuales clave, particularmente las barreras fiscales, limitan la consecución de los objetivos de la política, y la serie de opciones de política que pueden ser consideradas. Este pilar permite llevar a cabo un **análisis realista** de lo que es factible implementar y de qué se puede lograr.

Existen tres formas generales de conseguir mayor recaudación de fondos para la salud a nivel nacional:

1. Aumentar la eficiencia recaudación ingresos
2. Restablecer las prioridades de los presupuestos del estado
3. Financiación innovadora

- ✓ Pre-pago y mecanismos mancomunados (“pooling mechanisms”) para maximizar los ingresos domésticos

Aunque contar con los fondos suficientes es importante, será imposible acercarse a la cobertura universal si las personas sufren dificultades financieras o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos, con el riesgo financiero asociado que ello comporta. La única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el [prepago](#) con mancomunación de los riesgos, aunque los países de bajos ingresos suelen presentar limitaciones en cuanto a sus capacidades.

El pago anticipado o pre-pago, es la piedra angular de la financiación equitativa de un sistema de salud ya que hace posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común.

Estos mecanismos se basan en los pagos realizados antes de sufrir una enfermedad, mancomunados de alguna manera y se emplean para financiar los servicios sanitarios de todos aquellos que tengan cobertura: tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas y discapacitadas, y prevención y promoción para todos. El nivel de pago anticipado está determinado principalmente por el mecanismo predominante de recaudación de ingresos que se utilice en el sistema. Los fondos pueden proceder de varias fuentes: impuestos sobre la renta y basados en el salario, impuestos al valor añadido sobre una base más amplia o impuestos especiales sobre el tabaco y el alcohol, y/o primas de seguro.

No obstante, la fuente es menos importante que las políticas desarrolladas para administrar los sistemas de prepago, las cuales deberán tener en consideración la obligatoriedad o no de las contribuciones, quién tendría que pagar, cómo y cuándo y definir estrategias para cubrir aquellas personas que no pueden contribuir económicamente.

**Cuando se formulan las políticas, son esenciales los siguientes aspectos:**

- » asegurar que los sistemas de financiación de la salud evolucionan a fin de evitar pagos directos significativos en el punto de prestación de servicios.
- » incluir un método de pago anticipado de las contribuciones financieras para la atención y servicios sanitarios, así como un mecanismo para mancomunar los riesgos entre la población con el fin de evitar gastos sanitarios catastróficos y el empobrecimiento de las personas como consecuencia de la búsqueda de la atención necesaria; ([WHA A64.9](#))

Respecto a la mancomunación, es importante también definir si los fondos se mantienen como parte de los ingresos consolidados del gobierno o en uno o más fondos de seguros médicos, ya sean sociales, privados, comunitarios o micro-fondos.

Mecanismos de financiación sanitaria basados en la mancomunación de fondos<sup>110</sup>:

- *Seguro voluntario de enfermedad:*

Las personas eligen pagar contribuciones periódicas a cambio de protección financiera frente a los costos sanitarios en que incurren cuando utilizan determinados servicios. En ocasiones también pueden hacer algunos pagos directos (en forma de copagos, gastos deducibles y coaseguros) cuando acceden a la asistencia sanitaria.

Si bien la organización y la gestión de los planes de seguro voluntarios pueden correr a cargo de diversas entidades, como gobiernos y sociedades sin fines de lucro, en general se pueden clasificar en dos amplias categorías:

- [Seguros comerciales](#) (con fines de lucro) gestionados por empresas privadas.
- [Seguros comunitarios](#) (sin fines de lucro) gestionado por organizaciones no gubernamentales en países en desarrollo.

- *Sistemas públicos de financiación sanitaria obligatoria:*

- Impuestos y gravámenes generales: la asistencia sanitaria se financia con cargo a todos los impuestos y gravámenes recaudados por el Estado, incluidos los impuestos directos sobre la renta y los beneficios, los impuestos indirectos sobre la venta de bienes y servicios, y los aranceles de importación.

- Contribuciones obligatorias al seguro de enfermedad (seguro social de enfermedad): las contribuciones proceden de deducciones obligatorias de los salarios de los empleados y/o de sus empleadores, que se pagan directamente a un fondo de seguro de enfermedad.

- ✓ Desarrollo o fortalecimiento de mecanismos de protección social en el sector sanitario

Se entiende por protección social en salud a la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo<sup>111</sup>.

**La protección social se refiere a las políticas y acciones que tienen como objetivo:**

- » fortalecer la capacidad de todas las personas, pero especialmente los pobres y los grupos vulnerables, a escapar de la pobreza o no caer en la pobreza, y una mejor gestión de los riesgos y las crisis.
- » proporcionar mayor nivel de seguridad social a través del acceso a servicios de salud y seguridad de los ingresos y facilitar el acceso a los servicios esenciales durante los períodos activos e inactivos y períodos de necesidad durante todo el ciclo de vida.

Las políticas de protección social en salud deben orientarse hacia la universalidad, garantizando el acceso a la atención sanitaria, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las personas, familias y comunidad. Tal y como muestra el gráfico siguiente, la extensión de la protección social en salud requiere el diálogo y coherencia de las políticas nacionales entre diversos ámbitos interrelacionados entre sí, desde las políticas y estrategias en la financiación sanitaria, a políticas sociales, fiscales y económicas y otras como el de desarrollo sostenible.

La extensión de la protección social en salud comprende una variedad de mecanismos de financiación, entre los que cabe destacar el seguro social sanitario como una opción importante para garantizar la cobertura universal, aparte de la financiación por impuestos. Existe la posibilidad de adoptar modelos mixtos utilizando estas diferentes fuentes de fondos de forma complementaria; esquemas basados en la comunidad y en los empleadores son utilizados de forma complementaria. Dentro de cada una de estas amplias categorías existen diversos mecanismos también para organizar la mancomunación de fondos y la compra de servicios.

Independientemente de los mecanismos de financiación empleados, la protección social en salud implica un cambio hacia un riesgo compartido mayor. Ello implica el aumento de la cuota de amortización anticipada del gasto total en salud y reducir la dependencia de pagos de bolsillo. La estrategia también incluye subsidios y subsidios cruzados dentro o entre-grupos de riesgo.

Gráfico 32. Enfoque multisectorial de la protección social en salud



Fuente: Adaptado de la iniciativa Providing for Health-P4H

## ✓ Evaluación y diálogo de esquemas de financiación sanitaria y estrategias para mejorar la cobertura universal

El proceso de toma de decisiones acerca de la financiación sanitaria debe contemplar las 7 etapas siguientes:

1. Establecer la visión general del sistema, teniendo en cuenta los compromisos establecidos respecto a la cobertura de servicios de salud a nivel de país.
2. Análisis de la situación respecto al acceso a los servicios necesarios y la protección respecto al riesgo financiero, incluyendo elementos tales como la eficiencia, las características y capacidades de los sistemas sanitarios y factores externos al mismo (marco jurídico, alcance del trabajo informal, alcance de las redes de seguridad social, etc.).
3. Evaluación financiera respecto a la disponibilidad y previsibilidad de fondos para la salud procedentes del gobierno, los hogares, el sector privado, las ONGs y los socios externos. Implica el diálogo con las instituciones financieras internacionales y los socios externos.
4. Evaluación de las limitaciones orientada a la toma de decisiones políticas.
5. Diseñar y formalizar las estrategias y los objetivos del cambio.
6. Puesta en marcha, incluida la evaluación de las estructuras organizativas y las normativas.
7. Vigilancia y evaluación a través de indicadores de seguimiento del seguro universal frente al riesgo financiero, incluyendo la predicción de la población, servicios y gastos cubiertos, el alcance de la protección ofrecida, la magnitud de los desembolsos y su influencia en los gastos catastróficos y el empobrecimiento de los hogares.

La etapa nº5 referente a los objetivos y las estrategias debe centrarse en las tres acciones principales de financiación sanitaria.

» Recaudación de fondos

- Elegir combinación de impuestos y/o cotizaciones a la seguridad social.
- Desarrollar mecanismos para cubrir a las personas que no puedan pagar.
- Implantar sistema de contribuciones de los hogares asequibles.
- Mejorar la eficiencia en la recaudación de fondos
- Estimaciones sobre el potencial del aumento de fondos internos/externos

» Agrupación de los mismos

- Establecer acuerdos institucionales y administrativos para recaudar y aunar las contribuciones procedentes de diversas fuentes.
- Determinar si las cuotas de usuario han mejorado la calidad y satisfacción.
- Determinar grupos de personas o intervenciones específicas que requieran actuaciones de demanda.
- Realizar aportaciones obligatorias al sistema sanitario (impuestos y/o seguro).
- Reducir la fragmentación de varios fondos mancomunados.
- Definir quién es elegible, qué servicios se deben prestar y nivel de co-pago.
- Minimizar la fragmentación en la administración de los fondos.

» Utilización de los fondos para garantizar la disponibilidad de los servicios

- Diseñar e implementar mecanismos de pago a proveedores.
- Desarrollar medidas que fomenten la calidad y eficiencia.
- Decidir distribución de recursos combinados entre servicios y niveles atención.
- Participar en compras/contrataciones estratégicas (mejor calidad-precio).
- Decidir desarrollo fondo mancomunado independiente promoción/prevención.
- Seguimiento periódico de resultados y eficiencia del uso de los fondos.
- Distribución de los recursos agrupados por regiones geográficas.
- Determinar si persisten desigualdades en la cobertura y resultados en salud.

También es primordial que los sistemas de financiación sanitaria incorporen [incentivos](#) que garanticen un uso eficaz y equitativo de los fondos. Existen diversas experiencias referentes a planes de incentivos por el desempeño, que engloban el pago por el rendimiento, contratación basada en el desempeño, [financiación basada en los resultados o la financiación basada en el desempeño](#) (PBF, por sus siglas en inglés). En este sentido, la AECID viene participando desde el 2009 en la [Iniciativa Salud Mesoamerica 2015](#), basada en la gestión por resultados, razón por la cual la liberación de recursos está condicionada a un sistema de RBF ([Results Based Financing](#)), para el cual es necesario sustentar de forma muy consistente y científica un set de indicadores de evidencia que se generan y monitorizan a través de una importante investigación operativa.

### ***Esquemas innovadores de financiación sanitaria***

Tal y como se ha comentado con anterioridad, uno de los mecanismos para aumentar los fondos nacionales para la salud es encontrar nuevos métodos para recaudarlos o para diversificar las fuentes nacionales de financiación. A corto plazo, los países de bajos ingresos con grandes economías informales tienden a centrarse en los impuestos relativamente fáciles de recaudar, como los que se gravan sobre los empleados y a las empresas del sector formal, los derechos de importación o exportación de diversos tipos y como en [Ghana](#), el impuesto sobre el valor añadido (IVA). Existen diversas opciones de [financiación sanitaria innovadora](#) que tienen que varían en función del contexto de cada país tales como la introducción de impuestos a las transacciones de divisas o financieras, los [im-](#)

puestos llamados “solidarios” sobre bienes y servicios específicos (ej. billetes de avión ([Unitaid](#)), consumo de alcohol y tabaco), los bonos diáspora del gobierno, tasas especiales sobre las grandes empresas rentables o la venta de franquicias de productos o servicios. Se estima por ejemplo, que la venta de bonos garantizados por los países donantes y emitidos en los mercados de capitales internacionales ha recaudado más de US\$ 2 mil millones desde 2006. Estos fondos se dirigen al [Servicio Financiero Internacional para la Inmunización \(IFFIm, por sus siglas en inglés\)](#), vinculado a la [Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización \(GAVI\)](#). Los gobiernos de ocho países han comprometido los fondos necesarios para pagar estos bonos a su vencimiento,

## HERRAMIENTAS

- ✓ [WHO. Di McIntyre, Joseph Kutzin. Guidance on conducting a situation analysis of health financing for universal health coverage. Version 1.0. Geneva, 2014](#)
- ✓ [WHO Regional Office for Europe. Joseph Kutzin. Health Financing Policy Paper 2008/1. Health Financing Policy: A guide for decision-makers. Division of Country Health Systems. Barcelona 2008.](#)
- ✓ [CHOICE \(CHOosing Interventions that are Cost Effective\)](#)
- ✓ [SimIns: A computerized tool for health financing policy decision-making. It allows evaluation of the feasibility of alternative mixes of financing sources.](#)
- ✓ [OASIS \(Institutional and Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing\)](#)
- ✓ [National Health Accounts \(NHA\). Geneva, World Health Organization](#)
- ✓ [Guide to producing national health accounts – with special applications for low-income and middle-income countries. Geneva, World Health Organization, World Bank, USAID, 2005](#)
- ✓ [Ke Xu. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. OPS, Washington 2005.](#)
- ✓ [World Bank Performance-Based Financing \(PBF\) Toolkit](#)
- ✓ [GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE DIÁLOGO SOCIAL EN SALUD. OPS/OMS Washington DC, 2007.](#)
- ✓ [WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and the measurement strategies. Section 5. Geneva 2010.](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Reformas de financiación sanitaria en Ghana

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En 2004 se introdujo el Plan Nacional de Seguro Médico en Ghana (NHIS, por sus siglas en inglés), como una estrategia de financiación para favorecer a la población más pobre, cuyo objetivo principal fue eliminar las barreras financieras a la atención sanitaria y proteger a todos los ciudadanos de los gastos catastróficos derivados de la atención sanitaria a causa del pago por servicios y otras formas de pago directo. En junio de 2009, el 67,5% de la población se había registrado, con un incremento del número de visitas de consultas externas dentro del país del 50% entre 2005 y 2008, incrementándose de unos 12 millones a 18 millones, mientras que los ingresos hospitalarios aumentaron un 6,3%, de 0,8 millones a casi 0,85 millones. Se trata de uno de los pocos intentos de un país de África Subsahariana de poner en marcha un programa de seguro sanitario universal a nivel nacional.

### CONTEXTO

Con la finalidad de afrontar el empeoramiento de las condiciones económicas, en la década de los 80 Ghana liberalizó su sector sanitario, como parte de un plan más amplio de reformas estructurales. La liberalización condujo al afloramiento masivo de proveedores privados en la atención sanitaria que, junto con la introducción de cobros para cubrir parte de los costos de los servicios gubernamentales, conllevó un fuerte descenso del uso de los servicios de salud, especialmente entre los más pobres. La población sufrió las consecuencias del pago por servicios de su propio bolsillo, provocando a menudo la ruina financiera. Esta situación llevó al país a definir estrategias para tratar de invertir esta tendencia, lo cual conllevó una disminución del pago directo respecto al gasto sanitario total. El proceso comenzó con las exenciones de los cobros a los usuarios para enfermedades como la lepra y la tuberculosis, así como para la inmunización y la atención prenatal, eximiendo también a las personas con ingresos sumamente bajos de cargos.

### MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

La creación del NHIS originó un acuerdo en el mercado interno en el que la prestación y la compra de los servicios de salud se prestan a través de diferentes plataformas. Con el fin de asegurar la aplicación de una política nacional de seguridad social que garantizara el acceso a los servicios básicos de salud para todos los residentes, se creó la Autoridad Nacional del Seguro de Salud (NHIA, por sus siglas en inglés). La NHIA regula los sistemas de seguro mutuo de salud y planes a nivel de distrito, así como otros esquemas permitidos a nivel legislativo, acredita a los proveedores, y generalmente supervisa e informa acerca de las operaciones del sistema nacional de salud. La NHIA adquiere los servicios de salud para los asegurados mientras que las instituciones sanitarias como hospitales, clínicas y centros de salud se hacen cargo de la prestación de servicios. En principio, la NHIA representa al público y asegura que recibe los paquetes de beneficios sanitarios requeridos especificados en el protocolo de seguros. Tan sólo cuando un miembro registrado en el esquema se convierte en un paciente que el contacto con el proveedor se inicia.

## LECCIONES APRENDIDAS

Los resultados muestran que el sistema de financiamiento de la atención de salud de Ghana es progresivo, impulsado en gran medida por la progresividad de los impuestos. La tasa nacional de seguro de salud (que es parte del IVA) es ligeramente progresivo mientras que las contribuciones del seguro por parte del sector informal son regresivos. La distribución de los beneficios totales de los servicios de salud tanto públicos como privados es pro-rico. Sin embargo, a nivel de distrito, en el sector público la atención hospitalaria es favorable a los pobres y los beneficios de los servicios de salud de nivel primario se distribuyen de manera relativamente uniforme.

Para mejorar la equidad en el sistema actual de salud de Ghana y promover la meta de lograr la cobertura universal establecido por el gobierno y otras partes interesadas, es preciso medir no sólo el grado de progresividad de los mecanismos existentes de financiación en la atención sanitaria, sino también determinar quién se beneficia de la prestación de la atención en salud en relación con la necesidades en Ghana. Esto ayudará a establecer la carga de la financiación relativa a los pobres frente a los ricos, así como la distribución de los beneficios de ambos servicios de salud públicos y privados en el país.

## RETOS

Si Ghana quiere alcanzar la cobertura universal, es esencial reducir los pagos directos de bolsillo, los cuales siguen representando la mayor parte de la financiación sanitaria, identificar maneras de proporcionar protección financiera para los que están fuera del sector formal en el marco nacional de seguro de salud, y hacer frente a las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud que contribuyen a las desigualdades en la distribución de los beneficios de servicios de salud.

Por el momento, cada uno de los planes provinciales de mutuales de seguros que conforman el sistema nacional constituye un grupo diferenciado de riesgo. La fragmentación es, por lo tanto, un problema persistente, así como la sostenibilidad del sistema.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [OMS. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. Ginebra 2013.](#)
- ✓ [OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La Financiación de los Sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra, 2010.](#)
- ✓ [J. Kutzin, C. Cashin et M. Jakab. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. WHO Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark 2010.](#)
- ✓ [World Health Organization, 2010 Technical Brief Series](#)
- ✓ [GUY CARRIN. Switzerland Health systems Policy, Finance and Organization. World Health Organization. Geneva 2009.](#)

## WEBSITES

- ✓ [http://www.who.int/health\\_financing/tools/en/](http://www.who.int/health_financing/tools/en/)
- ✓ [http://www.who.int/health\\_financing/documents/list/en/index2.html](http://www.who.int/health_financing/documents/list/en/index2.html)
- ✓ <http://www.socialhealthprotection.org/>
- ✓ <http://p4h-network.net/>
- ✓ <http://www1.paho.org/english/DPM/SHD/HP/finfisco7-presdocs.htm#session6>
- ✓ [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4174%3Apublicaciones-documentos&catid=1932%3Asocial-protection&Itemid=2075&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4174%3Apublicaciones-documentos&catid=1932%3Asocial-protection&Itemid=2075&lang=es)

## 4.4 INFRESTRUCTURAS Y LOGÍSTICA

### CONCEPTO/RACIONAL

El [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU](#) estableció que la disponibilidad de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, se encuentra entre los elementos que debe incluir el derecho a la salud.

La distribución equitativa de la [infraestructura sanitaria](#), incluyendo el equipamiento médico, asegurar que hay suficientes centros de salud apropiados al alcance de la población, acceso al agua y saneamiento, transporte y comunicación adecuados y el mantenimiento, es fundamental para mejorar el acceso a servicios de salud de toda la población, contribuir a mejorar el nivel resolutivo de los servicios sanitarios y asegurar la calidad de la atención sanitaria.

La [logística](#) y las comunicaciones son también esenciales para la organización de la provisión de servicios en los diferentes niveles de atención, las referencias de pacientes de un nivel a otro, la gestión descentralizada, el diagnóstico precoz, el aprovisionamiento de productos farmacéuticos, el sistema de información sanitaria, o la reacción a contingencias sanitarias. El uso de las tecnologías de la información y la telemedicina ofrece muchas posibilidades para reforzar todos estos aspectos.

El desarrollo de tecnologías sanitarias sigue siendo un motor de la expansión de los sistemas de salud tal y como indica la [Guía de TICs de Salud de la AECID](#). Está transformando la prestación de asistencia sanitaria en los entornos de atención primaria, al tiempo que, sobre todo en los países de ingresos medios, está propiciando una ampliación de la infraestructura hospitalaria.

La infraestructura sanitaria y la logística implican decisiones acerca de la inversión, incluyendo un presupuesto detallado con precios y aspectos relacionados con el aprovisionamiento y teniendo en cuenta las implicaciones de la inversión en instalaciones, transporte o tecnologías referentes a los costos recurrentes, los niveles de dotación de personal, las competencias necesarias y los sistemas de mantenimiento.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

La organización de la atención sanitaria está adoptando la forma de «[redes de prestación integrada de servicios](#)»<sup>112</sup>, que se organizan como redes de proveedores de atención primaria próximas al cliente - públicas, privadas o mixtas respaldadas por hospitales y servicios especializados de mayor capacidad resolutive. Estas redes se responsabilizan de la salud de una población definida, ofreciendo servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de la morbilidad, rehabilitación y asistencia paliativa. Integran programas centrados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, así como servicios de salud a título individual y un enfoque de salud pública<sup>113</sup>. Las modalidades de organización de esas redes difieren de un país a otro.

Un elemento común, sin embargo, es la creciente toma de conciencia, tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos, de que la eficacia, la sostenibilidad y la capacidad de respuesta a las expectativas de la población exigen cambios orientados hacia la atención primaria centrada en las personas como puerta de entrada al sistema de salud. Los países que están avanzando en esa dirección procuran facilitar el acceso a una atención eficaz y favorecer la integración de una amplia gama de intervenciones y la coordinación de la atención, con un sistema de referencia funcional y vínculos entre los diferentes niveles atención y tipos de proveedores, incluyendo los hospitales y la continuidad de la atención entre establecimientos de atención.

La distribución de la Red de Servicios de Salud, debe adaptarse a las características propias de cada territorio, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ Demografía
- ✓ Situación de salud (perfil epidemiológico, determinantes de la salud, los riesgos a la salud y la respuesta social organizada)
- ✓ Accesibilidad geográfica, poblacional, cultural, idioma, género, económica, etc.
- ✓ Articulación de la red de establecimientos de salud por capacidad resolutive y complejidad cuyo elemento crítico es el recurso humano

El gráfico siguiente muestra un posible modelo de mapear la planificación en la ubicación de servicios sanitarios en el primer nivel de atención.

Gráfico 33. Ordenamiento de territorio por municipio, CS, PS



Fuente: Modelo de atención integral de salud<sup>114</sup>

La descentralización de los servicios de atención sanitaria ha contribuido a una mayor distribución equitativa de los centros de salud y al aumento de la capacidad de respuesta de los centros de salud a las necesidades locales. Un ejemplo de esto puede verse en el [Modelo Integral de Salud de Guatemala/ Perú / Bolivia](#). No obstante, la disponibilidad de infraestructuras en países con recursos limitados es muy limitada. A nivel hospitalario, en la Región de África, por ejemplo, existen 10 camas por cada 10.000 habitantes, frente a las 63 en la Región de Europa.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

- ✓ [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): línea estratégica relativa al fortalecimiento integral de los sistemas de salud y las capacidades institucionales, garantizando sistemas de calidad y equitativos como eje fundamental de nuestras acciones de cooperación en salud.
- ✓ [AECID. Guía de la Cooperación Española para la integración de las TIC en las intervenciones en salud de la cooperación para el desarrollo, Madrid 2012.](#)

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### **Unión Europea**

- ✓ [Evaluación de Tecnologías Sanitarias \(ETESA\)](#)
- ✓ [Proyecto ECHIM](#) de la UE, incluye a Estados Miembros de la UE, Eurostat, OCDE y la OMS, en un esfuerzo en el desarrollo e implementación de un sistema de información sanitaria en la UE, con indicadores sobre infraestructuras sanitarias, entre otros.
- ✓ [European Commission. European countries on their journey towards national eHealth infrastructures. eHealth Strategies Report, January 2011.](#)

### **Nivel Internacional**

- ✓ En consonancia con la [resolución WHA60.29 de la Asamblea Mundial de la Salud \(2007\)](#), referente a las tecnologías sanitarias, en el [Primer Foro Mundial sobre dispositivos médicos \(Bangkok, 2010\)](#), se identificaron diversas prioridades para mejorar la disponibilidad y el uso de los dispositivos médicos.
- ✓ [Resolución WHA64.13 sobre Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Tendencias actuales y retos. Informe de la Secretaría \(2010\).](#)
- ✓ [Resolución CSP28.R9 \(2012\) de la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud.](#)
- ✓ [10.ª reunión de Health Technology Assessment \(HTA\) internacional \(Seúl, junio de 2013\).](#)
- ✓ [Informe de la Secretaría A67/33 \(2014\). Evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias en apoyo de la cobertura sanitaria universal.](#)

## ELEMENTOS CLAVE

### **Infraestructura básica y necesidades logísticas**

#### ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA<sup>115</sup>

La ubicación de un centro de atención primaria de salud debería encontrarse a una *distancia de 5 kilómetros de la población de referencia o una hora andando*.

Sin embargo, en el caso de una emergencia, la falta de una ambulancia o transporte ya sea público o privado, suficientes medios económicos, una buena infraestructura de transporte, sistemas de salud con atención de urgencias continua o medios de transporte medicalizados, puede poner en riesgo la vida del paciente.

Con el fin de planificar eficazmente la infraestructura sanitaria adecuada, el primer paso es conocer la distribución geográfica, demográfica y epidemiológica así como las tendencias poblacionales tal y como se mencionó en el apartado anterior. En segundo lugar, la planificación de la infraestructura requiere también analizar de que forma la información acerca de las necesidades en salud se traduce en la definición de un paquete integral de servicios de salud y la distribución de servicios por niveles de atención. En tercer lugar, la información mencionada deberá proporcionar su número y distribución, y guiar los planes de inversión a largo plazo para el desarrollo, mantenimiento y actualización de la infraestructura sanitaria y las instalaciones relacionadas.

Dicha información ayudará a definir el número de centros de salud, su ubicación, y el volumen de consultas externas, partos, hospitalizaciones y servicios auxiliares. También informará acerca del tamaño del primer hospital de referencia, la mejor ubicación (a fin de cubrir toda la población de referencia -en aproximadamente- menos de 100 km/5 horas y/o 50% del ingreso mensual), los servicios y equipos necesarios.

Otro de los indicadores utilizados para analizar la disponibilidad de servicios hospitalarios, es la densidad de camas hospitalarias en relación con el total de la población. En general, las estadísticas proceden de registros administrativos sistemáticos, aunque en algunos entornos sólo se incluyen las camas del sector público.

Para el primer nivel de referencia, el objetivo sería disponer de un hospital que ofrece cirugía general, cirugía obstétrica, medicina interna y pediatría, por cada 100.000 habitantes; no obstante se trata únicamente de una regla empírica.

La tabla siguiente muestra los [indicadores definidos por la OMS](#) (Junio 2012) para medir el grado de infraestructuras sanitarias disponibles<sup>16</sup>.

Tabla 11. Indicadores sobre necesidades de infraestructura sanitaria y utilización de servicios

PILARES	DEFINICIÓN	INDICADOR	META	PUNTUACIÓN
<b>INFRAESTRUCTURA SANITARIA</b>				<b>P=N/META</b>
Servicios	Acceso a consultas externas	Nº/10 000 hab.	2	N/2 * 100
Camas hospitalarias	Acceso a servicios de admisión incluyendo pediatría y excluyendo maternidad	Nº/10 000 hab.	25	N/25 * 100
Camas para maternidad	Acceso a servicios de parto (80% ocupación, 3 días estancia)	Nº/1000 embarazadas.	10	N/10 * 100
<b>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS</b>				
Utilización	Visitas	Visitas consultas ext. persona/año	5	N/5 * 100
Utilización	Altas Hosp. excluyendo partos	Altas/100/año	10	N/10 * 100

Fuente: OMS. SARA Service Availability Indicators 2012

En cada establecimiento de salud, se debe prestar atención además a su impacto ecológico y el uso de energías limpias. En zonas remotas, los planes de infraestructura deben considerar asimismo, la pertinencia de contar con instalaciones para alojamiento de los profesionales de la salud que provienen de otras áreas.

## PLANES DE INVERSIÓN

La disponibilidad de infraestructuras y de una logística adecuadas exigen planes de inversión plurianuales pertinentes, vinculados a la formación, el mantenimiento y la investigación, así como un marco de gastos a mediano plazo suficiente y previsible. Uno de los problemas existentes actualmente en muchos países en relación a las inversiones, es la gran fragmentación en el ámbito sanitario y la falta de apoyo alineado, de manera que las inversiones se realizan en paralelo sin tener en cuenta ningún plan estratégico que sea sostenible.

Las *infraestructuras sanitarias* requieren un nivel mínimo de equipamiento para permitir un diagnóstico y tratamiento adecuados de las condiciones determinadas en el paquete integral de atención sanitaria. Aunque puede variar de acuerdo a la organización de los servicios de salud por niveles de atención y la delegación de tareas a personal me-

nos cualificado (“[task shifing](#)”), se debe contar con un número mínimo de camas, cunas, camillas, camas quirúrgicas y de maternidad, sillas de ruedas y mobiliario adecuado, entre otro material médico. Para un distrito de 100.000 habitantes, estas necesidades pueden estar alrededor de 50.000 \$ USD.

La atención médica de calidad requerirá equipamiento para el diagnóstico (examen físico, técnicas de imagen y los medios de laboratorio) y tratamiento (procedimientos quirúrgicos de mayor y menor complejidad, la anestesia y monitoreo de signos vitales, cuidados intensivos y la atención al parto). El uso de tecnología apropiada puede reducir los costos de inversión, costos de mantenimiento y la dependencia.

Una tecnología simplificada de bajo costo puede representar equipos de rayos X por <100.000 \$ USD, cuidados intensivos básicos incluyendo generadores de oxígeno <100.000 \$ USD, técnicas de imagen por ultrasonidos polivalentes por <10.000, equipo quirúrgico y anestésico por <50.000 \$ USD, equipamiento para el monitoreo y la atención al parto por <50.000 \$ USD y equipamiento básico de microscopia, centrífuga, suturas y serología por <20.000 \$ USD.

El equipamiento destinado a salvar vidas mediante intervenciones obstétricas, cierto nivel de cuidados intensivos y procedimientos quirúrgicos, tendrá que ser planificado a nivel de los centros de salud. Algunas de las técnicas de imagen y de laboratorio, incluso en centros remotos que carecen de suministro de energía, pueden ser apropiadas y útiles para un diagnóstico temprano y el manejo o referencia adecuada de casos. De una forma muy indicativa, se estima una inversión aproximada de unos 500.000 \$ USD necesaria para el equipamiento a nivel de distrito y niveles más bajos de atención, para una población de unas 100.000 personas.

Es preciso estimar una cantidad similar para el ***mantenimiento y los costos recurrentes*** (reactivos, energía, productos médicos) para el mismo período. Dado que, en promedio, dicho equipamiento puede durar unos 10 años mediante un adecuado mantenimiento, la inversión promedio por año sería de 100.000 \$ USD es decir, ***1 \$ USD/ persona y año***.

En cuanto a la ***logística y la comunicación***, estas necesidades varían también según el ámbito de la organización de la prestación de servicios por niveles de atención, y la delegación de responsabilidades (“[task shifing](#)”) establecidos. El ***transporte*** es necesario para las funciones de mantenimiento y suministro, la supervisión y la coordinación, y para las referencias de emergencia de pacientes de los centros de salud al nivel de hospital de distrito/nivel de primera línea, y de éste al hospital de referencia. Dependiendo de la densidad y la dispersión de la población, tales medios de transporte pueden suponer alrededor de 150 a 200.000 \$ USD con una vida útil y costos de mantenimiento similares al equipamiento, por lo tanto, unos ***0,2 \$ USD persona y año***.

Los costos para abastecer cada centro y departamento del hospital de distrito de teléfonos celulares y computadoras para un distrito de 100.000 personas, representaría unos 25.000 \$ USD, con implicaciones similares de vida útil y mantenimiento, como se ha mencionado anteriormente respecto al equipamiento y el transporte, por lo tanto, unos **0,5 \$ USD/persona y día**.

Un elemento esencial para el funcionamiento de los sistemas de salud es el área de la *comunicación*. El desarrollo de las tecnologías de comunicación y el [establecimiento de infraestructuras para ciber salud](#) permite, en la mayoría de los casos, el uso de teléfonos celulares y de equipos de ordenadores para la aplicación de la [telemedicina](#) y gestión del conocimiento o el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, a través de la comunicación oral y la transmisión de datos e imágenes.

Los planes de inversión para construir o rehabilitar una infraestructura física adecuada de servicios de salud, requieren tener en cuenta que, en promedio, una inversión en cualquier establecimiento sanitario será igualada por su coste de mantenimiento durante su vida útil. Los materiales de construcción y los costos de construcción varían enormemente según los países. Un hospital de 2.000 m<sup>2</sup> y diez centros de salud de 200m<sup>2</sup> puede costar un promedio de un millón de euros, que se duplicaría si se planifican los costes de mantenimiento. Si el tiempo de vida útil de los edificios, antes de una renovación importante / reconstrucción, es de aproximadamente 20 años, el costo anual sería de 100.000 \$ USD, es decir, **1 \$/persona y año**.

Las estimaciones apuntan a una cifra muy aproximada de alrededor de **3 \$ USD/ persona y año** para cubrir las necesidades mínimas de *Infraestructuras y logística* en la primera línea de atención a nivel de centro de salud y nivel de distrito.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [Source: Health systems strengthening: Monitoring progress: Proposed indicators and data collection strategies. T Boerma, WHO 2007](#)
- ✓ [WHO. Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening. Service delivery. Geneva 2008](#)
- ✓ [USAID. Measuring the Impact of Health Systems Strengthening A Review of the Literature 2009.](#)
- ✓ [WHO. Creating a Master Health Facility List. Geneva 2012.](#)
- ✓ [WHO. Service Availability and Readiness Assessment \(SARA\) An annual monitoring system for service delivery| Reference Manual. Geneva 2013.](#)
- ✓ [WHO. Service Availability and Readiness Assessment \(SARA\) An annual monitoring system for service delivery| Implementation guide. Geneva 2013.](#)

- ✓ [WHO. Service Availability Mapping \(SAM\). Geneva](#)
- ✓ [USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1. Manual de logística: Guía práctica para la gerencia de cadenas de suministros de productos de salud. Arlington, 2011.](#)
- ✓ [Evaluación de Tecnologías Sanitarias \(ETS\)](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

La ETS es el proceso sistemático de valoración de las propiedades, los efectos y/o la los impactos de la tecnología sanitaria. Su finalidad principal es servir de apoyo a la formulación de políticas relativas a la tecnología sanitaria y, así, favorecer la adopción de nuevas tecnologías costo-efectivas y evitar las de dudoso valor para el sistema sanitario. Es uno de los tres componentes complementarios necesarios para garantizar la introducción y la utilización adecuadas de la tecnología sanitaria. Los otros dos componentes son: la reglamentación, que se ocupa de la seguridad y la eficacia; y la gestión, que se ocupa de la adquisición y el mantenimiento de la tecnología durante todo su ciclo de vida. El desempeño de los sistemas de salud se refuerza cuando los vínculos y el intercambio entre estos componentes están claramente diferenciados pero se apoyan mutuamente.

### CONTEXTO

El modelo de la ETS surgió en respuesta a las dudas que planteaba a las autoridades la difusión incontrolada de equipo médico, procedimientos médicos y quirúrgicos, y los sistemas organizativos y de apoyo de coste elevado dentro de los cuales se prestan cuidados de promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados prolongados. En Tailandia, la ETS fue evolucionando, pasando de ser una fuente de información técnica a tener una función transformadora en la toma de decisiones, según la cual la experiencia adquirida por el sector académico, los funcionarios de salud y las organizaciones de la sociedad civil fue útil, no sólo para mantener las estructuras existentes, sino también para mejorar los sistemas institucionales de ETS en el futuro

### MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

La evaluación de tecnologías sanitarias es realizada por grupos multidisciplinares utilizando marcos analíticos explícitos basados en diversos métodos. En los últimos decenios, la ETS se ha revelado como un modelo potente para la institucionalización de la toma de decisiones informadas sobre políticas de salud basada en pruebas científicas y adaptada al contexto. Las estrategias adecuadas de ETS permiten a los países en desarrollo y emergentes contextualizar los conocimientos mundiales, sustentar la toma de decisiones transparente y responsable, y fomentar la equidad sanitaria.

## LECCIONES APRENDIDAS

Al integrar la ETS en los recursos humanos y materiales, la información, la adopción de decisiones y la formulación de políticas transparentes, y vincularla a la visión global de equidad y responsabilidad se refuerzan los sistemas de salud. La naturaleza de la ETS, orientada a dar soporte a la toma de decisiones en políticas de salud y de servicios, exige una integración estrecha con el funcionamiento y la gobernanza de los sistemas de salud. Una buena gobernanza puede basarse en la evaluación de tecnologías sanitarias para formular un enfoque normativo cuyas decisiones puedan ser evaluadas por la población. Una buena gestión, la financiación y una colaboración eficaz con los asociados serán ingredientes esenciales para fortalecer la capacidad en materia de ETS.

## RETOS

Hay varias estrategias para superar los problemas y fomentar la evaluación de tecnologías sanitarias en los países en desarrollo y emergentes. En todas ellas se fomenta la adaptabilidad a los recursos y la capacidad disponibles. La posible utilización de centros de enlace para la ETS en un país en desarrollo o emergente dependerá de muchos factores, entre los que cabe mencionar una ubicación adecuada, la disponibilidad de recursos humanos y la capacidad organizativa. Para que la ETS sea útil para los países en desarrollo es necesario: (i) encontrar formas de reducir el coste de establecimiento y mantenimiento de las funciones y capacidades de la ETS; (ii) vincular mejor la ETS a las reformas de gobernanza e institucionales en los países en desarrollo para generar una demanda adecuada.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [WHO Monitoring and evaluation of health systems strengthening. Geneva, World Health Organization, 2010.](#)
- ✓ [WHO Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes WHO's framework for action. Geneva 2007.](#)
- ✓ [OMS Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, 2010](#)
- ✓ [USAID. Health Systems 20/20. 2012. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version 2.0.](#)
- ✓ [WHO. Measuring service availability and readiness. A health facility assessment methodology for monitoring health system strengthening. Service availability indicators WHO Geneva 2012.](#)
- ✓ [WHO. Bull World Health Organ 2012;90:395–397 | doi:10.2471/BLT.12.103770. Successful partnerships for international collaboration in e-health: the need for organized national infrastructures. Geneva 2012.](#)

### WEBSITES

- ✓ [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09\\_Table6.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf)
- ✓ [http://www.who.int/trade/distance\\_learning/gpgh/gpgh6/en/index4.html](http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh6/en/index4.html)
- ✓ [http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_indicators\\_questionnaire/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/)
- ✓ [http://www.who.int/gho/health\\_technologies/medical\\_devices/healthcare\\_infrastructure/en/](http://www.who.int/gho/health_technologies/medical_devices/healthcare_infrastructure/en/)

- ✓ [http://www.paho.org/hq./documents/events/nicaragua07/Sistemas Integrados Servicios Salud-Reynaldo Holder.pps.](http://www.paho.org/hq./documents/events/nicaragua07/Sistemas_Integrados_Servicios_Salud-Reynaldo_Holder.pps)
- ✓ [http://www.who.int/goe/publications/goe telemedicine 2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf)
- ✓ <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/LogisticayGestiondesuministroshumanitariosenelsectorsalud.pdf>
- ✓ [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243501369\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243501369_spa.pdf?ua=1)



# PROBLEMAS DE SALUD

5

Tabla 11. Problemas de salud prioritarios durante el ciclo de la vida

Problemas de Salud Prioritarios “ODMs plus”	Enfermedades Transmisibles	Enfermedades No Transmisibles	Salud Reproductiva	Salud Infantil y Nutrición
---	----------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------------

Los servicios de salud tienen que cubrir las necesidades de la población, las cuales varían en función de múltiples variables demográficas, geo-epidemiológicas y socioeconómicas. Las diferencias demográficas en los diversos países y contextos son constantes y, según el ciclo de vida, determinarán las necesidades relacionadas con la infancia y adolescencia, la salud reproductiva, la edad adulta y la vejez. El tipo de problemas de salud, variará según el contexto geo-epidemiológico - por ejemplo, la malaria en zonas endémicas- y socioeconómico -tasas mayores o menores de enfermedades infecciosas. No obstante, en general, las enfermedades infecciosas junto a los trastornos nutricionales son más frecuentes en los niños, mientras que las tasas de enfermedades no transmisibles aumentan con la edad y con estilos de vida sedentarios, especialmente por encima de los 60 años.

Los pacientes buscan atención según los síntomas que se superponen entre las patologías transmisibles y no transmisibles. Lo que es más relevante para el tipo de servicios requeridos, es su naturaleza aguda o crónica. Muchas enfermedades infecciosas son de naturaleza aguda y requieren tiempo de tratamiento y atención sanitaria corto, pero otras son recurrentes (malaria), subcrónicas (tuberculosis, lepra) o crónicas/permanente (VIH / SIDA), en términos del tratamiento requerido. Por otro lado las enfermedades no transmisibles son a menudo crónicas y requieren tratamiento o un seguimiento de por vida (por ejemplo, la diabetes, la hipertensión), otros pueden ser subcrónicos (por ejemplo el cáncer), recurrentes (asma, algunos trastornos de salud mental) o agudos (traumatismos).

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles abarcan asimismo una amplia gama de estrategias de salud pública para la promoción de la salud y prevención de enfermedades que van a tener repercusiones en el conjunto de la población. Abarcan desde vacunas para algunas infecciones de la infancia, a mosquiteros para la malaria o educación sobre el estilo de vida para el VIH / SIDA, en el caso de las enfermedades transmisibles o la dieta y estilos de vida, el cáncer y normativas de tráfico, en el caso de las no transmisibles.

En resumen, la diferenciación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, es teórica y su enfoque difiere de la prestación de servicios preventivos o curativos centrados en el paciente, que se presentó en su momento en el capítulo de “Principios” de esta guía. Aunque el marco que se presenta sea un poco simplista, esta sección pretende examinar los principales elementos de cuatro tipos diferenciados de condiciones de salud, la salud reproductiva antes (planificación familiar), durante (prenatal) y después (postnatal) del embarazo y durante el parto; la salud infantil, incluyendo la nutrición, inmunización y otros servicios preventivos, como mosquiteros tratados con insecticida,

y el acceso al tratamiento; las enfermedades agudas y emergencias; y las enfermedades crónicas.

No obstante, hay que tener en cuenta que la división en enfermedades transmisibles y no transmisibles no se corresponde con los tipos de servicios de salud que se ofrecen, sobretodo respecto al tratamiento.

## 5.1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

Las enfermedades infecciosas siguen teniendo un impacto considerable en la salud de las poblaciones de todo el mundo, ya sea debido a episodios agudos de enfermedades endémicas como la malaria o epidemias a nivel local o mundial (cólera, virus del Ebola), procesos crónicos (infección por el VIH) o la amenaza de bacterias resistentes (tuberculosis) y el reto de afrontar patógenos emergentes recientemente identificados. Todo ello conlleva la necesidad de nuevos métodos para detectar este tipo de patógenos, para entender su patogénesis, y para diseñar intervenciones efectivas para su prevención y control.

Las enfermedades infecciosas representan la segunda causa de muerte a nivel mundial después de las afecciones cardíacas y son responsables de un número mayor de muertes que el cáncer.

Según datos publicados por la OMS en 2012, las enfermedades infecciosas (incluyendo parásitos) fueron responsables de la muerte de más de 8,7 millones de personas en todo el mundo en 2008. La mayoría de estas muertes se produjeron entre personas pobres que viven en países de bajos y medianos ingresos y 2/3 en niños menores de cinco años de edad. Dichas enfermedades provocan además una elevada carga de morbilidad con discapacidades de por vida.

No sólo las condiciones ecológicas del agua, los alimentos, el aire o el control de vectores van a determinar el grado de transmisión del agente causal (virus, bacterias, hongos o parásitos) sino también la situación socio-económica de la población y sus condiciones de vida (vivienda, acceso a agua potable y saneamiento e higiene, entornos poco salubres, etc.). Mientras que en los países de bajos y medianos ingresos las enfermedades infecciosas representan 6 (38%) y 5 (24%) de cada 10 causas de muerte respectivamente, en los países de ingresos elevados tan solo llegan a 1 de cada 10 (4%); África subsahariana presenta una gran carga de morbi-mortalidad.

Se ha introducido el término “*enfermedades infecciosas de la pobreza*” (IDoP en inglés) para describir un número de enfermedades que son más prevalentes entre poblaciones pobres, incluyendo aparte de la TB, malaria y VIH/SIDA, un grupo de enfermedades tropicales desatendidas.

No obstante, el patrón epidemiológico está cambiando y los países de bajos ingresos, han pasado de una elevada carga de enfermedad debida a las enfermedades transmisibles (ETs) a la aparición de infecciones emergentes junto a una prevalencia cada vez mayor de enfermedades no transmisibles. Todo ello conlleva un cambio en las políticas de salud pública en estos países, teniendo en cuenta un enfoque social de los determinantes de la salud.

La lucha contra las enfermedades transmisibles requiere un buen sistema de [vigilancia epidemiológica](#), medidas de [prevención](#) oportunas y, en su caso, la investigación de brotes epidémicos e instauración de medidas de control. Para el desarrollo y fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades transmisibles y una respuesta adecuada a nivel nacional es esencial un compromiso a largo plazo de los recursos humanos, financieros y materiales. Esta inversión empieza idealmente con una revisión sistemática de las prioridades nacionales de vigilancia. Los servicios de salud deberán contar además con protocolos basados en la evidencia para el diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria por niveles de atención, para aumentar la eficacia de la respuesta. El período desde el inicio de una emergencia a la detección y respuesta del sistema de salud, medirán su capacidad y nivel de ejecución. Las tasas de incidencia y ataque, y las tasas de mortalidad y letalidad medirán la calidad de la atención y eficacia de la respuesta.

De entre las enfermedades transmisibles, a nivel mundial se ha priorizado justamente el apoyo al SIDA, la TB y malaria, que forman parte del [ODM 6](#), desencadenándose múltiples iniciativas globales específicas para estas enfermedades tales como el Fondo Mundial para el SIDA, TB y malaria, en ocasiones llegando a distorsionar los sistemas de salud a nivel local.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

1. [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): el enfoque acerca sobre las enfermedades transmisibles se definen en las dos primeras líneas estratégicas del PAS que incluye el *fortalecimiento integral de los sistemas de salud y dar impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en los sistemas de salud* con el fin de para disminuir los costes de transacción de las intervenciones en salud evitando la fragmentación y asegurar también la sostenibilidad y el enfoque de equidad de nuestra cooperación en salud.

- ✓ La AECID ha dado apoyo a programas de control de las enfermedades transmisibles de la OMS, ONGDs y actividades de investigación a través del [DNDi \(Drugs for Neglected diseases\)](#).
- ✓ Convenio con ISGlobal por medio de la Fundación Clínic por el cual para apoyar su [Plataforma para el Abordaje Integral de la Enfermedad de Chagas en Bolivia](#) y la AECID fue el principal socio y financiador del trabajo de ISGlobal en la erradicación del Chagas en poblaciones vulnerables de América Latina.
- ✓ En cuanto al VIH/SIDA, la AECID ha venido apoyando al [Fondo Mundial para el SIDA, TB y Malaria, ONUSIDA](#) en el Programa regional de VIH/Sida en Latinoamérica y la [Alianza ESTHER](#), conformada por el M<sup>o</sup> de Sanidad, Servicios Sociales y Equidad y Hospitales de 8 Comunidades Autónomas para capacitación de profesionales de América Latina en VIH/SIDA.
- ✓ Apoyo al [TDR](#), Programa especial para la Investigación y Formación en Enfermedades tropicales liderado por la OMS y cofinanciado por UNICEF, UNDP, el Banco Mundial y la OMS.
- ✓ Fondos globales para la innovación en enfermedades desatendidas: G-FINDER. La AECID ha venido participando en las encuestas [G-FINDER](#) sobre la inversión global, en investigación y desarrollo (I+D) de nuevos productos farmacéuticos para enfermedades desatendidas, y tendencias y patrones de los datos globales obtenidos por G-FINDER a lo largo de los cuatro años.

### **Unión Europea**

- ✓ [Comunicación y conclusiones del Consejo Europeo sobre “El papel de la UE en la Salud Global”](#): papel central de la UE en la aceleración del progreso hacia los retos sanitarios mundiales, incluyendo los ODM de salud y las enfermedades no transmisibles, a través de su compromiso de proteger y promover el derecho de toda persona de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. COM (2010) 128, Bruselas.
- ✓ [Prioridades del European and Developing Countries Clinical Trials Partnership-EDCTP sobre las enfermedades infecciosas desatendidas- TDR 2014](#).
- ✓ [Estrategias del European Centre for Disease Prevention and Control](#).

## Unión Europea

- ✓ Resoluciones recientes de la Asamblea Mundial de la Salud sobre enfermedades transmisibles:
  - [Resolución WHA 67/62 Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015](#)
  - [Resolución WHA 67.16 sobre Hepatitis. Mejora de la salud de los pacientes con hepatitis víricas](#)
  - [WHA65.17 Plan de acción mundial sobre vacunas](#)
  - [WHA65.18 Semana Mundial de la Inmunización](#)
  - [Resolución WHA66.12 Enfermedades tropicales desatendidas](#)
  - [WHA65.21 Eliminación de la esquistosomiasis](#)
  - [WHA64.1 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\)](#)
  - [WHA64.5 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios](#)
  - [WHA64.15 Mecanismo para el control y la prevención del cólera](#)
  - [WHA64.16 Erradicación de la dracunculosis](#)
  - [WHA64.17 Paludismo](#)
  - [WHA64.24 Agua potable, saneamiento y salud](#)
  - [Resoluciones últimos 15 años de la AMS en Chagas, Dracunculosis, úlcera de Buruli, Dengue, Tripanosomiasis Humana Africana, leishmaniasis, Onco-cercosis, Esquistosomiasis](#)
  - [WHA63.20 Enfermedad de Chagas: control y eliminación: llamamiento a la resolución CD49.R19 adoptada por el 49º Consejo Directivo de la OPS en 2009.](#)
- ✓ [Plan Mundial para combatir las enfermedades tropicales desatendidas 2008–2015.OMS, Ginebra.](#)
- ✓ [OPS/ ACIDI/CIDA. Planes de Acción Integrados para la Prevención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas](#)
- ✓ [Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/SIDA para 2011-2015](#)
- ✓ [Estrategia 2011-2015 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida \(ONUSIDA\). Llegar a Cero.](#)
- ✓ [Plan de acción mundial sobre el Paludismo. Para un mundo sin Paludismo. Roll Back Malaria Partnership.](#)
- ✓ [Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos. OMS 2001](#)
- ✓ [Programa Integrado de Vigilancia de Enfermedades \(IDS\)](#)
- ✓ [Red Mundial de Alerta y Respuesta a Epidemias \(GOARN- The Global Outbreak Alert and Response Network\)](#)
- ✓ [Plan estratégico 2012-2017 del TDR – Marcando la diferencia](#)
- ✓ [Cumbre 36 G8 – Muskoka, Canada, Junio 2010 G8 Declaración de Muskoka](#)

- ✓ [Cumbre 35 G8 – L’Aquila, Italia, Julio 2009 Declaración líderes G8](#): Liderazgo responsable para un futuro sostenible: mención particular a la prevención e integración de servicios de VIH/TB, junto a acciones para combatir la TB y la malaria, la expansión de las enfermedades tropicales desatendidas, la erradicación de la polio y mejorar el monitoreo de las enfermedades infecciosas emergentes.
- ✓ [Cumbre 34 G8 – Toyako, Japón, Julio 2008: Informe del Grupo de Expertos en Salud G8](#) para revisar y recomendar métodos para combatir las enfermedades infecciosas.
- ✓ [Centros de Control y Prevención de las Enfermedades Transmisibles](#)

## PRINCIPALES CAUSAS DE LA CARGA DE ENFERMEDAD

El resurgimiento y emergencia de las enfermedades transmisibles cuestiona las políticas de salud pública. El análisis de las causas atribuidas a las ETs abarca desde el enfoque social de los determinantes de la salud al paradigma biomédico considerando los vectores y mecanismos de transmisión. Intensificar la investigación sobre sus causas y cómo y prevenirlas y tratarlas con eficacia, podría tener un enorme impacto en los esfuerzos para el control de las enfermedades transmisibles.

El aumento de los movimientos poblacionales, la expansión del comercio internacional de productos alimenticios y de medicamentos biológicos, los cambios sociales y ambientales relacionados con la urbanización y la deforestación, son todas manifestaciones de una naturaleza rápidamente cambiante del mundo en que vivimos. Además, la rápida adaptación de los microorganismos, que ha facilitado el resurgimiento de algunas enfermedades transmisibles y la aparición de otras nuevas, y la evolución de la resistencia antimicrobiana, condiciona el hecho de que los tratamientos curativos para una amplia gama de infecciones parasitarias, bacterianas y virales se hayan vuelto menos eficaces. Se estima por ejemplo, que en 2012 se produjeron 450.000 casos de [tuberculosis resistente-TBMR](#), y, en muchos casos, las opciones terapéuticas de la TB-MR son escasas y caras, y los medicamentos recomendados no siempre están disponibles o pueden tener numerosos efectos adversos. La [infección por el VIH](#) es el principal factor de riesgo de padecer una tuberculosis activa.

Se calcula que, en 2012, casi la mitad de la población mundial corría el riesgo de contraer la malaria, lo que representa 3400 millones de personas.

Las [causas de mortalidad por enfermedades transmisibles](#) a nivel mundial difieren en países de bajos, medianos y altos ingresos. El cuadro siguiente muestra datos de la OMS de 2012

Tabla 12. Distribución de las 10 causas principales de defunción por enfermedades infecciosas en el mundo 2012

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Países de Bajos Ingresos	Países Ingresos Mediano Bajo	Países Ingresos Mediano Alto	Países de Altos Ingresos
<b>Infecciones respiratorias tracto inferior</b>	1ª causa (11%) 91/100.000	3ª causa (7%) 53/100.000	6ª causa mort. 23/100.000	6ª causa mort. 31/100.000
<b>VIH/SIDA</b>	2ª causa (8%) 65/100.000	7ª causa (2,7%) 23/100.000	-	-
<b>Enfermedades Diarreicas</b>	3ª causa (8%) 53/100.000	5ª causa (4%) 37/100.000	-	-
<b>Paludismo</b>	6ª causa (5%) 53/100.000	-	-	-
<b>Tuberculosis</b>	8ª causa (3%) 31/100.000	9ª causa (2,4%) 21/100.000	-	-
<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b>	-	4ª causa (7%) 52/100.000	3ª causa mort. 50/100.000	5ª causa (31%) 31/100.000

(-) No se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte

Fuente: OMS 2012.

Las [enfermedades tropicales desatendidas](#) (ETDs) todavía afectan a más de mil millones de personas, debilitando a las poblaciones empobrecidas. Durante 2011, 728 millones de personas de todo el mundo fueron tratadas de al menos una ETD mediante quimioprofilaxis. El número de casos declarados de [tripanosomiasis humana africana](#) se redujo a menos de 10 000 en 2009, la cifra más baja de los últimos 50 años y en 2013, por vez primera, se dieron menos de 150 casos de [dracunculosis](#). En la actualidad, se ha eliminado la [lepra](#) como problema de salud pública en 119 de los 122 países en los que era endémica. En el caso del [dengue](#), que es la infección vírica que más rápidamente está aumentando en el mundo, se estima que la población expuesta supera los 2500 millones de personas.

Por su parte, la reciente epidemia de [ébola](#), en África occidental, según datos de la OMS, hasta el 8 de octubre 2014, registró un total de 8.000 casos y 3.866 fallecimientos, dos de ellos en el Estado Español.

## PAQUETES BÁSICOS

El trabajo para superar el impacto de las enfermedades tropicales desatendidas representa una oportunidad en gran medida sin explotar para mitigar la pobreza de muchas poblaciones y por lo tanto obtener un impacto directo en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como así como el cumplimiento de la misión de la OMS: garantizar la consecución del más alto nivel posible de salud como un derecho humano fundamental de todos los pueblos.

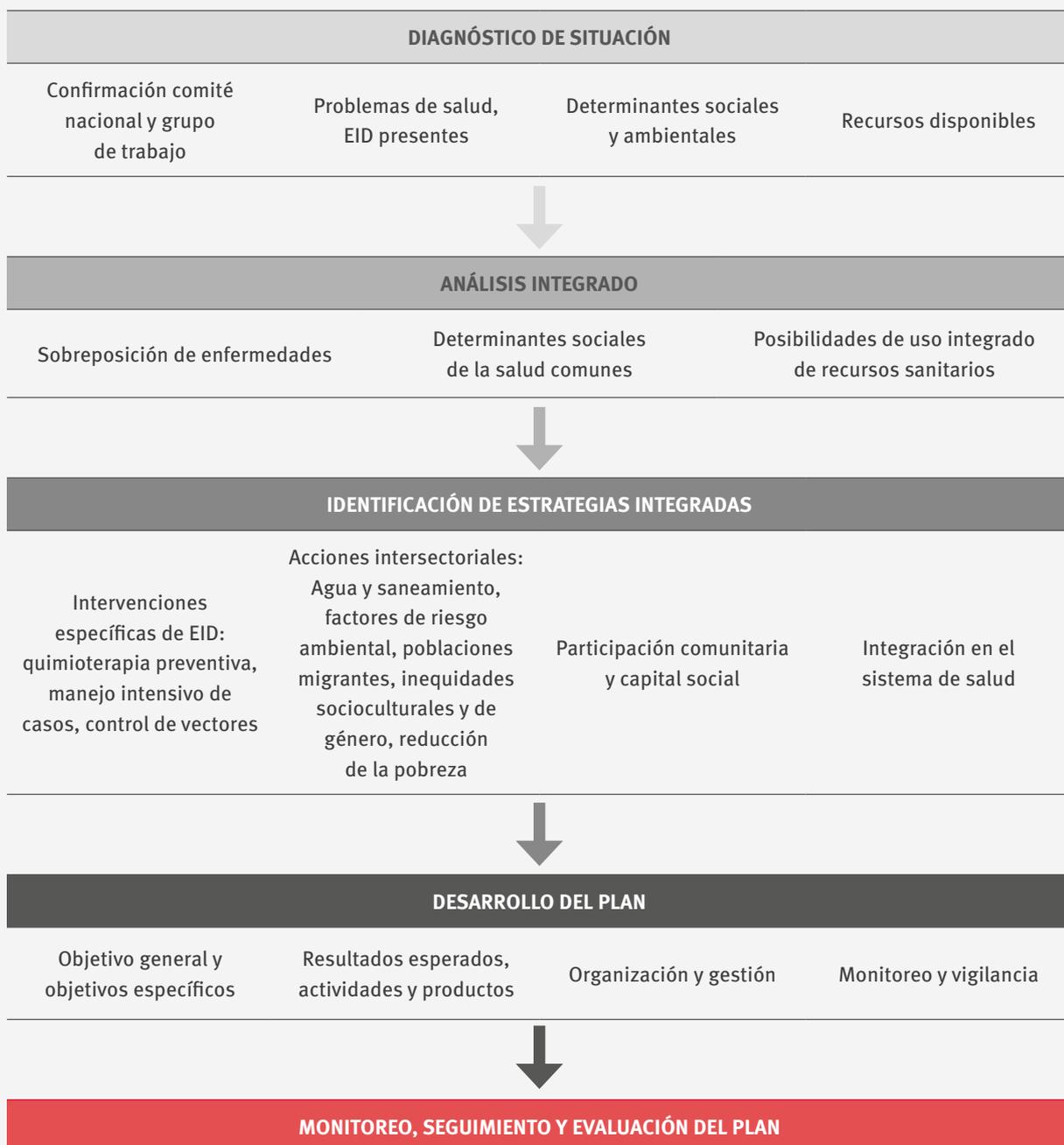
En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició un cambio de paradigma en el control y la eliminación de un grupo de enfermedades infecciosas desatendidas (EID) que implicaron un cambio estratégico importante, desde un enfoque tradicional centrado en las enfermedades a uno que respondiera a las necesidades de salud de las comunidades marginadas. El nuevo enfoque abarca intervenciones integradas basadas en herramientas para el control de las enfermedades infecciosas desatendidas. Aunque muchas de las EIDs tienen una línea estratégica predominante para su control, prácticamente todas las EID requerirán de la combinación de las cinco estrategias en mención para lograr su control definitivo.

La OMS recomienda cinco estrategias para la prevención y control de las EIDs: (i) [quimioterapia preventiva](#); (ii) [fortalecimiento del manejo de casos](#); (iii) [control de vectores](#); (iv) suministro de agua potable, saneamiento e higiene; y (v) [salud pública veterinaria](#).

El marco estratégico de actuación para dicha integración implica un proceso de coordinación para aunar esfuerzos (planificación, implementación, monitoreo, evaluación y retroalimentación) entre los programas de salud pública que tienen como foco las EID y otros programas o plataformas en salud que llegan a los mismos grupos de población o áreas geográficas en las que hay presencia de estas enfermedades (atención primaria en salud, [programa de inmunizaciones](#), estrategia para la [Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI](#), programas de nutrición, [programas de lucha contra la tuberculosis, programas de lucha contra la malaria](#) y otras [enfermedades transmitidas por vectores](#), entre otros), así como con programas, estrategias e iniciativas en desarrollo e implementación por otros sectores, que llegan a esos mismos grupos poblacionales o áreas geográficas, y que adicionalmente tienen impacto en los determinantes sociales de la salud relacionados con las EID (educación – incluyendo “escuelas saludables”, vivienda, obras públicas, agricultura, ambiente, agua y saneamiento, etc.). Los

[programas de prevención y control](#) que se incluyan en las políticas y presupuestos a nivel local en muchos países endémicos deben basarse en la evidencia y contemplar pues, un abordaje más global y exhaustivo que incluya aquellos factores que causan y mantienen las EIDs más allá del ámbito de acción del sector salud, considerando los [determinantes de la salud](#). El gráfico siguiente muestra las diferentes etapas y componentes de un plan de acción integrado.

Gráfico 34. Ruta para el diseño de planes de acción integrados para la prevención, control y eliminación de las EIDs



Fuente: Elaborado por el Programa Regional de EID de OPS, 2000

## HERRAMIENTAS

- ✓ [Guía para el desarrollo de planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. OPSWashington 2011](#)
- ✓ [Protocolo para Evaluar los Sistemas Nacionales de Vigilancia y Respuesta frente a las Enfermedades Transmisibles WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2](#)
- ✓ [Control de las Enfermedades Transmisibles en emergencias: manual de terreno editado por M. A. Connolly. WHO/CDS/2005.27 Ginebra 2005.](#)
- ✓ La OMS en alianza con USAID y el Instituto Research Triangle International (RTI) ha desarrollado una [herramienta basada en Excel para hacer el costeo detallado del plan de acción integrada para las EID en un país o nivel local.](#)
- ✓ [Respuesta y Alerta Epidémica y Pandémica Sistemas de vigilancia y respuesta a enfermedades transmisibles. Una guía para la planificación WHO/CDS/EPR/LYO/2006.1](#)
- ✓ [Estableciendo prioridades en la vigilancia de enfermedades transmisibles. WHO/CDS/EPR/LYO/2006.3](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Coordinación interagencial –AECID/ UE- en Filipinas para el CCM del Fondo Mundial de lucha contra la Malaria, Tuberculosis y SIDA/HIV

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

En el año 2008, la AECID se integra de forma activa en la Mesa de Socios de Salud -Health Partners Meeting- (HPM por sus siglas en inglés), liderada por el Ministerio de Salud Filipino (DOH). La implementación del apoyo presupuestario sectorial como apoyo a la Reforma de Salud (Health Sector Reform Agenda –HSRA-) en ese mismo año, fue clave para incrementar la presencia en el sector. La utilización de mecanismos comunes por parte de la Unión Europea y la AECID en el marco del apoyo presupuestario, fortaleció aún más unas relaciones de socios ya establecidas. Así, en el año 2010, se propuso de forma consensuada la participación de España como miembro titular representativo de los países de la Unión Europea en el Mecanismo Coordinador de País (CCM por sus siglas en inglés) para el Fondo Mundial. Este mecanismo cuenta solo con 3 donantes en el board, siendo España uno de ellos y donde la Delegación de la UE participa como socio alternativo.

En la evaluación de los CCM realizada por la Unión Europea en el último trimestre del año 2013, Filipinas ha destacado entre los demás países obteniendo un excelente grado de desempeño. Entre los factores que se destacan están: la regularidad de las reuniones; una gestión apropiada del conflicto de intereses; la existencia de manuales operativos y mecanismos de revisión participativa con aportaciones constructivas en varios temas.

## CONTEXTO

El principal objetivo de la Cooperación Española en Filipinas es contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, se pretende contribuir al desarrollo humano Sostenible y trabajar con diferentes sectores de la sociedad filipina, concentrándose en los grupos más pobres y vulnerables, especialmente las mujeres. Asimismo, se afirma la voluntad de tener en cuenta (i) el Programa de Acción de la Cumbre sobre Desarrollo Social de Copenhague en relación con la cobertura de las necesidades sociales básicas; y (ii) el compromiso adquirido en la Declaración de Roma sobre la armonización de la cooperación de 2003 así como los principios recogidos en la Declaración de París sobre eficacia de la ayuda al desarrollo de marzo de 2005: apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad.

En cuanto a los ODMs, en Filipinas en 2013 existían 15.000 personas viviendo con VIH/SIDA, llegando la prevalencia entre usuarios de droga vía parenteral a ser de un 41,6%. La malaria ha disminuido un 75% en la última década, con 9.154 casos registrados en 2010/2011 y la previsión de erradicación en el año 2020. La TB en cambio, representa la sexta causa de morbilidad y mortalidad en Filipinas, con una incidencia de 275 casos/100.000 habitantes en 2010.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

La creación del NHIS originó un acuerdo en el mercado interno en el que la En la implementación de la Agenda de Reforma del sector salud en Filipinas, el DOH diseñó una estrategia conocida como **FOURmula One for Health**, que utilizaba el enfoque de desarrollo sectorial en salud –SWAp- (SDAH en Filipinas). Este enfoque sectorial se coordina a través de 3 mecanismos establecidos: el Health Partners Meeting –HPM- (reuniones de socios de desarrollo en el sector); la Joint Assesment Planning Initiative –JAPI- (revisiones conjuntas del proceso de la reforma) y la Joint Assesment Comitee –JAC- (revisiones conjuntas de los planes provinciales).

El liderazgo y la apertura del DOH en estos mecanismos fue un factor clave para un diálogo de socios adecuado junto a los donantes: Unión Europea, Banco Mundial, Banco Asiático de Desarrollo –ADB-, FNUAP, UNICEF, OMS, Banco Alemán de Desarrollo, JICA, USAID y AECID, que a través de varios instrumentos apoyaban la Reforma de Salud. Estos mecanismos favorecieron al mismo tiempo la buena apropiación y coordinación para el seguimiento del Fondo Mundial al converger varios de los socios donantes en las distintas mesas. La experiencia de los HPM, la JAC y la JAPI propiciaron una masa crítica que se trasladó al CCM, siendo éste además enriquecido con una mayor participación de la sociedad civil y de la empresa. También sirvió para hacer incidencia en la transparencia y rendición de cuentas que el DOH debía hacer de estos fondos en estas reuniones, ya que no debían ser considerados un programa aislado sino integrado en los ejes de la Reforma.

## LECCIONES APRENDIDAS

En este contexto, el factor de coordinación creado por el binomio UE/Cooperación Española ha sido fundamental en los posicionamientos debidos tanto por el volumen como por el peso político representado

El enfoque de género (alta representatividad de la mujer en el CCM) ha garantizado el velar por los derechos de los grupos vulnerables; el instrumento de la ayuda memoria donde se reflejan los asuntos tratados y sus acuerdos circulados previamente a los miembros para sus comentarios es una buena práctica de transparencia; la alta participación de la sociedad civil (47%) en el CCM garantiza la transparencia y rendición de cuentas; las visitas de supervisión realizadas de forma conjunta.

## RETOS

Aunque se hizo incidencia para la inclusión del Fondo Mundial como uno de los programas contenidos en la Reforma, no había mucha claridad al respecto ya que los principios gobernadores del Fondo eran complejos y particulares. No obstante, las discusiones que se generaron en torno a ello fueron muy enriquecedoras.

Es sabido que la fuerza del diálogo político va en consonancia generalmente con el volumen de fondos aportados, por lo que en situaciones de recortes presupuestarios es necesario establecer estrategias que aporten un valor añadido.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [European Observatory on Health Systems and Policies Series. Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases Experiences from Europe and Latin America Edited by Richard Coker, Rifat Atun & Martin McKee](#)
- ✓ [Implementation research for the control of infectious diseases of poverty: strengthening the evidence base for the access and delivery of new and improved tools, strategies and interventions. Geneva 2011.](#)
- ✓ [Ursula Schlipkötter, Antoine Flahault. Communicable Diseases: Achievements and Challenges for public health. Public Health Reviews, 2010; Vol. 32, No 1, 90-119.](#)
- ✓ [First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva 2010](#)
- ✓ [Communicable Diseases 2002: Global defence against the infection disease threat. Edited by Mary Kay Kindhauser. OMS Geneva 2003](#)
- ✓ [Control of Communicable Diseases in Man. Abram S. Benenson Editor. American Public Health Association. 17 Edición Washington 2000.](#)

### WEBSITES

- ✓ <http://www.who.int/csr/resources/publications/en/>
- ✓ [http://www.who.int/topics/infectious\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/)
- ✓ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html>
- ✓ [http://www.who.int/neglected\\_diseases/resources/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/resources/en/)

## 5.2 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

En las últimas décadas se ha producido un cambio en las necesidades de salud del mundo, como resultado de la transición epidemiológica. La [carga mundial de las enfermedades no transmisibles](#) (ENT) sigue en aumento tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Los más pobres de los países en desarrollo se enfrentan a una triple carga de enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y las enfermedades socio-conductuales. Para el año 2020, se espera que las ENTs serán responsables de siete de cada diez muertes en las regiones en desarrollo, en comparación con el porcentaje de menos del 50% actual.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidos los trastornos mentales, representan el 60% de la carga de morbilidad mundial. Se estima que las ENTs son responsables del 63% de defunciones que se producen a nivel mundial (28 de los 38 millones de muertes registradas en el mundo en 2012),

Más de 9 millones de las muertes atribuibles a las ENT se producen en personas menores de 60 años. En 2012, el 75% de las defunciones (28 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, siendo en estos últimos países la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) mayor que en los países de ingresos altos (48% y 26% respectivamente).

En cuanto a la proporción de las muertes que se deben a enfermedades no transmisibles, los países de altos ingresos tienen la proporción más alta - 87% de todas las muertes fueron causadas por enfermedades no transmisibles - seguido por los países de renta media-alta (81%). Las proporciones son más bajas en los países de bajos ingresos (37%) y los países de renta media-baja (57%).

Hacerle frente a las ENTs constituye uno de los principales desafíos no sólo de salud pública, sino también en materia de desarrollo social y económico en todo el mundo. Las ENT empujan a muchas personas a la pobreza, o las mantienen sumidas en ella, debido al gasto médico catastrófico que entrañan. Con el fin de evitar las crecientes desigualdades entre diferentes países y poblaciones, se requieren medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que mitiguen su impacto.

Para ello es fundamental fortalecer las capacidades nacionales, en particular en los países en desarrollo, con el fin de obtener una mayor respuesta en el ámbito de las políticas y planes para abordar las ENTs, los sistemas de salud, incluyendo las infraestructuras, la vigilancia epidemiológica y monitoreo, y los recursos humanos, financieros y técnicos.

#### Prioridades para la acción:

- Uso más eficaz de las infraestructuras existentes.
- Ejecutar, financiar y mejorar las políticas existentes.
- Invertir en la vigilancia de base poblacional a partir de sistemas de monitoreo existentes.
- Desarrollo de directrices, protocolos o normas nacionales basadas en la evidencia para el manejo de las ENTs
- Desarrollo de soluciones innovadoras de financiación.
- Fortalecimiento de capacidades en los países de bajos ingresos

Superar el reto de las enfermedades no transmisibles y en particular el abordaje de sus determinantes sociales, ambientales y económicos a través de respuestas multisectoriales en diferentes puntos a lo largo del ciclo de vida, requiere asimismo un cambio en la función de los Ministerios de Sanidad. Aparte de la provisión y financiamiento de los servicios de salud, deberían asumir un papel de interlocución con otros sectores del gobierno y asegurar la capacidad de dirigir, regular y negociar eficazmente con una amplia gama de actores, convirtiéndose de esta forma en parte de un sistema global para generar salud y bienestar, y no sólo limitarse a prevenir y tratar la enfermedad.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

A diferencia de lo que ocurrió con los anteriores ODMs, a nivel global, en las actuales discusiones de la agenda internacional post-2015, la prevención y control de las ENTs está ocupando un lugar prioritario en la configuración de los nuevos [Objetivos de Desarrollo Sostenible](#).

### *Cooperación Española*

- ✓ [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): línea estratégica relativa al fortalecimiento integral de los sistemas de salud, línea de acción: Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada- pilares del sistema de salud.
- ✓ Trabajo intersectorial sobre los determinantes de la salud, como el agua y saneamiento, de la AECID, a través del [Fondo del Agua](#) y del [Fondo España OPS](#).
- ✓ Tratamiento preventivo y gestión/control intensivo e innovador de las enfermedades por parte de la AECID a través de algunos proyectos de la [Iniciativa Mesoamericana, SM2015](#).

### *Unión Europea*

- ✓ [EUR/RC61/12. Plan de Acción para la implementación de la estrategia Europea para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2012–2016](#).
- ✓ [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité de las Regiones relativa a un marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020. Bruselas, 6.6.2014 COM\(2014\) 332 final](#).
- ✓ [Comunicación del Consejo Europeo sobre “El papel de la UE en la Salud Global”: COM \(2010\) 128, Bruselas](#): necesidad de responder a otras necesidades importante aparte de los ODMs, especialmente las enfermedades no transmisibles.
- ✓ [McCarthy et al. Health Research Policy and Systems 2010, 8:13 Research Developing the agenda for European Union collaboration on non-communicable diseases research in Sub-Saharan Africa](#).

## ***Nivel Internacional***

En 2008, en su resolución [WHA61.14](#), la Asamblea de la Salud aprobó el [Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles](#), con el fin de aplicar medidas concretas para priorizar las ENTs en el marco de las actividades de desarrollo en los planos mundial y nacional, e integrar la prevención y el control de esas enfermedades en las políticas de todos los departamentos gubernamentales, fortaleciendo los planes nacionales y fomentando la investigación y alianzas en el ámbito de las ENTs.

Sobre la base de lo que se logró mediante la implementación del plan de acción 2008-2013 y conforme a la resolución WHA64.11 de la AMS, la Secretaría de la OMS desarrolló un nuevo proyecto de [Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles para el período 2013-2020](#). Su objetivo es poner en práctica los compromisos asumidos en la [Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles](#) adoptada en la resolución [66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas](#) y en la [resolución E/RES/2013/12 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas](#).

En aplicación de la [resolución WHA66.10](#), se definió el [mandato del mecanismo de coordinación mundial sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles](#) incluida la división de las tareas y responsabilidades entre los fondos, programas y organismos especializados de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales a través del [Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles](#).

Otras resoluciones, estrategias y eventos relevantes a nivel internacional:

- ✓ [A67/14 Add.3 Rev.1 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Propuesta de plan de trabajo para el mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles correspondiente al periodo 2014-2015](#) Informe de la Directora General 23 de mayo de 2014
- ✓ [Diálogo de contrapartes interesadas para Abordar los Factores de Riesgo de las ENTs en la Región Africana de la OMS, Marzo 2013, Johannesburgo, Sudáfrica.](#)
- ✓ [Resolución WHA 65.8 de la Asamblea de la Salud](#) en la que se aprueba la [Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud](#).
- ✓ [Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las ENT](#) en la que se adopta la [Declaración de Moscú](#).
- ✓ [WHA64.11 Preparativos para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles](#), en relación con la Conferencia de Moscú
- ✓ [WHA63.13 Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol \(2010\)](#).
- ✓ [WHA60.26. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 2008-2017 \(2007\)](#).
- ✓ [WHA57.17 Estrategia Mundial sobre Régimen alimentario, Actividad Física y Salud \(2004\)](#).
- ✓ [WHA56.1 Convenio Marco para el control del Tabaco \(2003\)](#).

## PRINCIPALES CAUSAS DE LA CARGA DE ENFERMEDAD

En la actualidad, el estilo de vida y conducta están relacionados con el 20-25% de la carga mundial de la enfermedad. Esta proporción está aumentando rápidamente en los países más pobres, donde las enfermedades no transmisibles, como la depresión y las enfermedades del corazón, así como los accidentes de tránsito, están rápidamente reemplazando a los tradicionales problemas de salud como las enfermedades infecciosas y la malnutrición, llegando a representar las principales causas de discapacidad y la muerte prematura.

A nivel mundial las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de mortalidad, representando el 63% de todas las defunciones, fundamentalmente debido a enfermedades cardiovasculares (48%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3,5%), según estimaciones de la OMS en 2008.

Entre los factores de riesgo, el tabaco se cobra cada año la vida de casi seis millones de personas. Para el 2020 se espera que el tabaco matará a más personas que cualquier enfermedad única, incluso el VIH/SIDA. Las defunciones asociadas al tabaquismo podrían superar los 7,5 millones para 2020 representando el 10% de todas las muertes.

Los traumatismos, tanto accidentales como intencionales, también están creciendo en importancia y en 2020 podrían rivalizar con las enfermedades infecciosas, como fuente de mala salud.

En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso y alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años en 2010.

Por su parte, la mala salud relacionada con el trabajo, incluidas las enfermedades causadas o agravadas por las malas condiciones laborales, supone una pesada carga para los trabajadores, las empresas y los sistemas de seguridad social. Las estimaciones disponibles más recientes de la [Organización Internacional del Trabajo](#) (OIT) arrojaban un total de 159 500 casos de enfermedades mortales relacionadas con el trabajo en 2008 en la Unión Europea; de ellas, el cáncer figuraba como primera causa de mortalidad (95 500 casos). Se calcula que entre el 4 y el 8,5 % del total de los casos de cáncer es atribuible a la exposición profesional. Las muertes asociadas a sustancias químicas suponían prácticamente la mitad de los fallecimientos relacionados con el trabajo.

## PAQUETES BÁSICOS

La atención a las enfermedades crónicas requiere un primer nivel de atención sólido y articulado, que trabaje en estrecha coordinación con servicios más especializados, a veces situados en el segundo o tercer nivel de atención, apoyado por recursos comunitarios. En la atención de las enfermedades crónicas deben utilizarse estrategias de mejora de calidad técnica, fortalecida por el incremento del acceso a la atención y la adopción de esquemas financieros adecuados.

Enfoques estratégicos: [Estrategia Global de la OMS](#) y [Plan de Acción para la Prevención y el Control de las ENT](#), los cuales brindan orientaciones sobre políticas claves para ayudar a los tomadores de decisiones en la restructuración de los sistemas y servicios de salud, para hacerle frente a las ECNT, en particular en escenarios donde los recursos son limitados.

### ORIENTACIONES PARA LOS GOBIERNOS NACIONALES:

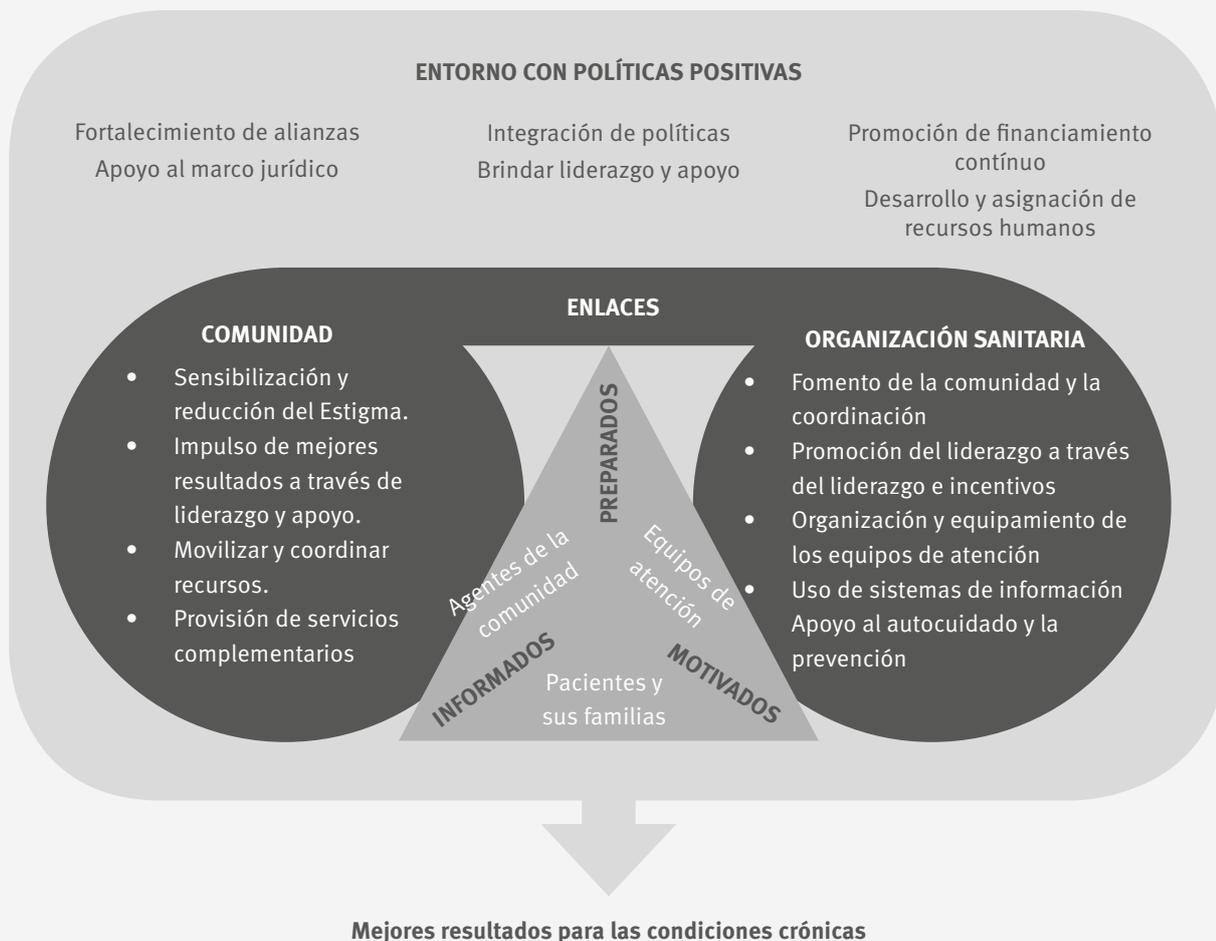
- » Utilizar un marco unificador para asegurar que las acciones en todos los niveles y todos los sectores se apoyen mutuamente;
- » Estrategias de prevención integrada y de control, centrándose en los factores de riesgo con un enfoque transversal a enfermedades específicas
- » Conjuguar intervenciones para toda la población a nivel colectivo e individualizado
- » Utilizar una metodología paso a paso, en particular en países con recursos limitados para llevar a cabo todas las acciones recomendadas;
- » Fortalecer la acción intersectorial en todas las etapas de la formulación y aplicación de las políticas a fin de abordar los determinantes principales de la carga de enfermedades crónicas fuera del sector de la salud;
- » Establecer hitos relevantes y explícitos para cada nivel de intervención, con Especial énfasis en la reducción de las desigualdades en salud

El Plan de acción para la Prevención y Control de las ENT 2013-2010 pretende respaldar la aplicación coordinada e integral de las estrategias contra las distintas enfermedades y factores de riesgo, haciendo hincapié en su integración. Tiene como finalidad el reducir la carga de morbilidad y discapacidad prevenibles y la mortalidad evitable por ENT fomentando la formación de alianzas claves y diálogo de políticas con el sector privado, sociedad civil y organizaciones internacionales en la implementación de las políticas públicas. Incluye nueve metas con medidas coordinadas y coherentes, a todos los niveles, para abordar cuatro factores de riesgo comunes: consumo de tabaco, dieta poco sana, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, así como la contaminación ambiental, el cambio climático, y el estrés psíquico que intervienen en la mortalidad por cáncer, enfermedad cardiovascular y neumopatías crónicas.

Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir ampliamente si se aplican de forma eficaz y equilibrada intervenciones preventivas y curativas costo-efectivas ya existentes. Siguiendo las recomendaciones del [Plan de Acción](#) aprobado en la resolución [WHA 61.14](#) de mayo 2008, la OMS elaboró en 2010 un [Paquete de Intervenciones Esenciales a nivel de Atención Primaria de Salud dirigido a Países con Recursos Limitados](#) (PEN, por sus siglas en inglés). Se trata de un conjunto de intervenciones costo-efectivas para fortalecer la capacidad nacional de integrar y ampliar la atención a las enfermedades cardíacas, accidentes vasculares cerebrales, el riesgo cardio-vascular, la diabetes, el cáncer, el asma y las enfermedades pulmonares obstructivas en el primer nivel de atención, contribuyendo a fortalecer los sistemas sanitarios y a asegurar la equidad en salud.

A nivel internacional, se han propuesto e implementado varios modelos organizativos para el manejo de las ECNT como el [Modelo de Cuidados Crónicos](#), un esquema básico integral para organizar la atención a las enfermedades crónicas basado en la evidencia científica, con base poblacional y centrada en los pacientes. Dicho modelo fue ampliado por la OMS en 2002 por el [Marco para la Atención Innovadora de las Enfermedades Crónicas](#) (Innovative Care for Chronic Conditions Framework, ICCF), la cual le da un mayor énfasis a la comunidad y a las políticas para mejorar la atención médica a las ECNT (ver gráfico siguiente).

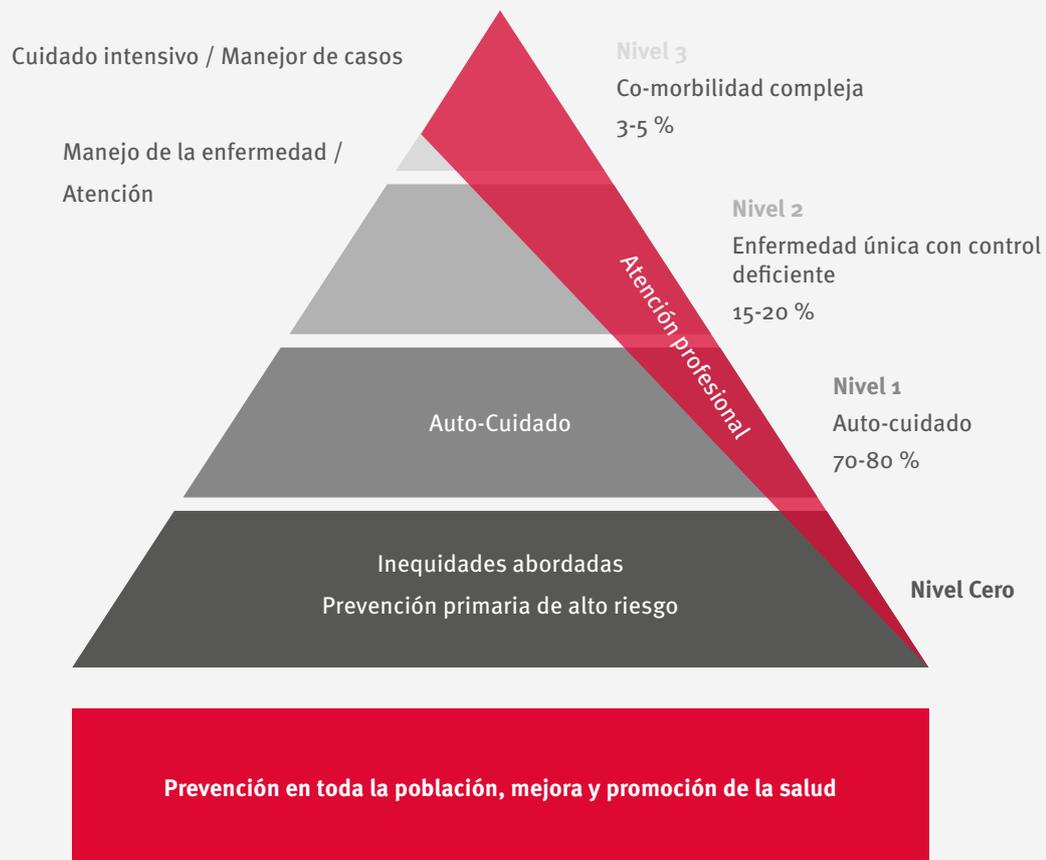
Gráfico 35. Atención innovadora para el marco de las condiciones crónicas



Fuente: OPS 2013

Para prestar atención efectiva y eficiente a las enfermedades crónicas se requiere de una reorientación de los servicios de salud, usualmente fragmentados y diseñados para responder a la demanda de las enfermedades agudas y a los problemas relacionados con la salud materno-infantil. La OPS propone un enfoque de [Redes Integradas de Servicios de Salud \(RISS\)](#) basado en la Atención Primaria en Salud (APS), así como la prestación de servicios equitativos, eficientes, de la mayor calidad técnica y que satisfagan las expectativas de los ciudadanos. Estas redes hacen énfasis en la importancia de una APS multidisciplinaria que cubra a toda la población, que sirva como puerta de entrada al sistema y que integre y coordine la atención en salud en todos los niveles.

Gráfico 36. Pirámide Kaiser permanente de riesgos modificada



Las enfermedades no transmisibles son en gran medida prevenibles mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo. De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer. El gráfico muestra la [Pirámide de Riesgo de Kaiser Permanente](#) que se utilizó en muchos países para ayudar a clasificar pacientes con ECNT y proporcionar niveles de atención diferentes en dependencia de las necesidades, se modificó justamente para abordar tanto la [promoción de la salud y la prevención](#) a nivel de toda la población, como las desigualdades entre aquellas personas con alto riesgo de ECNT.

Los servicios de salud no sólo deben limitarse a la prevención, diagnóstico y el tratamiento, sino también hacer frente a una atención integral que incluya la rehabilitación y la protección y reinserción social, especialmente en condiciones de [discapacidad](#). Complicaciones en el momento del parto (hipoxia perinatal, por ejemplo), efectos de enfermedades graves no letales y condiciones no transmisibles que afectan las capacidades físicas y/o sensoriales (por ejemplo, la diabetes y la enfermedad ocular) o los trastornos degenerativos (por ejemplo, cataratas) deberían ser identificados incluso desde el nivel comunitario y ser referidos a servicios de atención sanitaria y rehabilitación.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [OMS. Herramientas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles](#)
- ✓ [Herramientas de la OMS para implementar el paquete de intervenciones de prevención y control de las enfermedades no transmissibles. Ginebra 2010.](#)
- ✓ [OMS. Stop la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para un cabildeo eficaz. Ginebra 2006.](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en El Salvador

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

La epidemia de Nefropatía Mesoamericana de causas desconocidas o no tradicionales (llamada MeN o CKDu) ha sido reconocida por la OPS y los Ministerios de Salud Centroamericanos como una prioridad de salud pública en la región. Tomando en consideración su incidencia, prevalencia y mortalidad elevadas (representa la segunda causa de muerte en hombres adultos en El Salvador) así como la demanda insatisfecha de atención sanitaria y la carga para las propias familias, comunidades, los sistemas de salud y la sociedad en general, se han puesto en marcha estrategias que permitan reorganizar la prestación de los servicios, fortalecer las capacidades de sus recursos humanos y mecanismos para abaratar los costos del tratamiento de la enfermedad, incluso del tratamiento de sustitución de la función renal.

### CONTEXTO

En las dos últimas décadas en la subregión de Centroamérica se ha notificado un número creciente de casos de personas que sufren de enfermedad renal crónica (ERC) y fallecen por esa causa. Entre esos casos se ha notificado un tipo de ERC cuya etiología no está relacionada con las causas más frecuentes de la ERC, como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Este tipo de ERC presenta una frecuencia mayor a la observada en la Región de las Américas y tiene una tendencia creciente. La enfermedad predomina en hombres jóvenes y trabajadores del campo, que viven en comunidades agrícolas —en condiciones de desventaja social. Estos casos que se concentran en la franja centroamericana del Pacífico y se han asociado a diversos factores entre los que se destacan los tóxico-ambientales (probablemente agroquímicos) y ocupacionales (inadecuada higiene laboral en condiciones de altas temperaturas e insuficiente ingestión de agua) y también hábitos nocivos como la ingesta de medicamentos nefrotóxicos, especialmente de antiinflamatorios no esteroideos.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

En el marco de la “Reunión de Alto Nivel sobre Enfermedad Renal Crónica de Causas no Tradicionales en Centroamérica” (ERCnT), celebrada en abril del 2013 con el apoyo de la AECID y la OPS, los Estados Miembros de Centroamérica y la República Dominicana, que forman parte del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) a través de la “Declaración de San Salvador” reconocen que la enfermedad renal crónica es un problema de salud pública importante en Centroamérica y requiere de una acción urgente. Como respuesta, la Oficina Sanitaria Panamericana conformó un grupo de trabajo interprogramático que incluye a los Representantes de la OPS en Centroamérica. Además del trabajo de este grupo se han producido numerosas actividades de cooperación técnica, alianzas, consultas subregionales, regionales y otras actividades bajo la coordinación de la COMISCA, que han contado con el apoyo, entre otros, de la OPS, la AECL, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

Asimismo, en un esfuerzo por descubrir las causas de la epidemia y también idear medidas preventivas y modelos de desarrollo adecuados, se ha conformado una red de investigadores multidisciplinar y multiregión llamada CENCAM. Este Consorcio se creó en Noviembre de 2012 en Costa Rica en una reunión liderada por SALTRA (Programa Regional de Salud, Ambiente y Trabajo en Centroamérica, coordinado por UNA-IRET en Costa Rica)..

## LECCIONES APRENDIDAS

Se trata de un grave problema de salud pública que exige una acción integral, expedita y coordinada entre sectores, organizaciones y ministerios, así como agencias de desarrollo, la sociedad civil, el mundo académico, la empresa privada y otros interesados, con el fin de contribuir en la formulación coordinada de políticas, planes y estrategias y en la movilización de recursos que permitan frenar la epidemia y mitigar con urgencia las consecuencias sanitarias, sociales y económicas derivadas de esta enfermedad.

En el momento de la elaboración de políticas y planes, es importante tener en cuenta, que el ejercicio del derecho a la salud es exigible aun en situaciones de pobreza y de carga elevada de enfermedad.

## RETOS

Muchos países no cuentan con registros fiables de la ERC, o sistemas de vigilancia regulares capaces de detectar patrones de distribución de la misma en la población, lo cual podría facilitar la identificación de las tendencias y los grupos de ERC.

La ERC supone para los países de Centroamérica una carga elevada tanto en términos de calidad de vida de las personas como en la prestación de servicios de salud, principalmente en las redes hospitalarias.

La enfermedad renal crónica requiere el compromiso de la OPS a largo plazo para identificar y abordar el problema en su totalidad, incluyendo todos los recursos necesarios como recursos humanos, políticos y financieros. El costo estimado para el bienio 2014-2015 es de aproximadamente US\$ 1.700.000.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS, 2013.](#)
- ✓ [Abdullah, A., Mannava, P. and Annear, P. \(2013\). Non-communicable diseases and health systems in the Asia-Pacific region: A review of the literature. Nossal Institute for Global Health, Melbourne. Melbourne, January 2013.](#)
- ✓ [Organización Panamericana de la Salud. Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud Washington, D.C.: OPS, 2012.](#)
- ✓ [WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs: report of the 2010 global survey.](#)
- ✓ [WHO. Package of essential noncommunicable \(PEN\) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva 2010.](#)
- ✓ [WHO. Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2010.](#)
- ✓ [WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. WHO/MNC/CCH/o2.01. Geneva 2002.](#)

### WEBSITES

- ✓ <http://www.who.int/nmh/publications/es/>
- ✓ [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/)
- ✓ [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf?ua=1)

## 5.3 SALUD REPRODUCTIVA

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

La salud reproductiva (SR) entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual y de procrear satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar, el derecho a recibir servicios adecuados de atención sanitaria que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos<sup>117</sup>.

Los trastornos de la SR son la principal causa de enfermedad y muerte de las mujeres en todo el mundo, lo cual refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y a atención especializada antes, durante y después del parto, existiendo grandes disparidades entre países y, en un mismo país, entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

## DERECHOS REPRODUCTIVOS

- » Salud reproductiva como un componente de la salud en general, en todo el ciclo de la vida para hombres y mujeres.
- » Toma de decisiones para la reproducción, incluyendo la elección voluntaria del cónyuge, la formación de la familia y la determinación de la cantidad, el momento y espaciamiento de los hijos.
- » Derecho al acceso a la información y medios necesarios para ejercer una elección voluntaria.
- » Igualdad y equidad entre hombres y mujeres que permitan tomar decisiones informadas libres de discriminación basada en el género.
- » Seguridad sexual y reproductiva, incluida la protección contra la violencia sexual y la coerción y el derecho a la privacidad.

La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna, es decir, la “*muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después del parto o de la terminación del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, excluyendo las muertes por causas incidentales o accidentales*”, corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Según estimaciones, el riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 en 3700 en países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo (llegando a ser de 1 en 15 en países como el Chad).

Según estimaciones de Naciones Unidas, la mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013 (289 000 muertes registradas). No obstante, a juzgar por las tendencias actuales, la mayor parte de los países no alcanzará la meta, fijada en los ODM, de lograr una disminución del 75% en esa tasa entre 1990 y 2015. Para alcanzarla, se necesitaría una disminución promedio anual del 5,5% o más desde 1990. Asimismo, los progresos realizados hasta ahora respecto a la otra meta de lograr para 2015 el [acceso universal a la salud reproductiva](#), han sido también demasiado lentos. Por ejemplo, la falta de prestación de servicios de planificación familiar en los países en desarrollo conduce a aproximadamente 20 millones de [abortos inseguros](#) al año, causando alrededor de 68000 muertes por año<sup>118</sup>. Más de 137 millones de mujeres alrededor del mundo tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción<sup>119</sup>; de este modo, de los 210 millones de embarazos que ocurren anualmente, cerca de 80 millones no son planeados.

Contar con sistemas sanitarios sólidos —integrados por establecimientos que dispongan de personal de salud cualificado, equipos y medicamentos adecuados— es fundamental para prestar servicios de atención de salud de buena calidad que sean capaces de asegurar una [atención obstétrica de urgencia](#) y de responder a las complicaciones relacionadas con los abortos peligrosos que permitan salvar la vida de mujeres y niños recién nacidos y evitar secuelas derivadas por ejemplo de un parto obstruido como las [fistulas obstétricas](#) que afectan cada año entre 50.000 y 100.000 mujeres de todo el mundo. En África subsahariana, menos del 40% de las mujeres disponen de atención cualificada durante el parto y en el sur de Asia menos del 30%.

Otra de las principales dificultades a la hora de abordar las defunciones maternas es la falta de datos precisos. En muchos países de bajos ingresos, las defunciones derivadas de la maternidad no se contabilizan, y con frecuencia la causa de muerte se desconoce o no se registra correctamente, en especial cuando la mujer muere en el hogar. A raíz de ello, muchas veces es difícil para los programas nacionales de salud asignar los recursos allí donde más se necesitan. Por este motivo, la [Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud Maternoinfantil de las Naciones Unidas](#) está concentrando esfuerzos para que en 2015, todos los países hayan tomado los recaudos necesarios para crear un sistema de registro de nacimientos, defunciones y causas de las defunciones.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

La reducción de la mortalidad materna ha sido durante mucho tiempo una de las prioridades de la salud mundial; En 1994, durante la [Conferencia Internacional de Población y Desarrollo](#) (CIPD), los gobiernos del mundo reconocieron que asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva y la protección de los derechos reproductivos eran estrategias esenciales para mejorar la vida de las personas. Una estrategia clave para el alcance de los ODMs es asegurar el [acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas, para el año 2015](#). En el año 2006, la Asamblea General de Naciones Unidas incluyó el logro del acceso universal a los servicios de salud reproductiva para el 2015, dentro de las [metas de desarrollo del milenio](#) de la comunidad internacional (ODM 5) y posteriormente, en 2010 se estableció [la Estrategia Global para la Mujer y la Salud de los Niños](#) lanzada por el Secretario General de la ONU.

### *Cooperación Española*

- ✓ [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): línea estratégica relativa a dar impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en los sistemas de salud, que contempla las siguientes acciones prioritarias guardando especial relación con las líneas estratégicas del PAS de Género:

1. Apoyo técnico para la promoción de los partos institucionales de calidad y el acceso a una atención obstétrica básica de emergencia y planificación familiar
  2. Fomentar acciones de formación especializada para personal sanitario en SSR.
  3. Apoyo técnico y financiero para abordar la atención socio-sanitaria a mujeres y hombres víctimas de violencia de género.
  4. Apoyo a movimientos de mujeres y sociedad civil en materia de identidad sexual y promoción de los derechos sexuales.
- ✓ [Plan de Salud Materna de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015](#)
  - ✓ [IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016](#): incluye la mejora de la salud sexual y derechos sexuales y reproductivos como pieza clave para contribuir a reducir la carga de enfermedad que soporta la población, en especial la que sufre mayor discriminación.
  - ✓ [Estrategia de “Género en Desarrollo” de la Cooperación Española. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.](#)

### **Unión Europea**

- ✓ [Propuesta de resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines. 2013/2040\(INI\)](#)
- ✓ [Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines \(2013/2040\(INI\)\) Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género](#)
- ✓ [Comunicación y conclusiones del Consejo Europeo sobre “El papel de la UE en la Salud Global”](#) El Consejo, subraya que la plena aplicación y el acceso de las políticas y servicios de SSRD, según lo establecido en la CIPD/ Declaración y Programa de Acción de El Cairo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y otros instrumentos internacionales pertinentes, así como los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los ODMs, es crucial para los derechos de la mujer, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. COM (2010) 128, Bruselas.
- ✓ [Resolución del Parlamento Europeo 25 de febrero de 2010, sobre Pekín + 15 - Plataforma de acción de las Naciones Unidas para la igualdad de género.](#)
- ✓ [Resolución del Parlamento Europeo 10 de marzo de 2005, sobre el seguimiento de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer \(Beijing + 10\)](#)
- ✓ [Resolución del Parlamento Europeo, de 18 de mayo de 2000, sobre el seguimiento de la Plataforma de Acción de Pekín](#)
- ✓ [Reglamento \(CE\) nº 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.](#)

- ✓ [Resolución de 4 de septiembre de 2008 sobre la mortalidad materna en la perspectiva del evento de alto nivel de las Naciones Unidas de 25 de septiembre de 2008](#)
- ✓ Resolución del Parlamento Europeo 3 de julio de 2002 sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia.

### ***Nivel Internacional***

- ✓ [Resolución WHA 67.10. Plan de acción sobre la salud del recién nacido, mayo 2014.](#)
- ✓ [Resolución A66/14 de la 66.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Seguimiento de las recomendaciones de las comisiones de alto nivel convocadas para mejorar la salud de la mujer y el niño. Informe de la Secretaría. Ginebra, marzo de 2013.](#)
- ✓ [H4+ Working together for Women's and Children's Health](#) Iniciativa constituida por la OMS y programas de ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial, como principales socios técnicos de la [Estrategia Mundial del Secretario de Naciones Unidas Ban Ki-moon para la Salud de las Mujeres y los Niños](#) y el subsecuente movimiento [Every Woman Every Child](#), lanzados por el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, durante la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, organizada por Naciones Unidas en septiembre de 2010.
- ✓ [Comisión de la ONU sobre Insumos básicos para salvar vidas de las Mujeres y los Niños](#)
- ✓ [Iniciativa Musoka 2010](#)
- ✓ [Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. OMS, Ginebra 2008.](#)
- ✓ [Estrategia de salud reproductiva de la OMS para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra 2004.](#) adoptada en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en mayo de 2004.
- ✓ [Conferencias de Población.](#)
- ✓ [Sesión Especial de la Asamblea General de NNUU sobre el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo más allá de 2014.](#)
- ✓ [Declaración de Compromiso de Estocolmo Sobre la implementación de la CIPD después de 2014, NY abril 2014.](#)
- ✓ [A/69/62 febrero de 2014. Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014. Informe del Secretario General de NNUU.](#)
- ✓ [Resolución aprobada por la Asamblea General de NNUU A/RES/67/250, febrero de 2013. Organización del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.](#)
- ✓ [Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 65/234, 2011. Seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.](#)

- ✓ [Declaración de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RS-MLAC, ante el proceso de Seguimiento de 15 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD \(El Cairo, 1994\).](#)
- ✓ [Declaración de Antigua y Declaración de Panamá. Encuentro de Antigua, Guatemala: A 15 años, acuerdos Conferencia de El Cairo](#)
- ✓ [Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo- ICPD+5](#)
- ✓ [IV Conferencia Mujer Beijing 1995](#)
- ✓ [Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 A/CONF.171/13/Rev.1](#)

## PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

En los últimos 20 años se ha producido un cambio significativo en la composición de la carga de morbilidad asociada a la salud sexual y reproductiva: desde 1990 ha disminuido el número de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad<sup>118</sup> a causa de enfermedades perinatales, sífilis y mortalidad materna, reducción que para 2010 se veía contrarrestada por el aumento de la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad debido al VIH y el SIDA<sup>120</sup>.

No obstante, tal y como se ha descrito anteriormente, muchas mujeres siguen muriendo de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. Un análisis sistemático realizado por la OMS en 115 países con el fin de conocer mejor las razones que explican las defunciones materna<sup>121</sup>, concluyó que más de una cada cuatro eran provocadas por causas indirectas: afecciones preexistentes, como la diabetes, la infección por el VIH, el paludismo y la obesidad, cuyos efectos para la salud se pueden agravar por la gestación. Esta proporción es similar a la de las muertes por hemorragias graves durante el embarazo y el parto (27%). Entre las otras causas la distribución fue la siguiente: hipertensión gestacional: 14%; infecciones: 11%; parto obstruido y otras causas directas: 9%; complicaciones de abortos: 8% y coágulos sanguíneos (embolias): 3%.

El abordaje de las defunciones maternas prevenibles requiere tanto intervenciones para reducir las complicaciones obstétricas relacionadas directamente con el embarazo, parto y post-parto, como una mayor atención a las enfermedades no transmisibles y su efecto en la gestación.

Este estudio muestra cambios en el perfil de las afecciones que ocasiona la mortalidad materna, ya que está aumentando la carga de las enfermedades no transmisibles en las mujeres del mundo entero. La atención integrada de las mujeres que sufren, por ejemplo, de diabetes y obesidad, puede llegar a reducir el riesgo de mortalidad materna y evitar asimismo, problemas de salud prolongados. El análisis de las principales causas de mortalidad materna debe tenerse en cuenta, por tanto, a la hora de priorizar las políticas sanitarias y programas en materia de salud reproductiva.

Además de la mortalidad, el daño a la salud materna tiene otras consecuencias, entre las cuales la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de la morbilidad y la discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluida la infertilidad, las enfermedades de transmisión sexual o, en otras etapas del ciclo de vida, las distopias genitales (prolapsos) y la incontinencia urinaria como consecuencia de la fístula obstétrica.

## PAQUETES BÁSICOS

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

La [estrategia de salud reproductiva de la OMS para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo](#) (2004) incluye los siguientes componentes prioritarios de la salud reproductiva:

- Calidad y acceso a la [planificación familiar](#).
- Mejora de la [salud materna y perinatal](#).
- Prevención de [abortos inseguros](#).
- [Salud sexual y reproductiva en adolescentes](#).
- [Control de las infecciones de transmisión sexual y del tracto reproductivo](#).
- Género y derechos reproductivos.

La OMS apoya a los países para que presten una atención integrada, basada en datos probatorios y costo-eficaces a las madres y a los niños durante el embarazo, el parto y el puerperio. [La Atención Integrada del Embarazo y el Parto](#) (IMPAC-Integrated Management of Pregnancy and Childbirth), ofrece orientación e instrumentos para mejorar la salud materna y neonatal abordando diferentes factores que son fundamentales para el acceso a una atención especializada de calidad antes, durante y después del parto. Está dirigida a los sistemas de salud, a los profesionales sanitarios y a las familias y comunidades.

Con el fin de reducir la mortalidad materna es imprescindible la inversión en los sistemas de salud y, en especial la formación de comadronas y en la atención obstétrica de urgencia disponible las 24 horas del día.

Los programas de atención de salud materna y del recién nacido deben incluir intervenciones clave para mejorar la salud y la supervivencia materna y neonatal que se prestarán a través de los servicios de salud, la comunidad y la familia. En 2011, la OMS junto a la red de internacional para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño (*[the Partnership for Maternal, Newborn & Child Health](#)*), realizó una revisión exhaustiva basada en la evidencia con el fin de identificar **intervenciones clave** en el período previo al embarazo, durante el embarazo (atención pre-natal), el parto, post-natal tanto para la madre como para el recién nacido y durante la infancia para cada nivel de atención. Las 142 intervenciones seleccionadas en base a su impacto y factibilidad de ser implementadas en países de bajos y medianos ingresos con recursos limitados, se resumen en el documento [A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health](#). Para cada una de ellas se define el personal sanitario y el equipamiento, material y tratamiento necesario, el nivel de atención requerido y las guías y directrices existentes al respecto. La revisión se basó en las recomendaciones de la OMS definidas en las siguientes publicaciones: [Guía sobre el VIH y la Lactancia Materna \(2010\)](#); [Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia \(2008\)](#); [Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia para contextos con alta prevalencia de VIH \(2008\)](#); [el libro de bolsillo sobre Atención Hospitalaria para Niños \(2005\)](#); [Guía Clínica para la Atención Integrada al Embarazo y Parto \(2007\)](#); [Intervenciones Recomendadas para Mejorar la salud Materna e Infantil \(2007\)](#)- [Atención Integrada al Embarazo y Parto \(2007\)](#); [publicaciones de las series del Lancet sobre intervenciones para el Niño y Neonato \(2003 y 2005 respectivamente\)](#) así como en las [Intervenciones Recomendadas por la OMS para Mejorar la Salud Materna e Infantil \(2010\)](#).

La lista recomendada de intervenciones debe ser adaptada en base a la actual política nacional y el marco regulatorio o, en caso necesario, ser éstos revisados y actualizados para asegurar que se ofrecen intervenciones prioritarias con impacto en la mortalidad. Con el fin de facilitar a los tomadores de decisiones y los responsables de los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva la aplicación de los compromisos adquiridos acerca de los [Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo \(CIPD\)](#) y otras cumbres mundiales del último decenio, la OMS en 2008 definió un [enfoque estratégico para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva](#) dirigidas a:

- Mejorar el acceso a y la calidad de los servicios de planificación familiar y de otros servicios de salud sexual y reproductiva;
- Aumentar la asistencia calificada durante el parto y fortalecer los servicios de referencia y derivación de casos;
- Reducir el número de personas que recurren al aborto y mejorar la calidad de los servicios que ofrecen tratamiento en casos de aborto ya existentes;
- Proporcionar información y servicios que respondan a las necesidades de las personas jóvenes; e
- Integrar la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluido el VIH/SIDA, con otros servicios de salud sexual y reproductiva.

En la tabla siguiente se resumen las áreas fundamentales donde se requieren medidas urgentes para mejorar la financiación, fortalecer las políticas y mejorar la prestación de servicios establecidas en la [Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños](#) de Naciones Unidas estableció (2010).

Tabla 13. Áreas principales definidas por la OMS y Estrategia Mundial de Salud de Mujeres y Niños

COMPONENTES	ACCIONES ESPECÍFICAS PARA MEJORAR FINANCIACIÓN, POLÍTICAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS
<b>Apoyo a los planes de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a los planes de salud dirigidos por los países y apoyados mediante una inversión mayor, predecible y sostenible.</li> <li>• Establecimiento de alianzas con el fin de utilizar del mejor modo posible los escasos recursos disponibles y reducir al mínimo la duplicación de los esfuerzos encaminados a mejorar la salud materna y neonatal.</li> </ul>
<b>Integración prestación servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración de la prestación de servicios sanitarios y las intervenciones que salvan vidas para dar acceso a las mujeres y sus hijos a la prevención, el tratamiento y la asistencia cuándo y dónde los necesiten.</li> </ul>
<b>Fortalecimiento sistemas de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de suficiente personal sanitario bien preparado.</li> <li>• Promoción de intervenciones centradas en políticas y estrategias de eficacia probada que favorezcan a los pobres y sean costo-eficaces.</li> </ul>
<b>Monitoreo y Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora del monitoreo y la evaluación para lograr la responsabilización de todas las partes interesadas en los resultados.</li> <li>• Vigilancia y evaluación de la carga de mala salud materna y neonatal y de su impacto en las sociedades y en su desarrollo socioeconómico.</li> </ul>
<b>Innovación y Financiación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción de planteamientos innovadores en la financiación, el desarrollo de productos y la prestación eficiente de servicios de salud.</li> <li>• Promoción de las inversiones en materia de salud materna y neonatal destacando los beneficios sociales y económicos y subrayando que la mortalidad materna es una cuestión de derechos humanos y de equidad.</li> <li>• Coordinación de investigaciones que tengan aplicación a gran escala y se centren en la mejora de la salud materna durante el embarazo y antes y después del parto.</li> </ul>

Por su parte, en situaciones de emergencia y campos de refugiados, la OMS y el [Grupo de Trabajo Interinstitucional para la salud reproductiva](#) desarrollaron un [Paquete Mínimo Inicial de Servicios de Salud Reproductiva- MISP](#), por sus siglas en inglés.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [Guía estratégica de financiación para el abordaje de la violencia sexual en intervenciones de acción humanitaria. Oficina de acción Humanitaria de la AECID. Abril 2010.](#)
- ✓ [Manual de análisis y mapeo político Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región del Hemisferio Occidental, Inc. México, D.F., diciembre de 2009.](#)
- ✓ [Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Clinical Guidelines \(2007\)](#)
- ✓ [Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África. Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África Agencia Española de Cooperación Internacional \(AECI\). Madrid, 2005.](#)
- ✓ [Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. AECI \(2004\) Ministerio de Asuntos Exteriores.](#)
- ✓ [Más allá de las cifras. Revisión de las muertes maternas y complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura. OMS, Ginebra 2004.](#)
- ✓ [Guías de la OMS en Salud Reproductiva.](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Protección de los derechos sexuales y reproductivos en Bolivia

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

En el plano de las políticas públicas en materia de SSR, tras la nueva constitución Bolivia definió el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PENSSR) 2009-2015, cuyo objetivo principal es el de favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, en las diferentes etapas del ciclo de vida, con enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad, mediante la organización de servicios de salud de calidad, la coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial y la participación protagónica de individuos, familias y comunidades haciendo énfasis en la reducción de los factores y comportamientos de riesgo y la atención a grupos con necesidades específicas.

No se trata solamente de optimizar las intervenciones y los cuidados al actuar de forma articulada y asociada en los servicios de salud; también se tiene en cuenta el comportamiento concurrente de otros sectores en la consecución de mejoras de las condiciones de salud sexual y reproductiva desde el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones que las afectan, acciones educativas orientadas a la salud sexual, la revisión y aplicación de las disposiciones jurídicas de protección de los derechos de las mujeres, la eliminación de toda forma de discriminación, la protección contra la violencia y toda otra acción que posibilite mayor control de los determinantes de la salud sexual y reproductiva de todos y todas.

## CONTEXTO

Bolivia promulgó una nueva Constitución Política del Estado (CPE) en enero de 2009 que incorporó un paquete completo e integral de derechos humanos. Tras la aprobación de la CPE, se observa la progresiva consolidación de un marco normativo para el respeto, protección y realización de los derechos sexuales y reproductivos, priorizando la complejidad de las condiciones y determinantes de la salud, ante la medicina curativa. Aparte de proporcionar atención en la reproducción y patologías relacionadas con la salud sexual y reproductiva, el enfoque se centra fundamentalmente en crear las mejores condiciones para que las personas puedan vivir su sexualidad y sus potencialidades como mejor lo determinen en el curso de todo el ciclo de vida de forma universal.

Entre las políticas dirigidas a mejorar los derechos sexuales y reproductivos en Bolivia se encuentra el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI): prestación de salud con carácter universal, integral y gratuita en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Asimismo, la Ley N° 3250, de 5 de diciembre de 2005, amplió las prestaciones del SUMI y se orientó a mujeres de 5 a 60 años de edad. Para las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, se desarrollaron un total de 180 prestaciones que guardan estrecha relación con la maternidad segura y la reducción de la tasa de mortalidad materna, así como con la obligatoriedad de la prevención del cáncer de cuello uterino y tratamiento de lesiones pre malignas, contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

Asimismo, el gobierno instauró el Bono Juana Azurduy en 2009. Se trata de un programa dirigido a la mujer gestante, en lactancia y con niños menores, que otorga un subsidio condicionado a cuatro Controles prenatales; Control post parto; y Monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño hasta el segundo año de edad.

## MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

La formulación del PENSSR fue el resultado de un proceso de coordinación y consenso interinstitucional e intersectorial, especialmente con los movimientos sociales y con el apoyo de las agencias de cooperación internacional. Constituye el marco de apertura programática para el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan a la solución de las demandas de atención en los diferentes procesos, escenarios y componentes relacionados con la atención de la SSR con base en principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción y prevención de la salud en el marco del Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), así como en la aplicación de los medios, recursos y prácticas para la conservación y restablecimiento de la salud integral.

## LECCIONES APRENDIDAS

Los servicios de salud sexual y reproductiva no mejorarán si no se incorporan decididamente contenidos de adecuación intercultural y respeto a la autodeterminación de las mujeres, tanto en la atención de la maternidad como en la promoción de prácticas saludables, en la mayor y mejor incorporación de los hombres en los cuidados de la salud, en la complementación de las diversas medicinas en la búsqueda del vivir bien, en el mantenimiento de la reserva, la intimidad y las propias percepciones de las personas, en la prevención y en el reconocimiento de riesgos, en el acompañamiento de la libertad de decisiones sobre el manejo del cuerpo y la sexualidad de los niños, jóvenes, adultos y mayores, en el respeto a la diferencia de opciones sexuales y capacidades.

Si bien la atención obstétrica y neonatal es parte de las prestaciones del SUMI (eliminando la barrera económica de acceso a los servicios), el sector de salud puso de manifiesto que existen barreras para universalizar la atención, tanto por el lado de la oferta, debido a la insuficiencia de los recursos para atender poblaciones alejadas de las ciudades, como también por barreras de la demanda, expresadas en inadecuación de los servicios a las prácticas culturales en el parto y la falta de calidad en la atención.

La subvaloración de la salud sexual y reproductiva, la incomprensión de los efectos socioeconómicos negativos que acarrear las malas situaciones de salud, las inequidades sociales, la discriminación y las persistentes debilidades institucionales, en todos los niveles de gestión de los recursos disponibles, forman parte de una cultura institucional resistente a los cambios necesarios para abordar los derechos y la salud sexual y reproductiva en la población.

## RETOS

Si bien estas políticas son una muestra de la voluntad formal del Estado de avanzar en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, la realidad es que no existe capacidad presupuestaria e institucional para llevarlas a cabo. A pesar de que el Bono Juana Azurduy consiguió aumentar el acceso a los servicios, fue fuertemente cuestionado ya que su sostenibilidad dependía de un crédito del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno. Asimismo, las organizaciones de mujeres indígenas reclamaron que el subsidio no estaba llegando correctamente a las zonas rurales, donde precisamente se necesitaba más.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [UNFPA/AECID. Salud y Justicia para mujeres ante la violencia sexual en Centroamérica. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, 2012.](#)
- ✓ [WHO/The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health/ the Aga Khan University. A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health...:Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva, 2011.](#)
- ✓ [Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. OMS, Ginebra 2008.](#)
- ✓ [OMS. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra mayo 2004.](#)

### WEBSITES

- ✓ <http://www.endvawnow.org/en/articles/655-conduct-a-situational-analysis-of-the-health-sector.html>
- ✓ [Políticas en salud reproductiva 2014](#)
- ✓ [http://www.unfpa.org/public/home/publications/pubs\\_rh](http://www.unfpa.org/public/home/publications/pubs_rh)
- ✓ <http://apps.who.int/rhl/en/index.html>
- ✓ [http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts\\_rh.htm](http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_rh.htm)

## 5.4 SALUD INFANTIL Y NUTRICIÓN

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN/RETOS

A un año del cumplimiento de los [ODMs](#) en 2015, ha habido un progreso considerable en la reducción de la [mortalidad infantil](#) (niños menores de un año de edad) y la mejora de la [nutrición](#). Entre 1990 y 2012, la [mortalidad estimada de menores de cinco años](#) descendió un 47%, de 90 a 48 muertes por 1000 nacidos vivos, lo que significa que en 2012 morían cada día 17 000 niños menos que en 1990. Aun así, en 2012 se produjeron casi 18000 muertes infantiles diarias, y el ritmo de descenso de la tasa de mortalidad mundial sigue siendo insuficiente; menos de una tercera parte de los países del mundo han logrado o están en vías de lograr la meta del [ODM 4](#) de reducir en dos terceras partes, para 2015, la mortalidad de 1990.

Persisten además grandes inequidades entre los países de ingresos altos y los de ingresos bajos. En 2012, en los países de bajos ingresos la tasa de mortalidad de menores de cinco años era de 82 muertes por 1000 nacidos vivos —más de 13 veces la tasa media de los países de ingresos altos. El riesgo de que un niño muera antes de cumplir cinco años sigue siendo más alto en la Región de África—ocho veces superior al de la Región de Europa (95 y 12 por 1000 nacidos vivos respectivamente).

Los primeros 28 días de vida representan la etapa más vulnerable para la supervivencia del niño. En 2012, alrededor del 44% de las muertes de menores de cinco años se produjeron durante este periodo, frente al 37% en 1990. Dichas muertes en el período neonatal están estrechamente relacionadas con los 2,6 millones de niños que mueren en los últimos 3 meses de embarazo o durante el parto<sup>121</sup>.

Aunque las tasas generales de mortalidad de menores de cinco años descendieron un 41% entre 1990 y 2011, cada vez es mayor la proporción de estas muertes que se produce en el periodo neonatal, fundamentalmente en países de medianos y bajos ingresos.

Ello pone de manifiesto la crucial importancia de aplicar intervenciones de salud dirigidas específicamente contra las principales causas de mortalidad neonatal, sobre todo porque difieren de las que es preciso aplicar para reducir las otras muertes de menores de cinco años. No obstante, la salud y supervivencia de los recién nacidos y la prevención de las muertes fetales no estaban específicamente incluidas en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), por lo que recibieron menos atención e inversiones.

Según estudios recientes<sup>122</sup>, se estima que la desnutrición (incluyendo el retraso del crecimiento intrauterino, el retraso del crecimiento en la infancia, la emaciación y las

carencias de vitamina A y de cinc, así como la lactancia materna subóptima), es la causa de muerte subyacente en el 45% de las defunciones de menores de 5 años. No obstante, a nivel mundial la desnutrición infantil descendió del 25% al 15%, pasando de 160 millones de niños con insuficiencia ponderal en 1990 a 99 millones en 2012. Este ritmo de progreso se acerca al necesario para cumplir la correspondiente meta de los ODMs, pero varía de unas regiones a otras, con una mayor prevalencia en el continente africano y Sudeste asiático. En lo que respecta al periodo posterior a los ODM, el [Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño](#) fijó la nueva meta mundial de reducir en un 40%, para 2025, la cifra de niños con retraso del crecimiento registrada en 2010, así como cinco metas más. Entre 1990 y 2012, el número de niños con retraso del crecimiento cayó de 257 millones a 162 millones, lo que representa un descenso mundial del 37%.

En 2012, la cobertura mundial de la vacunación anti-sarampionosa alcanzó el 84% entre los niños de 12-23 meses. En la actualidad hay más países que están logrando altos niveles de cobertura vacunal: el 66% de los Estados Miembros de la OMS alcanzaron una cobertura del 90% o superior en 2012, cuando apenas eran el 43% en 2000. Entre 2000 y 2012, el número estimado de muertes por sarampión en el mundo descendió un 78%, de 562 000 a 122 000.

## POLÍTICAS/ESTRATEGIAS RELEVANTES

### *Cooperación Española*

- ✓ [Plan de Actuación de Salud de la AECID](#): línea estratégica 1 relativa al fortalecimiento integral de los sistemas de salud y línea estratégica 2 sobre el impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en los sistemas de salud, que incluye la promoción de la salud infantil a través de la [Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia \(AIEPI\)](#): [mejora estado nutricional](#), [acceso a los cuidados de atención al neonato](#), [acceso a vacunas](#) y prevención enfermedades diarreicas.
- ✓ Apoyo a iniciativas globales: el área de salud de la AECID ofrece asesoramiento y apoyo continuo en la construcción de sus estrategias de trabajo y seguimiento y evaluación de las intervenciones vinculadas a la salud infantil como la [Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización \(Global Alliance for Vaccination and Immunization- GAVI\)](#).
- ✓ Asesoramiento técnico especializado y acompañamiento a los PDPs Partenariados Público-Privados para el desarrollo en los que España participa para, por un lado (1) favorecer los desembolsos de estos Organismos Multilaterales en los países priorizados por la cooperación española y por otro lado (2) asegurar la articulación de estos instrumentos de cooperación con la ayuda bilateral a nivel de OTCs: [Iniciativa mundial para la erradicación de la poliomielitis \(GPEI\)](#) en Níger, Programas de Vacunas de la OMS en Mali y Níger,

- ✓ [Iniciativa Salud Mesoamérica 2015](#) acciones innovadoras destinadas a reducir las brechas de equidad de salud de la población más pobre y desasistida de la región, conforme a las prioridades establecidas por estos países a través de intervenciones de eficacia comprobada en las áreas de salud reproductiva, salud maternal, neonatal e infantil; nutrición materno-infantil y vacunación.
- ✓ La AECID ha venido apoyando al FNUAP a través de la Comisión de NNUUU sobre insumos que salvan vidas para mujeres y niños ([UN Commission on life-Saving Commodities for Women and Children](#)).

### **Unión Europea**

- ✓ [Comunicación y conclusiones del Consejo Europeo sobre “El papel de la UE en la Salud Global”](#): compromiso de COM (2010) 128, Bruselas. La UE tiene un papel central en la aceleración del progreso hacia los retos sanitarios mundiales, incluyendo los ODM de salud y las enfermedades no transmisibles, a través de su compromiso de proteger y promover el derecho de toda persona de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- ✓ [Documento de Trabajo de la Comisión Europea: Plan de Acción en Nutrición. Un Plan de Acción para Reducir el Número de niños con retraso de crecimiento en 7 millones para 2025. Bruselas, 3.7.2014 SWD \(2014\) 234 final.](#)

### **Nivel Internacional**

Con la finalidad de acelerar los progresos con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) y 5 (Mejorar la salud materna) en septiembre de 2010 se puso en marcha la [Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño](#), la cual representa una hoja de ruta para fortalecer la financiación, las políticas y servicios dirigidos a los niños y mujeres más vulnerables. En respuesta a esa iniciativa, el 20 de septiembre de 2011, durante la celebración de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la [Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño](#) publicó su informe con 10 recomendaciones, cuyo seguimiento se recogió en el informe de la Secretaría A66/14 en marzo de 2013. Asimismo, la iniciativa [Every Woman, Every Child initiative](#), representa un movimiento mundial que moviliza e intensifica la acción internacional y nacional a través de los gobiernos, multilaterales, el sector privado y la sociedad civil para abordar los principales retos respecto a la salud de las mujeres y los niños según la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño.

En cuanto a aspectos ligados a la nutrición infantil, se organizó la [Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición de la FAO y la OMS \(CIN 2\)](#) del 19-21 de noviembre de 2014 en Roma (Italia). La Secretaría de la OMS preparó un informe relativo a la misma [sobre la Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño- A67/15 Add.1 \(mayo de 2014\)](#). Desde que se aprobó el Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño - A65/11 en 2012, las políticas de alimentación y nutrición vienen recibiendo una atención política creciente. Las metas mundiales de nutrición respaldadas por la Asamblea de la Salud en la [resolución WHA65.6 sobre la Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño](#), han sido ampliamente adoptadas por iniciativas mundiales como la [Iniciativa SUN](#) (Scaling Up Nutrition) para el fomento de la nutrición y el [Global Nutrition for Growth Compact](#) (Pacto mundial de nutrición para el crecimiento), así como en el marco de varias estrategias de los donantes. En la 67ª AMS, se presentó el informe de la Secretaría [A67/15 Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño \(abril de 2014\)](#) y el [Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño de la OMS. Ginebra 2014](#).

Otras políticas, conferencias y estrategias sobre la salud infantil:

- ✓ [Todos los recién Nacidos \(Every newborn-ENAP\)](#): plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible contribuyendo a acciones integradas en la atención continuada a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño. OMS, Junio 2014
- ✓ [OMS/UNICEF. Poniendo fin a las muertes prevenibles: Plan de Acción Mundial para la prevención y Control de la Neumonía y Diarrea, 2013.](#)
- ✓ [Resolución del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas A/HRC/22/32 \(abril 2013\) sobre los Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud](#) para eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles en la infancia.
- ✓ [UNICEF. Committing to Child Survival: A Promise Renewed](#), la cual surgió a partir de la iniciativa Child Survival Call to Action, configurada en Junio 2012.
- ✓ [WHA65.7 Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil](#)
- ✓ [WHA64.13 Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal](#)
- ✓ [Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011–2020](#)
- ✓ [UNESCO Conferencia Mundial sobre la Atención y Educación del niño pequeño. Moscú, Septiembre de 2010. Informes Regionales de África, América latina y Caribe, Asia y Pacífico, Estados Árabes y Europa y América del Norte.](#)
- ✓ [Cuarta Conferencia Africana Internacional sobre el Desarrollo del Niño Pequeño. Noviembre 2009 Dakar, Senegal.](#)
- ✓ [OMS, UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo del Niño Revisada, actualizada y ampliada para atención integral, 2009.](#)
- ✓ [Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe. Un consenso estratégico interinstitucional.](#) Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal: OPS/OMS, UNICEF, USAID, ACCESS, BASICS, CORE Group y la [Iniciativa Salvando la Vida de las y los Recién Nacidos \(SNL\)/Save the Children/USA](#). Guatemala 2007.

- ✓ [WHA60.20 Mejora de los medicamentos de uso pediátrico \(2007\)](#)
- ✓ [H4+ partnership: joint support to improve women's and children's health](#) grupo H4+ --OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA y el Banco Mundial
- ✓ [Presentación del informe sobre la salud en el mundo 2005, "Cada madre y cada niño contarán"](#), en ocasión de la celebración del Día Mundial de la Salud en Nueva Delhi, India, en cual se instó a adoptar un nuevo criterio para salvar las vidas de madres, recién nacidos y niños, prestando especial atención a los recién nacidos, cuyas necesidades específicas no se abordaban adecuadamente con la separación de los programas de salud materno- infantil. De ahí surgió la Declaración de [Nueva Delhi](#).
- ✓ La [Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, "The Partnership"](#) lanzada oficialmente en septiembre de 2005, marcó un hito en el creciente énfasis mundial en la salud de las mujeres, los recién nacidos y los niños. El objetivo de esta alianza es coordinar e intensificar las acciones en los ámbitos nacional, regional y mundial en respaldo a los ODM 4 y 5 y salvar las vidas de millones de mujeres y niños mediante la ampliación del acceso a intervenciones costo efectivas, probadas y accesibles.
- ✓ [Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna](#) y ulteriores resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud.

## PRINCIPALES CAUSAS DE LA CARGA DE ENFERMEDAD

En primer lugar hay que considerar el impacto de los [determinantes sociales de la salud](#) en la mortalidad del recién nacido y de los niños menores de 5 años de edad. La pobreza, la desigualdad y el descontento social socavan la atención materna, del recién nacido y la población infantil a través de numerosas vías, incluyendo dietas maternas pobres, una vivienda inadecuada y el medio ambiente. Asimismo, bajos niveles de educación, la discriminación de género y la falta de empoderamiento impide que las mujeres acudan a los servicios de salud y decidan las mejores opciones para su salud y la de sus hijos, lo que resulta en demoras peligrosas y muertes innecesarias. La brecha entre la cobertura más alta y la más baja de intervenciones eficaces entre la población se podría reducir a través de acciones intersectoriales, tales como la ampliación de programas educativos, la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, el aumento del acceso al agua potable y un saneamiento adecuado, y el progreso hacia la cobertura sanitaria universal.

La alta carga de [mortalidad en los recién nacidos y niños menores de 5 años](#) viene determinada también por situaciones de conflicto o de emergencia humanitaria, la existencia de sistemas de salud débiles con infraestructura limitada y escasa disponibilidad de personal sanitario cualificado. En muchos países, el acceso a servicios de salud de calidad para las mujeres y los niños no está garantizado, lo que resulta en pagos en el momento de prestación de la atención y consecuentemente marcadas disparidades en la cobertura de las intervenciones, entre y dentro de los países.

La mayoría de los [fallecimientos neonatales](#) (85%) se deben a partos prematuros, problemas en el momento del parto, fundamentalmente la asfixia perinatal (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones. [Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años](#), las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea, y el paludismo. Como se ha comentado anteriormente, la malnutrición es una causa subyacente ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

Más de la mitad de los 6,3 millones de muertes prematuras que se produjeron en niños antes de cumplir los cinco años de edad en 2013, se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles.

Las causas de la [malnutrición](#) están directamente relacionadas con la ingesta de una dieta de inadecuada calidad nutricional, así como la exposición a condiciones que perjudican la absorción y el uso de los nutrientes como en el caso de la enfermedad. No obstante, de forma indirecta existen muchos factores interrelacionados entre sí que ha llevado a grandes sectores de la población mundial a la desnutrición, a padecer un déficit de vitaminas y minerales, o bien al sobrepeso y la obesidad, apreciándose grandes diferencias entre los grupos de población, entre otros la seguridad alimentaria de las familias, prácticas inadecuadas de atención materno-infantil, los servicios de salud, un saneamiento ambiental e higiene insuficientes y la falta de agua potable. Con el fin de alcanzar un cambio sostenible, las acciones deben dirigirse a las diferentes causas, lo que requiere un enfoque multisectorial más allá del sector salud.

Las complicaciones de la [prematuridad](#) son también la segunda causa de muerte de los menores de cinco años. Los mayores riesgos de muerte gestacional, neonatal y a lo largo de la lactancia y la primera infancia son los que corren los bebés de pequeño tamaño o poco peso al nacer, es decir, los que nacen antes de tiempo o son pequeños para la edad gestacional. Más del 80% de todas las muertes de recién nacidos se producen entre bebés de pequeño tamaño en Asia meridional y África subsahariana<sup>123</sup>.

Además de un riesgo mayor de mortalidad post-neonatal, los bebés prematuros que sobreviven al primer mes de vida se enfrentan también a trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo, retraso del crecimiento y enfermedades no transmisibles, incluyendo trastornos metabólicos en la edad adulta. Estos resultados obstétricos adversos afectan considerablemente al capital humano e inhiben el desarrollo económico y social de los países.

El mayor riesgo de discapacidad se da en el primer día de vida, y un 10% de la carga mundial de morbilidad está relacionada con las afecciones neonatales. Muchas discapacidades podrían prevenirse con una atención adecuada durante el trabajo del parto, el nacimiento y el periodo neonatal.

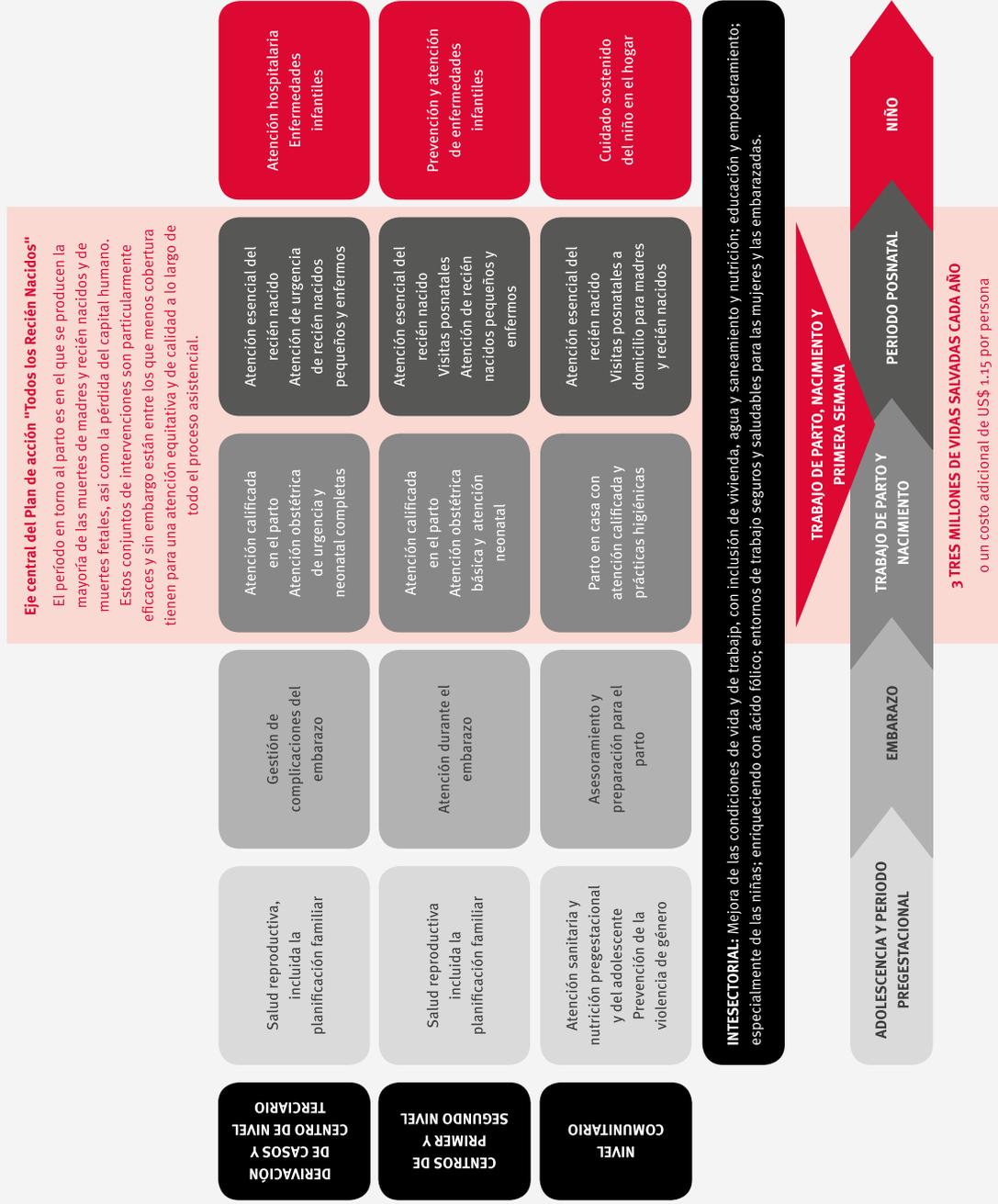
## PAQUETES BÁSICOS

Un informe especial elaborado por UNICEF denominado [Narrowing the gaps to meet the goals \(2010\)](#), basado sobre un nuevo estudio, mostró como un enfoque centrado en la equidad en la supervivencia y el desarrollo del niño, es la forma más práctica y costo-efectiva de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud en la población infantil. El [Marco de Inversión Global en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil](#) estimó que mediante la inversión en un paquete de 50 intervenciones eficaces a un coste de US \$ 5 por persona por año, para el año 2035 se podría evitar la muerte de 147 millones de niños, 32 millones de nacidos muertos y 5 millones de muertes maternas. Una elevada cobertura de intervenciones antes, durante y después del embarazo podría salvar la vida de casi 3 millones de mujeres y recién nacidos y prevenir muertes fetales de aquí a 2025 en 75 países con elevada carga de mortalidad, a un costo adicional de US\$1,15 per cápita.

En el capítulo de salud sexual y reproductiva ya se describieron las [Intervenciones esenciales, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño](#) definidas por la OMS y la red internacional [the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health](#) en 2011 en base a la evidencia científica, con el fin de reducir las **causas principales de mortalidad de la madre, el recién nacido y el niño**. En la lista de 56 intervenciones esenciales se incluye el tipo de personal sanitario profesional que hace falta para aplicarlas, los productos esenciales que hacen falta y las directrices correspondientes por niveles de atención dirigidas a mejorar la supervivencia del recién nacido y el niño. La finalidad primordial es apoyar a los formuladores de políticas y ejecutores de programas en las áreas mencionadas a la hora de preparar planes y estrategias dirigidos a mejorar la salud de las mujeres y los niños.

Para evitar la mortalidad durante el **periodo neonatal**, son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Las intervenciones destinadas a la madre y al bebé ejecutadas al mismo tiempo y en el mismo lugar, por el mismo proveedor/equipo de atención, serán las más eficaces para salvar vidas y mejorar los resultados sanitarios. Entre los conjuntos de intervenciones más eficaces para poner fin a las muertes neonatales y fetales prevenibles se incluyen: la atención durante el trabajo de parto, el nacimiento y la primera semana de vida, y la atención de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño, como el apoyo a la resucitación neonatal, la [lactancia materna](#) (podría salvar la vida de 800 000 niños de menos de 5 años anualmente) y el [método madre canguro](#). Este conjunto de intervenciones, por ser los que más vidas de recién nacidos salvarían, además de prevenir muertes maternas y fetales, constituyen el eje del [plan de acción Todos los Recién Nacidos](#) que muestra el gráfico siguiente.

Gráfico 37. Conjunto de intervenciones en el proceso asistencial continuo



Fuente: Serie The Lancet sobre Todos los recién Nacidos, Mason et al. Lancet 2014

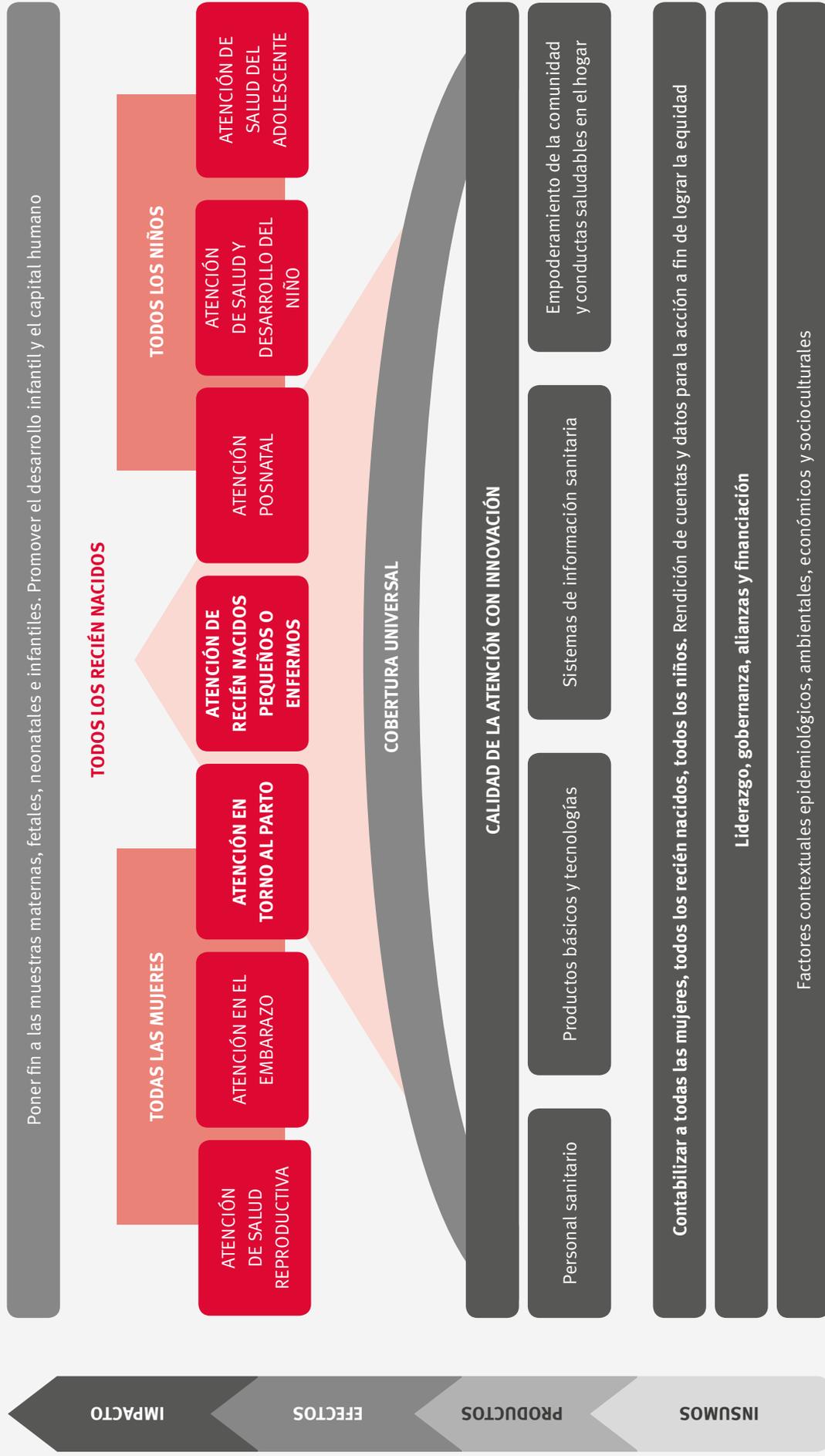
El plan también se basa en los objetivos y metas incluidas en otros planes de acción a nivel mundial, tales como la eliminación de la [transmisión de madre a hijo del VIH](#) y la [sífilis congénita](#); el [control de la malaria](#); la [mejora de la nutrición materna, del lactante y del niño](#); alcanzar la [cobertura universal de vacunación](#); y el [Plan de Acción Mundial Integrado para la Prevención y Control de la Neumonía y diarrea](#).

El marco de impacto que aparece en el gráfico 35 incorpora «[Todos los recién nacidos](#)» al concepto «[Todas las mujeres, todos los niños](#)» y amplía los objetivos para incluir la lucha contra las muertes prevenibles de mujeres, **recién nacidos** y **niños** y la **mortalidad** prevenible, y la mejora del desarrollo infantil y el capital humano, incluyendo paquetes de intervenciones relativos a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

La cobertura universal asegurando una atención de calidad y la innovación, exige tanto el fortalecimiento de los pilares del sistema sanitario como un giro en los programas a nivel comunitario, con una medición rigurosa, un estrecho seguimiento de los programas y rendición de cuentas. Todo ello implica un fuerte liderazgo en el diálogo de políticas y gobernanza a través de alianzas, asegurando la financiación; todo ello considerando también la influencia de factores relacionados con el contexto epidemiológico, ambiental, económico, socio-cultural y jurídico, que influyen en todos los niveles de cambio<sup>124</sup>.

Con la finalidad de reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo tanto a nivel de las familias y las comunidades como los servicios sanitarios, la OMS puso en marcha la estrategia de [Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia \(AIEPI\)](#). Abarca un paquete de intervenciones en el ámbito de tres componentes preventivos y curativos principales: la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos, la mejora general de los sistemas de salud y la mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

Gráfico 38. Marco de impacto del plan de acción Todos los recién Nacidos



Fuente: OMS/UNICEF. Todos los recién nacidos, 2014.

Existe una mejor comprensión de cómo la combinación de acciones en los ámbitos de la salud, la alimentación, el agua y el saneamiento, la educación y la asistencia social está contribuyendo a mejorar la nutrición, y los países se están centrando cada vez más en la elaboración de planes multisectoriales destinados a tal fin. La OMS ha preparado y puesto al día orientaciones en varios ámbitos como son el suministro de vitaminas y minerales a diferentes grupos de edad, el enriquecimiento de alimentos básicos, el tratamiento de la malnutrición aguda y las metas dietéticas para prevenir la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, que se recogen en el documento: [Acciones Esenciales en nutrición: mejorando la salud materna, del neonato, los lactantes y niños pequeños and nutrición \(2013\)](#).

[El Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño](#) incluye cinco esferas de actuación:

1. crear un entorno propicio para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición;
2. incluir en los planes nacionales de nutrición todas las intervenciones sanitarias eficaces que tengan efectos en la nutrición;
3. estimular la elaboración de políticas y programas fuera del sector de la salud que reconozcan e incluyan la nutrición;
4. proporcionar recursos humanos y económicos suficientes para la aplicación de las intervenciones nutricionales y
5. efectuar un seguimiento y una evaluación de la aplicación de las políticas y programas.

## HERRAMIENTAS

- ✓ [OMS. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. Fichas de procedimientos. Ginebra 2014.](#)
- ✓ [Acciones Esenciales en Nutrición: mejorando la salud materna, del recién nacido, la infancia, niño pequeño y nutrición, 2013](#)
- ✓ [WHO-UNICEF Guidelines for Comprehensive Multi-Year Planning for Immunization Update September 2013.](#)
- ✓ [Biblioteca Electrónica de la OMS sobre Evidencia en Acciones en Nutrición \(eLENA2\). OMS 2011: herramienta basada en la web para académicos, responsables de definir políticas, trabajadores de salud, y socios de desarrollo.](#)
- ✓ [Paquetes de intervenciones Recomendadas por la OMS para Mejorar la Salud Materna e Infantil \(2010\).](#)

## ESTUDIO DE CASO

### NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA

Desarrollo del Proyecto de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario a nivel local en Perú.

### BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

La experiencia de la iniciativa a AIEPI a nivel comunitario pretendía promover a nivel familiar el desarrollo de prácticas saludables para el cuidado y bienestar del niño y niña menor de cinco años y de la mujer gestante; y promover la participación de los distintos actores sociales y sus redes con el propósito de construir entornos saludables. El objetivo principal fue el de llegar a Las Comunidades para Promover la Salud Infantil: Mejorando el Liderazgo y Capacidad Técnica de las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales en la Aplicación del Componente del AIEPI para el Hogar y la Comunidad.

### CONTEXTO

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), elaborada en forma conjunta por la OPS/OMS y por UNICEF, provee un conjunto de herramientas para el logro de las Metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, en particular las que se relacionan con la reducción de niveles de mortalidad y morbilidad. Avanza en el concepto de integralidad de la atención de la salud, brindando una herramienta práctica para su aplicación, tanto en los servicios de salud como en el hogar. El componente de AIEPI para el hogar y la comunidad consiste en el aprovechamiento óptimo de una plataforma multisectorial para promover la salud y nutrición infantil, con tres elementos esenciales que se relacionan entre sí:

- 1: Fortalecer el vínculo entre los establecimientos (y sus servicios) de salud y las comunidades
- 2: Prevención, atención e información apropiada y accesible, de los proveedores de salud comunitarios
- 3: Promoción integrada de las conductas familiares claves para la salud y nutrición infantil.

### MECANISMOS DE ARTICULACIÓN EN EL PROCESO DE DIÁLOGO DE POLÍTICA

En el contexto de la Dirección General de Promoción de la Salud (PROMSA) del Ministerio de Salud y las experiencias previas del trabajo comunitario de diversas instituciones, en el año 2002 se creó la Mesa Interinstitucional de Salud Infantil (MISI). La MISI surgió como entidad de coordinación, intercambio de experiencias y elaboración de propuestas entre Instituciones que trabajan en salud de la niñez en general, la mayoría de las cuales también lo hace con la estrategia AIEPI. La coordinación le correspondió al MINSA (Promoción de la Salud y en la última etapa a DGSP), mientras que la Secretaría Técnica la desempeñó CARE. Prontamente se integraron a la MISI numerosas Instituciones: OPS/OMS, UNICEF, Instituto Nacional de Salud del Niño, Direcciones de Salud de Lima y Callao, PARSALUD, Universidades, Colegios Profesionales (Colegio de Enfermeros del Perú), EsSALUD (Gerencia de Atención Primaria), Sociedad Peruana de Pediatría, Cruz Roja Peruana y múltiples ONGs.

## LECCIONES APRENDIDAS

La experiencia desarrollada con el componente comunitario de AIEPI ha permitido ir visualizando que el único actor para desarrollar esta actividad no podía ser seguir siendo el agente comunitario de salud. La nueva perspectiva da un salto cualitativo cuando se desarrolla en Perú el Proyecto Alianza Regional AIEPI Comunitario, sobre la base de la alianza entre el Ministerio de Salud, algunas Direcciones Regionales de Salud seleccionadas, la American Red Cross, la Cruz Roja Peruana, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

AIEPI comunitario contribuye al desarrollo e implementación sostenido de promoción y preconización de prácticas saludables en el ámbito local, facilita la coordinación de acciones en pro de la salud infantil entre las organizaciones de base y otros actores y fomenta cambios en las actitudes y el comportamiento de las familias y entre los miembros de la comunidad que benefician las condiciones del niño y de la gestante.

El enfoque multisectorial, con incorporación de los determinantes de la salud es fundamental: se incluyeron Agua y Saneamiento, Educación, Generación de ingresos, Redes Sociales, etc.

## RETOS

-La implementación diferenciada de las estrategias específicas de control de la salud del niño implicó la multiplicación de los esfuerzos y actividades necesarias para poner a disposición de la población las intervenciones destinadas a la reducción de la mortalidad y morbilidad.

-Continuidad en los seguimientos a las capacitaciones para asegurar la aplicación de las estrategias y calidad de las intervenciones a nivel comunitario.

-Incorporación de AIEPI en los Planes y Proyectos Institucionales: las mejoras en las capacidades del personal de salud deben asociarse a una organización del establecimiento para brindar atención integral e integrada, formando parte de Planes de Mejora Continua de la Calidad en los servicios y en las Redes de Salud.

## EVIDENCIA RECIENTE

### REFERENCIAS

- ✓ [Haidong Wang et al.](#) The Lancet, Volume 384, Issue 9947, Pages 957 - 979, 13 September 2014 doi:10.1016/S0140-6736(14)60497-9 . Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.
- ✓ [OMS. Directrices sobre Salud Materna, del recién Nacido, Niño y adolescente. Recomendaciones sobre la salud del recién nacido, 2013.](#)
- ✓ [OMS. Directrices sobre Salud Materna, del recién Nacido, Niño y adolescente. Recomendaciones sobre salud infantil, 2013.](#)
- ✓ [WHO/The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health/ the Aga Khan University. A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva, 2011.](#)

## WEBSITES

- ✓ [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1)
- ✓ [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/infant\\_feeding/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding/en/)
- ✓ [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/child/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child/en/)
- ✓ [http://www.who.int/gho/child\\_health/en/index.htm](http://www.who.int/gho/child_health/en/index.htm)



# GLOSARIO



<b>ACP</b>	África, Caribe y Pacífico
<b>ADPIC</b>	Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
<b>AECID</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo
<b>AEMPS</b>	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
<b>AIEPI</b>	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
<b>ALC</b>	Acuerdos de Libre comercio (ALC)
<b>AME</b>	Acceso a Medicamentos Esenciales
<b>AMS</b>	Asamblea Mundial de la Salud
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>AVAD</b>	Años de vida perdidos ajustados por discapacidad
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>B&amp;MGF</b>	Bill & Melinda Gates Foundation
<b>CAD</b>	Comité de Ayuda al Desarrollo
<b>CAME</b>	Campaña de Acceso a Medicamentos
<b>CAP</b>	Conocimientos, Prácticas y Actitudes
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism (Mecanismo de Coordinación de Países/MCP)
<b>CE</b>	Comisión Europea
<b>CEWG</b>	Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo
<b>CEHPCP</b>	Comprehensive and Efficient Health Promotion and Care Package (Paquete Integral y Eficiente para la Promoción y Atención Sanitaria)
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
<b>CMS</b>	Comisión sobre Macroeconomía para la Salud
<b>CPD</b>	Coherencia de Políticas para el Desarrollo
<b>CHOICE</b>	Choosing Interventions that are Cost Effective (Selección de Intervenciones Costo-Efectivas)
<b>DPSS</b>	Diálogo de Políticas en el Sector Salud
<b>DFID</b>	Department for International Development United Kingdom
<b>DNDi</b>	Drugs for Neglected Diseases (Medicamentos para Enfermedades Olvidadas)
<b>ECNT</b>	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
<b>EME</b>	Agencia Europea del Medicamento
<b>ENAP</b>	Every Newborn Action Plan to end preventable deaths
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles
<b>ETS</b>	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
<b>HSDP</b>	Plan Nacional de Desarrollo del Sector Salud
<b>ICESCR</b>	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
<b>DRP</b>	Diagnóstico rural participativo

<b>EDCTP</b>	European and Developing Countries Clinical Trials Partnership
<b>ENS</b>	Estrategia Nacional de salud
<b>ETD</b>	Enfermedades Tropicales Desatendidas
<b>FMSTM</b>	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
<b>FNUAP</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>GAVI</b>	GAVI Alliance (Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización)
<b>G-FINDER</b>	Financiación Global para la Innovación dirigida a las Enfermedades Olvidadas
<b>GHWA</b>	Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario
<b>GSPA-PHI</b>	Estrategia y Plan de Acción Mundial sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual
<b>HIA</b>	Health Impact Assessment (Evaluación del Impacto en Salud) en todas las políticas
<b>HPSP</b>	Health and Population Sector Programme
<b>IAP</b>	Investigación-acción participativa
<b>ICC</b>	Immunization Coordinating Committees (Comités de Coordinación Inmunización)
<b>ICESCR</b>	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
<b>IDA</b>	International Dispensary Association
<b>IDoP</b>	Infectious diseases of poverty
<b>IEC</b>	Información, Educación, Comunicación
<b>IGS</b>	Iniciativas Globales de Salud
<b>IHP+</b>	International Health Partnership (Alianza sanitaria Internacional)
<b>iHTP</b>	Integrated Healthcare Technology Package
<b>IRP</b>	International reference Prices (Precios de Referencia Internacional)
<b>JANS</b>	Joint Assessment of National Strategies (Evaluación Conjunta de Estrategias Nacionales, por sus siglas en inglés)
<b>JAR</b>	Joint Annual Reviews (Revisiones Conjuntas Anuales)
<b>LSHTM</b>	<i>London School of Hygiene and Tropical Medicine</i>
<b>MAEC</b>	Ministerios de Asuntos Exteriores y Cooperación
<b>MAH</b>	Marco de Acción de Hyogo
<b>MAP</b>	Marcos de Asociación País
<b>MASCE</b>	Mesa de Armonización Sectorial de la Cooperación Española
<b>MBB</b>	Marginal Bottleneck Budgeting (Presupuestación Marginal de “cuellos de botella”)
<b>M &amp; E</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>MFMP</b>	Marco Fiscal de Mediano Plazo
<b>MGMP</b>	Marco de Gestión de Mediano Plazo
<b>MGPSS</b>	Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud
<b>MIMAS</b>	Mesa Inter-Ministerial de Salud
<b>MIS</b>	Modelo Incluyente de Salud
<b>MISP</b>	Paquete Mínimo Inicial de Servicios de Salud Reproductiva
<b>MSSSi</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>MTEF</b>	Medium-term plan and Expenditure Framework (Marco de Gastos a Mediano Plazo)
<b>OAH</b>	Oficina de Acción Humanitaria
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMC</b>	Organización Mundial del Comercio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OOP</b>	Pagos directos de bolsillo del usuario (Out of Pocket Payments en inglés)
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>OTC</b>	Oficina Técnica de Cooperación
<b>PAPS</b>	Programa de Apoyo a las Políticas del Sector Salud
<b>PARPA</b>	Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza Absoluta
<b>PATH</b>	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in hospitals
<b>PBA</b>	Programme Based Approaches (Apoyo Programático)
<b>PBAS</b>	Paquete Básico de Atención Sanitaria
<b>PEN</b>	Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings
<b>PES</b>	Paquete Esencial de Servicios
<b>PFM</b>	Public Financial Management (Gestión Pública Financiera)
<b>PSA</b>	Antígeno Prostático Específico
<b>RHS</b>	Recursos Humanos Sanitarios
<b>PI</b>	Propiedad Intelectual
<b>PMI</b>	Iniciativa del Presidente de Estados Unidos contra el Paludismo
<b>PO</b>	Programación Operativa
<b>PPP</b>	Public Private Partnership (Asociación Público-Privada)
<b>PROGRESS</b>	Acrónimo en inglés, en el que cada letra representa: Place, Race, Occupation, Gender, Religion, Education, Socio-Economic Status
<b>P4H</b>	Providing for Health (Provisión para la Salud)
<b>RBF</b>	Financiación Basada en Resultados ( <a href="#">Results Based Financing</a> )
<b>RHS</b>	Recursos Humanos Sanitarios
<b>RISS</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>RMNCH</b>	Salud Reproductiva, de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
<b>SC</b>	Sociedad Civil
<b>SICA</b>	<a href="#">Sistema de Integración Centroamericana</a>
<b>SIS</b>	Sistema de Información Sanitaria
<b>SETP</b>	Salud en Todas las Políticas
<b>SOCIEUX</b>	Social Protection European Union Expertise in development Cooperation
<b>TDR</b>	Tropical Disease Research (Investigación en Enfermedades Tropicales)
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
<b>SMART</b>	Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time bound indicators (indicadores Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y delimitados en el Tiempo)
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SSRD</b>	Salud sexual y reproductiva y los derechos
<b>SWAP</b>	Sector Wide Approach (Enfoque Sectorial)
<b>TAC</b>	Treatment Action Campaign
<b>TEAM</b>	Trade Enhancing Access to Medicines
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>VARD</b>	Vinculación Ayuda Rehabilitación Desarrollo
<b>WHA</b>	World Health Assembly (Asamblea Mundial de la Salud)

# NOTAS AL PIE DE PÁGINA



**1**

[http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index8.html#](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#)

**2**

Swedish International development Agency (SIDA), 2006, “Dialogue and Strategic Communication in Development Cooperati-on”, Communication for Development (September).

**3**

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. La Ayuda Programática Guía Técnica para la puesta en marcha de los nuevos instrumentos de cooperación, 2008.

**4**

WHO. A Framework for National Health Policies, Strategies and Plans. Geneva, June 2010.

**5**

EuropeAid E3 Concept Note. Health Sector Pôlicy Dialogue, 2009.

**6**

VOICE in Health Policy, 2005a “A framework for Collaboration on Health Policy Development”, A tool for voluntary Organizati-ons Working in Health. Health Canada and the Public Health Agency of Canada, Canadian Public Health Association (CPHA). January 2005.

**7**

EuropeAid. Tools and methods series. Guidelines No 2 Support to Sector Programmes Covering the three financing modalities: Sector Budget Support, Pool Funding and EC project procedures. Brussels July 2007.

**8**

Quote from Hera website: <http://www.hera.eu/en/health-sector-review-or-diagnosis-41.htm.vvvvvv>

**9**

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels, COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL AND THE EUROPEAN PARLIAMENT EU Code of Conduct on Division of Labour in Development Policy 28.2.2007 COM(2007) 72 final.

**10**

Orientaciones Técnicas para la AECID sobre LA COOPERACIÓN DELEGADA. AECID. Ministerio de Asuntos Exteriores y Coo-peración [Versión 6. 18/02/09].

**11**

OCDE. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005) y Programa de acción de accra (2008).

**12**

Comunicación de la Comisión Europea al Consejo y al Parlamento Europeo, de 2 de marzo de 2006, «Cómo hacer más productiva la ayuda europea: un marco común para la elaboración de los documentos estratégicos nacionales y la programación plurianual común» [COM (2006) 88 final - Diario Oficial C 130 de 3.6.2006].

**13**

A64/12. Informe de la Secretaria sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud: *Mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud*. Ginebra abril 2011.

**14**

Resolución WHA64.8. *Fortalecimiento del diálogo normativo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos*. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 2011.

**15**

Cassels A. A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements. Geneva: World Health Organization; 1997. WHO document WHO/ARA/97.12.

**16**

Documento de Trabajo de la Comisión Europea: Contribuyendo a la cobertura universal de los servicios de salud a través del desarrollo de políticas. SEC(2010), Bruselas.

**17**

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. *Conclusiones del Consejo sobre el papel de la UE en la Salud Mundial. 30ª Reunión del Consejo de ASUNTOS EXTERIORES* Bruselas, 10 de Mayo 2010.

**18**

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. *Conclusiones del Consejo sobre el papel de la UE en la Salud Mundial. 30ª Reunión del Consejo de ASUNTOS EXTERIORES* Bruselas, 10 de Mayo 2010.

**19**

Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

**20**

62ª Asamblea Mundial de la Salud Agenda item 12.4 22 Mayo 2009. WHA 62.12 Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud.

**21**

Guía de modalidades e instrumentos de cooperación de la AECID.

**22**

Chambers, R. (1994), Participatory Rural Appraisal (PRA): Analysis of Experience. World Development, Vol.22, No.9 pp 1253-1268.

**23**

O'Neill, J., Bartlett, J., Mignone, J. 2007. Best Practices in Intercultural Health. Inter-American Development Bank, Washington, DC.

**24**

Muela Ribera, J. (2007) Medical Pluralism in Africa, Alvarez, C., & DiGiacomo, S., eds. "Women, AIDS and Access to Health Care in Sub-Saharan Africa: Approaches from the Social Sciences". Published in Spanish, Portuguese and English ([www.sidafrica.net](http://www.sidafrica.net); [www.medicusmundi.es/catalunya](http://www.medicusmundi.es/catalunya); [www.aeci.es/vita](http://www.aeci.es/vita)).

**25**

La distinción emic/etic se usa en las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento para referirse a dos tipos diferentes de descripción relacionadas con la conducta y la interpretación de los agentes involucrados. Se entiende generalmente emic como el punto de vista del nativo y etic como el punto de vista del extranjero, mediante una serie de herramientas metodológicas y de categorías (según el musicólogo y semiólogo Jean-Jacques Nattiez, 1990: 61).

**26**

OMS: SARA Service Availability Indicators 2012.

**27**

DALY data base: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>

**28**

Promoviendo Alianzas y Estrategias. Planificación estratégica basada en evidencia. Guía Metodológica. Anibal Velásquez. Marzo 2006

**29**

WHO Service Delivery Seminar Series. DRAFT Technical Brief No. 2, 3 July 2008 ESSENTIAL HEALTH PACKAGES: WHAT ARE THEY FOR? WHAT DO THEY CHANGE?

**29**

WHO Service Delivery Seminar Series. DRAFT Technical Brief No. 2, 3 July 2008 ESSENTIAL HEALTH PACKAGES: WHAT ARE THEY FOR? WHAT DO THEY CHANGE?

**30**

WHO. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. A Global Review of the key Interventions related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva 2011.

**30**

WHO. Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. A Global Review of the key Interventions related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva 2011.

**31**

Education for all. Fast track initiative framework. Guidelines for Capacity for Development in the Education Sector. February 2008.

**32**

Hospital management in the context of health sector reform: a planning model in Ethiopia. Hartwig K, Pashman J, Cherlin E, Dale M, Callaway M, Czaplinski C, Wood WE, Abebe Y, Dentry T, Bradley EH. Erratum in Int J Health Plann Manage. 2009 Apr-Jun;24(2):187-90.

**33**

Salud en las Américas 2007. Vol. I. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2007.

**34**

Ensor T. et al. Health Policy and Planning; 17(3): 247-256. Oxford University press 2002.

**35**

Using health sector's budget expansion to progress towards the Millennium Development Goals in Sub-Saharan Africa; A Sou-cat, W Van Lerberghe, F Diop, S N Nguyen and R Knippenberg. Draft version: November 2002.

**36**

World Bank. Medium Term Expenditure Frameworks: From Concept to Practice. Preliminary Lessons from Africa February 2002 Africa Region Working Paper Series No. 28 .

**37**

OPS. Salud en las Américas 2007.

**38**

OMS Análisis de sistemas de salud deteriorados en situaciones de crisis - Manual modular. Ginebra 2009.

**39**

Guy Carrin. Health Systems Policy, Finance and Organization. Geneva, 2009.

**40**

Garay J. Global Health Equity, Global Justice. Berkeley Dec 2011.

**41**

Ver la Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID 2014.

**42**

Medium Term Expenditure Frameworks: From Concept to Practice. Preliminary Lessons from Africa February 2002 Africa Region Working Paper Series No. 28

**43**

OMS. Subsanan las desigualdades sanitarias en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra 2008.

**44**

Garay J. Global health equity and the challenge for a new global health framework. The US and EU policies and opportunities to improve global health. Berkeley 2012.

**45**

Resolución AMS 61.21, 2008.

**46**

AECID. Guía de la Cooperación Española para la integración de las TIC en las intervenciones en salud de la cooperación para el desarrollo, Madrid 2012.

**47**

Ver Shakarishvili G. Building on Health Systems Frameworks for Developing a Common Approach to Health Systems Strengthening. Prepared for the World Bank, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, and GAVI Alliance, Technical Workshop on Health Systems Strengthening, Washington, DC, June 25-27, 2009.

**48**

WHO. Health systems performance assessment. World health report 2000. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework.

**49**

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. 2008: Oxford University Press.

**50**

World Health Organization. Everybody's business. 2006: Geneva.

**51**

WHO and the World Bank. Measuring Health Systems Strengthening and Trends: A toolkit for countries.

**52**

WHO National eHealth Strategy Toolkit, 2012.

**53**

Sameen Sddiqui et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. Health Policy 90(2009)13-25.

**54**

S. Siddiqi et al. / Health Policy 90 (2009) 13–25. Framework for assessing governance of the Health System in developing countries: Gateway to good governance.

**55**

USAID. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual Version 2.0. Washington 2012.

**56**

EIRD, Banco Mundial, DARA, AECID. MAH. De las palabras a la acción: Guía para la implementación del Marco de Hyogo 2005-2015: Aumento de la Resiliencia de las Naciones y las Comunidades ante los Desastres. 2008.

**57**

[WHO. Report of the Meeting on People-centred Care in Low- and Middle-Income Countries. meeting held 5 May 2010.](#)

**58**

Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010.

**59**

Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, El futuro que queremos.

**60**

Resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

**61**

Levesque J.F., Hariis M., and Russell G. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:18. Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations.

**62**

Ståhl T et al. (2006) Stahl T et al. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department.

**63**

WHO Regional Office for Europe. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen 2012.

**64**

Marchal et al 2003 ; Narasimhan et al 2004.

**65**

Campbell J, Cometto G, Sheikh MR. *Human resources for health, universal health coverage and healthy life expectancy: framing the contemporary agenda for HRH*. Geneva, Global Health Workforce Alliance, 2013.

**66**

Global Health Workforce Alliance (2011) *Progress report on the Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Reviewing Progress, Renewing Commitment*.

**67**

[Interagency Task Team on Human Resources for Health \(2012\) Human Resources for Health.](#)

**68**

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16 May 2010.

**69**

Global Health Workforce Alliance/WHO. *A Universal Truth: No health without a Workforce*. Geneva 2013.

**70**

Bossert TJ, Ono T. Finding affordable health workforce targets in low-income nations. *Health Affairs (Project Hope)*, 2010, 29:1376–1382.

**71**

*Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (Social Security Policy Briefings)

**72**

World Social Security Report 2010–2011: providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva, International Labour Office, 2011.

**73**

Scheil-Adlung X et al. *New approaches to measuring deficits in social health protection coverage in vulnerable countries*. Geneva, World Health Organization, 2010.

**74**

Scheil-Adlung X. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. Draft.

**75**

Bustreo F et al. Ending preventable maternal deaths: the time is now. Lancet Global Health, 2013, 2010–2011.

**76**

WHO. Treat, Train, Retain. Geneva 2006

**77**

[The Lancet, Volume 376, Issue 9756, Pages 1923-1958, 4 December 2010.](#)

**78**

[OMS. Documento de referencia para el Informe sobre la salud en el Mundo 2006.](#)

**79**

[WHO. Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. Geneva 2011.](#)

**80**

[BMC Health Services Research 2008, 8:247](#)

**81**

WHO Global Policy Recommendations on Rural Retention. [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/oms\\_retencion\\_personal.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/oms_retencion_personal.pdf)

**82**

K. Hermann, W. Van Damme, G.W. Pariyo, E.J. Schouten, Y. Assefa, A. Cirera, William Massavon. Community Health Workers for ART in sub-Saharan Africa: Learning from experience, capitalizing on new opportunities. Human Resources for Health 2009, 7:31 doi:10.1186/1478-4491-7-31

**83**

[WHA 66/24. OMS Ginebra, marzo 2013](#)

**84**

Estrategia farmacéutica de la OMS 2004-2007. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5522s/1.html>

**85**

<http://ec.europa.eu/trade/policy/accessing-markets/intellectual-property/access-to-medicines/>

**86**

[OMC, Declaración de Doha, Qatar, 2001.](#)

**87**

WHO. World medicines situation 2011 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20054en/s20054en.pdf?ua=1>

Lu Y et al. Medicine expenditures. The world medicines situation. Geneva, WHO, 2010. <http://dosei.who.int/>

**88**

WHO. World medicines situation 2011 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20054en/s20054en.pdf?ua=1>

**89**

Informe sobre la salud en el mundo 2010 - Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

**90**

OPS. Guía para la implementación de estrategias de medicamentos Genéricos en los países de América Latina y Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos. Washington DC 2011.

**91**

WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

**92**

OMS. Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, Nairobi 1985.

**93**

WHO. Medicines use in primary health care in developing and transitional countries. Fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006. Geneva 2009. [http://who.int/medicines/publications/who\\_emp\\_2009.3](http://who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3)

**94**

WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva 2003. [http://who.int/cho/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://who.int/cho/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)

**95**

Using indicators to measure country pharmaceutical situations: Fact book on WHO Level I and Level II monitoring indicators. Geneva, World Health Organization, 2006. <http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14101e/s14101e.pdf>

**96**

Promoting rational use of medicines: Core components. WHO Policy Perspectives on Medicines, No.5. Geneva, World Health Organization, 2002. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>

**97**

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra, 2010.

**98**

National Health accounts. Geneva WHO 2010. <http://www.who.int/nha>

**99**

More money for health, and more health for the money. Londres: Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud; 2009. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about-ihp/past-events/high-level-taskforce-for-innovative-international-financing-of-health-systems/>

**100**

WHA A66/24 Cobertura Sanitaria Universal. Informe de la Secretaría. Asamblea Mundial de la Salud. Marzo 2013.

**101**

CORTES GENERALES DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. Año 2011 IX Legislatura Núm. 747.

**102**

OMS. Informe de la Salud en el Mundo 2000. Ginebra 2000. [www.who.int/whr/2000/es/](http://www.who.int/whr/2000/es/)

**103**

OMS. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. Ginebra 2013.

**104**

RP Carvalho, D en Bioética, Paulo AC Fortes, PhD, Volnei Garrafa, Odont. Salud Publica Mex 2014;56:221-225. Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud Regina.

**105**

WHO (2010). World Health Statistics 2010. Geneva: World Health Organization.

**106**

WHO. The Abuja Declaration: Ten Years On. Geneva 2011. [http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja\\_report\\_aug\\_2011.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf?ua=1)

**107**

Oliver Schwank. Global Health Initiatives and Aid Effectiveness in the Health Sector Background Paper. World Economic and Social Survey 2012. [http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess\\_bg\\_papers/bp\\_wess2012\\_schwank.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2012_schwank.pdf)

**108**

OECD Stat Extracts [Internet site]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010. Available from: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>

**109**

WHO 2005 Technical Brief Series - Brief No 2 DESIGNING HEALTH FINANCING SYSTEMS TO REDUCE CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE. [http://www.who.int/health\\_financing/pb\\_2.pdf](http://www.who.int/health_financing/pb_2.pdf)

**110**

OMS. Informe de la Salud en el Mundo 2000. Ginebra 2000. [www.who.int/whr/2000/es/](http://www.who.int/whr/2000/es/)

**111**

26º Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a Sesión del Comité Regional Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la OPS y la OIT. -CSP26/12-, 16 de julio del 2002.

**112**

OPS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas n.º 4). Washington, DC, PAHO, 2010.

**113**

Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

**114**

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=378&Itemid=](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=378&Itemid=)

**115**

Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.

**116**

WHO, Unsafe Abortion—Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, 5th ed, 2007.

**117**

Smith et al. Family Planning Saves Lives. 4th ed. Population Reference Bureau, 2009, p. 4.

**118**

El año de vida ajustado en función de la discapacidad sigue siendo el indicador que da la posibilidad de calcular, con un grado de aproximación razonable, la carga de morbilidad relativa en materia de salud sexual y reproductiva como porcentaje de la carga mundial de morbilidad, por sexo y por región.

**119**

Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014. Informe del Secretario General. Naciones Unidas, NY febrero 2014.

**120**

Lale Say, Doris Chou et al. The Lancet Global Health, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. 2014; 2: e323–33. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis.

**121**

OMS Estadísticas sanitarias mundiales 2014.

**122**

Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 3 de agosto de 2013;382(9890):427–51. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960937-X/abstract>)

**123**

OMS, UNICEF. 2014. Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

**124**

A67/21 Salud neonatal: proyecto de plan de acción. Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible Informe de la Secretaría. Mayo 2014.





Av. Reyes Católicos, 4  
28040 Madrid, España  
Tel. +34 91 583 81 00

[www.aecid.es](http://www.aecid.es)