
GUÍA PARA CONTRIBUIR AL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA ALCANZAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Guía para contribuir al Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal.

© AECID 2022

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Av. Reyes Católicos, 4

28040 Madrid, España

Teléfono: +34 91 583 81 00

NIPO en línea—109-22-019-8

Catálogo general de publicaciones oficiales: <https://cpage.mpr.gob.es>

www.aecid.es

Dirección y Coordinación— Este documento de trabajo de la colección “Experiencias de la Cooperación Española” ha sido redactado por Marta Romero con el apoyo de Cruz Ciria y Juan Carlos Rumbero a petición del Área de Salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Se agradecen enormemente las valiosas aportaciones y reflexiones de Ángel Chica, José R. Repullo, Mariam Martínez, Vicente Gómez, Isabel Botija, Nuria San Segundo, Carlos Mediano y Miguel Ángel Ramón durante la elaboración del mismo.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del copyright.

Diseño original—Frank Martínez Soriano. frank@frankmartinezportfolio.com

Maquetación—Cristina Vergara



CENTRO DE SALUD DE NIAKAMORO EN BAMAKO DONDE UNICEF REALIZA PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN CON EL APOYO DE COOPERACIÓN ESPAÑOLA. (MALÍ).
FOTO: © MIGUEL LIZANA / AECID

ÍNDICE

| | | |
|-----|----|--|
| Pág | 6 | RESUMEN EJECUTIVO |
| Pág | 8 | INTRODUCCIÓN |
| Pág | 10 | 1. CONCEPTOS |
| Pág | 12 | 1.1 SISTEMA DE SALUD O SISTEMA SANITARIO |
| Pág | 17 | 1.2 FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA DE SALUD |
| Pág | 18 | 1.3 COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL 15 |
| Pág | 20 | 1.4 MARCO DE ACCIÓN: LOS 6 PILARES DEL SISTEMA DE SALUD |
| Pág | 23 | 1.5 ENFOQUE VERTICAL (PROGRAMA) VS ENFOQUE HORIZONTAL (SISTEMA) |
| Pág | 25 | 1.6 LOS DETERMINANTES SOCIALES |
| Pág | 28 | 2. MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD |
| Pág | 30 | 2.1 MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD |
| Pág | 33 | 2.2 EJEMPLO: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA |
| Pág | 44 | 3. PRINCIPALES RETOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD |
| Pág | 46 | 3.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS - ACCESO Y CALIDAD |
| Pág | 47 | 3.2 FINANCIACIÓN DEL SISTEMA |
| Pág | 51 | 3.3 RECURSOS HUMANOS |
| Pág | 52 | 3.4 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN |
| Pág | 53 | 3.5 PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA |
| Pág | 55 | 3.6 LIDERAZGO Y GOBERNANZA |
| Pág | 58 | 4. ORIENTACIONES PARA CONTRIBUIR A FORTALECER UN SISTEMA DE SALUD Y PROMOVER LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL |
| Pág | 60 | 4.1 ¿CÓMO FUNCIONA EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS? |
| Pág | 61 | 4.2 ¿QUIÉNES SON NUESTROS ALIADOS? |
| Pág | 66 | 4.3 ¿QUÉ PRINCIPIOS BÁSICOS DE COOPERACIÓN DEBEN GUIAR NUESTRAS INTERVENCIONES? |
| Pág | 70 | 4.4 ¿QUÉ PREMISAS NO DEBEMOS OLVIDAR SI QUEREMOS CONTRIBUIR A FORTALECER UN SISTEMA DE SALUD? |
| Pág | 72 | 4.5 ¿CÓMO PODEMOS PONER TODO ESTO EN PRÁCTICA SIN CREAR MÁS CAOS? |

| | | |
|-----|----|--|
| Pág | 78 | 5. DOCUMENTACIÓN CONSULTADA |
| | | LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS |
| | | LISTADO DE TABLAS |
| Pág | 14 | Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN. |
| Pág | 35 | Tabla 2. RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. |
| Pág | 41 | Tabla 3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y AÑOS DE FORMACIÓN. |
| | | LISTADO DE FIGURAS |
| Pág | 18 | Figura 1. INVERTIR EN EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA ALCANZAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y LOS ODS. |
| Pág | 19 | Figura 2. COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL - OMS. |
| Pág | 20 | Figura 3. LOS 6 PILARES DE UN SISTEMA DE SALUD. |
| Pág | 21 | Figura 4. ENFOQUE 4X4. |
| Pág | 23 | Figura 5. ENFOQUE VERTICAL Y ENFOQUE HORIZONTAL EN SALUD. |
| Pág | 25 | Figura 6. RELACIÓN ENTRE LOS ODS, LOS DETERMINANTES SOCIALES, EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA Y LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL. |
| Pág | 26 | Figura 7. LOS DETERMINANTES SOCIALES. |
| Pág | 32 | Figura 8. GASTO SANITARIO PER CÁPITA (DÓLARES INTERNACIONALES) Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) EN VARIOS PAÍSES (AÑO 2009). |
| Pág | 36 | Figura 9. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: INSTITUCIONES Y ENTIDADES Y SUS COMPETENCIAS. |
| Pág | 37 | Figura 10. DISTRIBUCIÓN FUNCIONAL DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN 2017. |
| Pág | 37 | Figura 11. DISTRIBUCIÓN ECONÓMICA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN 2017. |
| Pág | 46 | Figura 12. ÍNDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL. |
| Pág | 48 | Figura 13. PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERIOR BRUTO DEDICADO AL GASTO EN SALUD. |
| Pág | 49 | Figura 14. FINANCIACIÓN SANITARIA DEL SISTEMA DE SALUD. |
| Pág | 51 | Figura 15. RATIO DE MÉDICO POR 1.000 HABITANTES. |

RESUMEN EJECUTIVO

Para alcanzar la cobertura sanitaria universal y mejorar la salud global de un país es necesario que dicho país cuente con un sistema de salud sólido, que asegure el acceso pero también la calidad de los servicios, la protección financiera y la confianza de los usuarios. Si no existe un sistema de salud sólido, el país no podrá asegurar ese derecho, y, mucho menos, ante catástrofes humanitarias o epidemias globales.

El sistema de salud de un país es un universo complejo. Está compuesto por muchos componentes que interactúan entre sí. La Organización Mundial de la Salud distingue seis elementos constitutivos de un sistema de salud: la prestación de servicios, el personal sanitario, la información, los productos y las tecnologías médicas, la financiación y el liderazgo y gobernanza.

Existen distintos modelos de sistemas de salud, pero se distinguen tres grandes modelos en función de cómo se financian: los sistemas de cobertura sanitaria universal que ofrecen cobertura a todos los ciudadanos de forma gratuita, los sistemas de cotización social en los que la atención sanitaria está vinculada a la cotización por los ingresos salariales, y los sistemas de asistencia sanitaria privada, en los que la cobertura depende de la capacidad económica individual y al coste de la prima del seguro sanitario.

El Sistema Nacional de Salud de España ofrece cobertura sanitaria universal. Se fue desarrollando a partir de un seguro obligatorio de enfermedad para los trabajadores en los años 40 hasta llegar a consolidarse e integrar todos los servicios y estructuras en 1986 con la Ley General de Sanidad. En dicha evolución destacan cuatro aspectos clave: la gran inversión pública en los años 60 y 70, la reformas del sistema financiero y tributario, la formación de especialistas y las reformas sanitarias.

En la actualidad, los países afrontan distintos retos a la hora de desarrollar y consolidar un sistema de salud que ofrezca atención sanitaria de calidad. En los países de renta media y baja, estos retos son de mayor envergadura principalmente por la escasez de medios humanos y materiales y por la débil organización del sistema. A la hora de contribuir al fortalecimiento de un sistema, se deberá entender el área en el que se va a trabajar como parte de un sistema más global, e incidir por partes iguales en los tres activos de dicho universo: los medios, la organización y la gestión del conocimiento, sea cual sea el nivel (micro o macro) en el que intervenimos. Todas las intervenciones de cooperación deberán estar diseñadas con una mirada global y sistémica y encaminadas a fortalecer los componentes del sistema, teniendo muy en cuenta las consecuencias negativas de dicha intervención en otras partes del sistema.

Las intervenciones de cooperación deberán tener como objetivo contribuir a mejorar la calidad de los servicios del sistema de salud ya que es actualmente la mayor barrera para la reducción de la mortalidad, por encima de la falta de acceso. Asimismo, deberán tener presente que la atención primaria y la atención especializada son igualmente necesarias para que un sistema sanitario funcione correctamente y que el paciente pueda fluir de un nivel a otro como si se tratara de un sistema de vasos comunicantes.

A la hora de poner en práctica las acciones, se recomienda: adoptar visiones conjuntas, coordinadas y alineadas que fortalezcan el sistema como un todo y no sigan promoviendo esfuerzos fragmentados a nivel micro así como trabajar a largo plazo y permitir que las autoridades del país sean las que lideren, decidan y ejecuten los programas ya que los Ministerios de Salud de los países son los responsables últimos de la salud global de la población de su país.



Proyecto medicos del mundo Sedhiou (Senegal)
Foto: © Miguel Lizana / AECID

INTRODUCCIÓN

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenible. Así quedó reflejado en la Declaración de Alma-Ata en 1978, que acordó que la ‘salud para todos’ contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. Sin embargo, 30 años más tarde, seguimos sin alcanzar la cobertura sanitaria universal y la inequidad en salud sigue aumentando. ¿Qué podemos hacer para alcanzar esa meta? El primer paso es fortalecer los sistemas de salud de los países para que estos puedan proveer servicios de calidad a su población. Pero ¿qué entendemos por ‘sistema de salud’ y en qué consiste exactamente su ‘fortalecimiento’? ¿cuáles son los principales retos para llevarlo a cabo? ¿qué acciones serán las más proclives a fortalecer un sistema?

En las siguientes páginas se intenta dar respuesta, de forma muy sencilla y resumida, a dichas preguntas y servir de ayuda a responsables técnicos del conjunto de la Cooperación Española, en sede y terreno, en su trabajo diario a la hora de establecer estrategias, identificar operaciones, valorar propuestas de financiación y hacer seguimiento de proyectos. Este documento constituye, por lo tanto, un primer abordaje o punto de partida para alguien que se enfrenta por primera vez al trabajo en cooperación al desarrollo en el sector sanitario y no es experto en la materia.

La elaboración de este texto se ha basado en el trabajo y análisis previo recogido en distintos documentos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) tales como la Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud, la Guía para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud (2016), la Guía sobre Modalidades e Instrumentos (2014), la Nota Sectorial de Salud (2016) y la Guía de Ayuda Programática (2008). Por este motivo, se recomienda consultar dichos documentos para ampliar el contenido, ya que muchos aspectos se mencionan en el presente texto de forma muy somera.

El documento dedica el primer apartado a definir los conceptos clave en la organización y fortalecimiento de los sistemas de salud. En la segunda parte se describen los tres modelos sanitarios más frecuentes y el desarrollo histórico y las características principales del sistema sanitario español, a modo de ejemplo ilustrativo. A continuación, en el tercer apartado, se comparten algunos de los principales retos que afrontan los sistemas de salud en algunos países. Y, por último, en el cuarto apartado se ofrecen cuatro orientaciones que pueden servir de hoja de ruta a la hora de intervenir en un sistema de salud.



Como parte de la interconsulta el Médico Académico le toma la presión a la paciente. (Bolivia). Foto:© Miguel Lizana / AECID

CONCEPTOS



En este primer apartado definiremos algunos conceptos clave relacionados con el fortalecimiento de los sistemas de salud en el contexto de la cooperación al desarrollo. De forma muy resumida, abordaremos, entre otros aspectos, qué es un sistema de salud y sus componentes, en qué consiste el fortalecimiento del mismo, qué factores intervienen y cuál es el fin último a alcanzar: la cobertura sanitaria universal (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.8).

1.1 SISTEMA DE SALUD O SISTEMA SANITARIO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un sistema de salud “lo constituyen aquellas organizaciones, personas y acciones que tienen como principal objetivo promover, recuperar o mantener la salud [...] Las metas del sistema son conseguir dar respuesta, ser económicamente justo y utilizar de la mejor forma, o de la más eficiente, los recursos disponibles” (OMS, 2007).

En este documento cuando hablamos del sistema de salud nos referiremos a todo el sector sanitario de un país: desde la medicina pública hasta la privada y la tradicional y desde la red sanitaria a nivel primario, que promueve la salud en la comunidad, hasta la atención especializada en los hospitales de referencia.

“La organización de un sistema de salud reflejará el sector sanitario en un medio concreto, los valores y motivaciones de la sociedad en la que se desarrolla y mostrará el resultado del esfuerzo colectivo para mejorar y promover la salud y financiar y garantizar las prestaciones que lo posibilitan” (Repullo e Iñesta, 2016). Por lo tanto, los sistemas de salud son sistemas sociales en constante cambio y evolución y tienen mucho que ver con los valores de los ciudadanos, el modelo de Estado, la situación socio-económica y los intereses de los grupos de poder. El sistema, por tanto, se organizará de distintas formas y estará formado por distintos componentes o pilares que analizaremos más en detalle en los siguientes apartados.

¿CÓMO SE ORGANIZA UN SISTEMA DE SALUD?

Un sistema sanitario se organiza en torno a unos valores o principios éticos, a una estructura de niveles (atención primaria y atención especializada), y a la oferta de una determinada cartera de servicios a la población de referencia. Para poder prestar dichos servicios el sistema debe contar con recursos humanos cualificados, material y equipamiento médico, un sistema de gestión de la información y financiación. Todos estos componentes sostienen el sistema de salud y permiten que el sistema funcione correctamente.

VALORES

Los valores que deben regir el funcionamiento de un sistema son: equidad, calidad y participación (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

- ✓ **Equidad:** acceso a las prestaciones y al derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.

- ✓ **Calidad:** de evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, implicando al sistema sanitario.
- ✓ **Participación:** ciudadana tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del sistema sanitario.

NIVELES DE ATENCIÓN

A veces puede confundirse el sistema de salud con el sistema de atención sanitaria, que se refiere exclusivamente a las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de servicios a los pacientes, uno de los pilares de todo el sistema.

Podemos distinguir distintos niveles de atención sanitaria. Como se muestra en la pirámide, la base de la misma es la atención primaria porque abarca a un mayor número de población. La cúspide de la pirámide, la atención especializada, atiende a un menor número de población y además consume más recursos por la complejidad de los servicios prestados.



Estos niveles tendrán diferentes características en función del país. Por ejemplo, en los países de renta media y alta, la atención primaria como primer nivel asistencial es en donde el médico de medicina familiar y comunitaria o el pediatra puede atender al paciente o derivarlo a otro médico especialista. En cambio, en los países de renta baja, en donde el acceso a la atención especializada sigue planteando retos importantes, en atención primaria no suele existir la figura de un médico especialista y aún así, en ocasiones, puede que sea el único nivel al que accede el paciente. Asimismo, en países de renta baja existe con frecuencia el nivel de salud comunitaria que es previo a la atención primaria y que cuenta con los ‘promotores de salud’, ‘extensionistas de salud’, o similares, que realizan tareas de prevención, seguimiento y recogida de información.

Podemos, en cualquier caso, intentar identificar una serie de rasgos comunes en relación a cada nivel de atención para ayudarnos a analizar la estructura del sistema del país en el que estamos trabajando.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN.

| | NIVELES | TIPO DE ATENCIÓN/ SERVICIO | ACTIVIDADES | PERSONAL MÁS FRECUENTE EN PAÍSES EN DESARROLLO | LOCALIZACIÓN | ACCESO Y GRATUIDAD |
|------------------------|-------------------|--|---|---|--|--|
| ATENCIÓN PRIMARIA | ATENCIÓN PRIMARIA | Atención primaria y comunitaria en el puesto de salud, centros de salud o a domicilio. | Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y prestación de servicios curativos. | Personal comunitario, enfermeras, matronas y, en ocasiones (países de renta media – alta), médicos (médicos generales o especialistas – pediatras). | Suele haber puestos de salud y centros de salud en todas las zonas rurales y urbanas del país. | Espontáneo. El servicio puede ser gratuito o semi-gratuito, no así los medicamentos. |
| ATENCIÓN ESPECIALIZADA | NIVEL SECUNDARIO | Atención especializada ambulatoria, en algunos casos con posibilidad de internamiento. | Especialidades básicas y cirugía básica. | Matronas, médicos especialistas. | Hospitales secundarios en núcleos urbanos. | Espontáneo o por indicación del facultativo de atención primaria. |
| | NIVEL TERCARIO | Servicios especializados (cirugías complejas) Con posibilidad de internamiento. | Especialidades básicas y complejas y medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste. | Médicos especialistas. | Hospitales de referencia y universitarios en ciudades importantes del país o sólo en la capital. | Por indicación del facultativo de atención primaria. |

Fuente: Adaptado del Sistema Nacional de Salud España 2012.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 constituye el marco con los principios básicos de atención primaria: acceso y cobertura universales en función de las necesidades, equidad sanitaria, participación de la comunidad y enfoques intersectoriales. Desde entonces el foco de las intervenciones en salud en cooperación al desarrollo ha sido fortalecer la atención primaria para aumentar el acceso de la población a los servicios de salud. Este enfoque se vio reforzado en el año 2000 con la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que demandaba aunar esfuerzos para reducir la mortalidad materna e infantil y mejorar la salud reproductiva y sexual. A partir de 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles han aportado un enfoque más integrativo: “los enfoques multisectoriales, basados en derechos, y con perspectiva de género son esenciales para abordar las desigualdades relacionadas con la salud, fortalecer la gobernanza inclusiva y construir sistemas de salud resilientes”.

El nivel de atención primaria es esencial en un sistema de salud porque constituye la puerta de entrada al sistema. Sin embargo, cuando existe una buena atención primaria, se descubren enfermedades que necesitan atención especializada y entonces los pacientes buscan una asistencia hospitalaria que debe responder a esa demanda (nivel secundario y terciario). La existencia y buen funcionamiento de la atención especializada es crucial porque es muy desafortunado conseguir reducir la mortalidad materna o infantil en el momento del parto y que a los pocos años la madre o la niña puedan fallecer a causa de una apendicitis.

“En un sistema sanitario que funciona correctamente el paciente debe fluir de un nivel a otro como si se tratara de un sistema de vasos comunicantes. Los niveles no pueden ser compartimentos estancos que permitan crecimientos asimétricos del sistema”

(Repullo, 2010)

El hospital es el centro logístico del conocimiento médico que mejor puede ayudar a la atención primaria: se necesitan especialistas para formar profesionales sanitarios; se dan diariamente complicaciones obstétricas y anomalías congénitas que no pueden atenderse en el nivel primario; la prevalencia de enfermedades crónicas y secuelas de enfermedades infecciosas ha aumentado; es necesario prestar servicio a pacientes con enfermedades renales crónicas y con enfermedades no transmisibles; a nivel primario no se pueden tratar urgencias abdominales y algunas extrabdominales, pacientes politraumatizados, patologías quirúrgicas (hernias, pie zambo, cataratas, etc.); se necesita atender al elevado número de personas con discapacidad física por causas prenatales, traumatismos, poliomielitis o lepra; es necesario fortalecer las capacidades de los servicios de diagnóstico; etc.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Según recogen Repullo e Iñesta (2006), el término ‘servicio’ tiene distintas acepciones: (I) prestación sanitaria, (II) conjunto de profesionales de una especialidad dentro de un hospital, (III) red de centros, instituciones y programas sanitarios. En esta sección vamos a utilizar la primera acepción, como actividad sanitaria, y vamos a centrarnos en la cartera de servicios que pueden ofrecerse en atención primaria y en atención especializada. Los servicios son la cartera de programas que cada país establece para atender a su población en cuestión de prevención, tratamiento y rehabilitación en función de la cobertura ofertada.

Por lo tanto la ‘cartera de servicios’ serán todas aquellas intervenciones sanitarias de calidad, seguras y eficaces, para aquellos que lo necesiten en un momento y lugar determinados, con el mínimo uso de recursos. Las prestaciones (el paquete de servicios que se ofrecen mediante financiación pública a la población) variarán según el país, dependiendo de tres factores: la capacidad de pago del país (renta per cápita), la decisión política sobre el porcentaje de gasto público dedicado a sanidad, y la cobertura (a qué población se decide garantizar el derecho a la sanidad).

Principalmente existen dos formas de garantizar los recursos humanos y técnicos necesarios para llevar a cabo estas actividades: (I) el paciente recibe el servicio de un profe-

sional en su consulta privada y el pago se realiza a través de un seguro sanitario privado o facilitado por la autoridad sanitaria competente; (II) el paciente acude a un centro sanitario público y recibe el servicio gratuitamente.

Los servicios de **atención primaria** suelen incluir:

- ✓ Actividades de prevención de la enfermedad (vacunaciones y exámenes de salud).
- ✓ Actividades de promoción de la salud (educación sanitaria).
- ✓ Consulta médica de asistencia sanitaria ambulatoria, que puede ser a demanda, programada y urgente.
- ✓ Consulta de enfermería a domicilio y ambulatoria.
- ✓ Prescripción de medicamentos.
- ✓ Indicación y autorización de pruebas complementarias y medios de diagnóstico básicos.
- ✓ Coordinación con atención especializada.
- ✓ Rehabilitación del paciente.

Por su parte, **la atención especializada** se presta en un hospital, que dependiendo de su tamaño y complejidad ofrecerá un mayor o menor número de especialidades. Un hospital básico, comarcal (en España, unas 200 camas) dispondrá de Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Cirugía General, Traumatología, Radiología, Laboratorio y Rehabilitación. Un Hospital de Área (alrededor de 400 camas) también desarrollará otras especialidades como Digestivo, Cardiología, Nefrología (Unidad de Diálisis), Psiquiatría, Reumatología, Endocrinología, Cirugía Pediátrica, Reumatología, Otorrinolaringología, Urología, etc. Un hospital más complejo, denominado a veces ‘terciario’ (alrededor de 1.000 camas), desarrolla las llamadas superespecialidades: Neurocirugía, Cirugía Cardíaca, Trasplante de Órganos, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, etc.

Es imprescindible que el sistema cuente con los recursos financieros adecuados para salud de forma que se asegure la prestación y el uso de los servicios necesarios por parte de la población protegiéndoles de posibles crisis financieras o de empobrecerse, por tener que pagar por dichos servicios. Para asegurar el acceso oportuno a los servicios sanitarios es necesario un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente y tenga una protección social adecuada. Esto determina la existencia de los servicios y asegura que las personas puedan permitirse el uso de dichos servicios. Por esta razón, en 2005, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud, ‘cobertura sanitaria universal’ y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos (OMS, 2010). En función de la definición del paquete de servicios que el Estado garantice a la población, se priorizarán y asignarán los recursos financieros correspondientes.

1.2 FORTALECIMIENTO DE UN SISTEMA DE SALUD

Fortalecer un sistema de salud consiste en lograr que todo el sistema funcione correctamente; esto es, que los distintos componentes y niveles asistenciales presten servicios de calidad a toda la población y que respondan a las necesidades a tiempo y de forma eficiente en cuanto al gasto. Por esta razón, el objetivo de cualquier intervención de cooperación al desarrollo en el sector de salud deberá fortalecer el sistema y no debilitarlo, creando más inequidad y desorden.

Intervenciones con muy limitados recursos y con un horizonte a corto plazo es muy difícil que puedan tener un impacto en el conjunto del sistema de salud de un país. Aún así, se podrán diseñar y orientar para que, incluso no abordando un nivel macro, contribuyan de forma transversal a fortalecer un área o una parte del sistema de salud que esté especialmente debilitada o subdesarrollada.



Clinica maternidad, proyecto ONG Cesal en Lempira. (Honduras)
Foto: © Miguel Lizana / AECID

Por lo tanto, adoptando una definición humilde y realista, cuando hablamos de fortalecer el sistema de salud, nos referimos a llevar a cabo intervenciones que creen sistema en vez de debilitarlo, que no eleven un problema específico de salud por encima de los demás (por ejemplo el VIH/SIDA), y que no fomenten desigualdades internas organizativas (por ejemplo: grandes diferencias salariales).

En este sentido, las intervenciones estarán, en primer lugar, muy vinculadas al funcionamiento de las unidades sanitarias, tanto hospitales como centros de salud, para poder desarrollar un servicio público y de calidad a quien lo necesite. Y para que una unidad sanitaria funcione es necesario que existan los adecuados **medios, la organización y la gestión del conocimiento científico-técnico. Se trata de tener una visión de conjunto del sistema y que al tratar una enfermedad se utilicen los medios existentes del sistema sanitario que tratan todas las enfermedades en su conjunto.** Estos tres componentes (medios, organización y gestión del conocimiento) constituyen los grandes ámbitos de intervención en los que podremos identificar distintas áreas de trabajo en las que intervenir. Por ejemplo, áreas como: urgencias de los hospitales del país, los cuidados críticos, la imagen, las áreas de documentación clínica, biblioteca y telecomunicación para conexión remota entre hospitales, etc.). El enfoque de trabajo y el aterrizaje en intervenciones concretas se desarrolla más en detalle en el 4º apartado ‘Orientaciones para contribuir a fortalecer un sistema de salud y promover la cobertura sanitaria universal’.

1.3 COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

El fin último de fortalecer un sistema de salud es lograr que toda la población de un país pueda acceder a los servicios sanitarios de calidad que necesita a lo largo de la vida, es decir, que el país pueda asegurar la cobertura sanitaria universal.

FIGURA 1. INVERTIR EN EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA ALCANZAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y LOS ODS.



Fuente: UHC2030 Vision Paper

Según la OMS la cobertura sanitaria universal consiste en asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios necesarios, sin tener que pasar penurias económicas para sufragarlos. La cobertura sanitaria universal tiene consecuencias directas en la salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente en el bienestar de sus familias y comunidades. Además, asegura que los niños puedan asistir a la escuela y aprender. Al mismo tiempo, la protección ante el gasto económico permite que las personas no se empobrezcan aún más por tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud. Por lo tanto, la cobertura sanitaria universal es un componente fundamental para el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza y un elemento clave de todo esfuerzo encaminado a reducir las desigualdades sociales. La cobertura universal es el rasgo identitario de cualquier gobierno que esté comprometido con el bienestar de todos sus ciudadanos.

Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos:

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

Hablaremos de **financiación equitativa, o equidad en la financiación y la protección social** frente a las dificultades financieras, cuando los gastos de salud no impiden a la población acceder a los servicios y se reparan de forma justa.

La cobertura sanitaria universal, respaldada por unos sistemas y servicios de salud nacionales y sólidos, basados en una robusta atención primaria y unos sistemas y hospitales de referencia resolutivos, se considera de forma generalizada la mejor defensa que tienen los países frente a brotes y epidemias de enfermedades infecciosas como los provocados por los virus del Ébola y del Zika, así como para hacer frente al aumento de la carga y el coste de enfermedades no transmisibles como el cáncer y la diabetes.

FIGURA 2. COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL – OMS.



Fuente: OMS

En 2015, los Estados Miembros de Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y establecieron una ambiciosa agenda para conseguir un mundo más seguro, justo y sano para 2030. Entre las distintas metas, se fijó la de alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (UCH, por sus siglas en inglés). La OMS ha aprobado que el 12 de diciembre sea el Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal <http://universalhealthcovereday.org> con el fin de sensibilizar sobre esta meta, ponerla en la agenda global e intentar alcanzarla a través del fortalecimiento de los sistemas de salud.

1.4 MARCO DE ACCIÓN: LOS 6 PILARES DEL SISTEMA DE SALUD

En 2007 la OMS propuso un *Marco de Acción para Fortalecer los Sistemas de Salud*, que define seis pilares o elementos principales (*building blocks*) que conforman la totalidad del sistema de salud y que pueden servir de guía para explorar un sistema y entender los principales componentes así como los retos y las consecuencias de las intervenciones que llevemos a cabo. El buen funcionamiento de dichos pilares aseguran el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos, la cobertura sanitaria y la protección social.

FIGURA 3. LOS 6 PILARES DE UN SISTEMA DE SALUD.



Fuente: Savigny (2009).

La OMS define que un sistema sanitario funciona adecuadamente cuando los seis pilares o elementos constitutivos del sistema, necesarios para alcanzar resultados en salud, cumplen los siguientes requisitos (OMS, 2007):

- ✓ **PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** Servicios sanitarios de calidad, eficaces y seguros, prestados por profesionales cualificados, que aseguran la salud de aquellas personas que lo necesitan en el momento y en el lugar que lo necesitan, con un gasto eficiente.

- ✓ **PERSONAL SANITARIO.** Personal sanitario cualificado que da respuesta justa y eficiente para conseguir los mejores resultados de salud posibles, teniendo en cuenta los recursos y las circunstancias disponibles. El personal deberá ser suficiente, competente, responsable y productivo y estar distribuido de forma adecuada.
- ✓ **INFORMACIÓN.** Sistema de información sanitaria que asegura la producción, el análisis y la utilización de datos objetivos y fiables, con el fin de gestionar de forma adecuada los recursos disponibles y de conocer el funcionamiento del sistema sanitario y el estado de salud de la población.
- ✓ **PRODUCTOS MÉDICOS Y TECNOLOGÍAS.** Sistema que asegura el acceso a los productos médicos esenciales (fármacos, vacunas, consumibles, materiales médicos) y tecnologías (equipamiento médico) de calidad, eficacia y rentabilidad probadas científicamente.
- ✓ **FINANCIACIÓN.** Sistema que moviliza los recursos financieros adecuados para el correcto funcionamiento del sistema de salud permitiendo que las personas puedan acceder a los servicios necesarios sin que la situación económica de la población sea un factor limitante.
- ✓ **LIDERAZGO/GOBERNANZA.** Existen marcos y políticas estratégicas y se llevan a cabo las tareas de dirección, organización, regulación, atención al diseño del sistema, contabilidad, supervisión, etc. de una forma eficaz.

En la *Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud* de la AECID (2016) se recoge más información detallada sobre dichos pilares, enmarcados en el enfoque 4X4 (principios, pilares, prioridades sanitarias y proceso de un sistema sanitario) de Garay (2012).

FIGURA 4. ENFOQUE 4X4.

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| PROCESO (IPH+/JANS)* | Análisis Situación | Estrategias de Salud / BHCP (Prestación SS) | Escenarios Presupuestarios | Monitoreo SIS / Investigación operacional |
| PRIORIDADES EN SALUD (ODM plus) | Enfermedades Transmisibles | Enfermedades No Transmisibles | Salud Sexual y Reproductiva | Salud infantil |
| PILARES ("building blocks OMS") | Recursos Humanos Sanitarios | Infraestructuras y logística | Acceso a Medicamentos | Financiación Equitativa |
| PRINCIPIOS SS Atención Prim. S (AMS 62.12) | Liderazgo participativo (derechos humanos) | Cobertura Universal | Atención centrada en el paciente / la persona | Salud en todas las Políticas |

*El proceso IHP/JANS se ha transformado en la iniciativa UHC 2030.
Fuente: Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud de la AECID (2016).

“Toda intervención sanitaria, desde la más simple a la más compleja, tiene un efecto en el resto del sistema. Intervenciones aparentemente simples que se centran en un solo elemento del sistema tienen numerosos efectos, a veces negativos, en otras partes del sistema. Ninguna intervención se debe considerar simple”

(Savigny, 2009)

Primer nivel: agentes de salud que recogen datos epidemiológicos o servicios de cada unidad sanitaria; segundo nivel: unidades sanitarias (hospitales y laboratorios de referencia); y tercer nivel: el Instituto Nacional de Estadística (si lo hubiere) y los Departamentos de Información y de Planificación del Ministerio de Salud. En función de la capacidad para recoger información fiable que tenga este sistema, se tomarán decisiones en otros pilares como el de medicamentos y tecnología médica o de prestación de servicios. Con esto, queremos hacer hincapié en la complejidad del sistema de salud de un país. **Todos los sistemas y subsistemas son necesarios y están interconectados para el correcto funcionamiento del sistema.**

Por esta razón, aunque en principio una intervención esté diseñada para dar solución a un problema específico que aparentemente sólo tiene que ver con un determinado pilar, la intervención influirá irremediamente en otros pilares del sistema y producirá, en muchos casos, consecuencias imprevisibles e inesperadas.



Sala de maternidad del hospital de San Gabriel en Addis Abeba. (Etiopía)
Foto: © Miguel Lizana / AECID

Los 6 pilares, por separado, no forman un sistema, al igual que unos cuantos ladrillos apilados no garantizan que exista un edificio. El ‘cemento’ del edificio que une los ladrillos son las relaciones y organización de las personas y la gestión del conocimiento. La interconectividad entre los distintos componentes será decisiva en el buen o mal funcionamiento del sistema de salud en cualquiera de sus niveles.

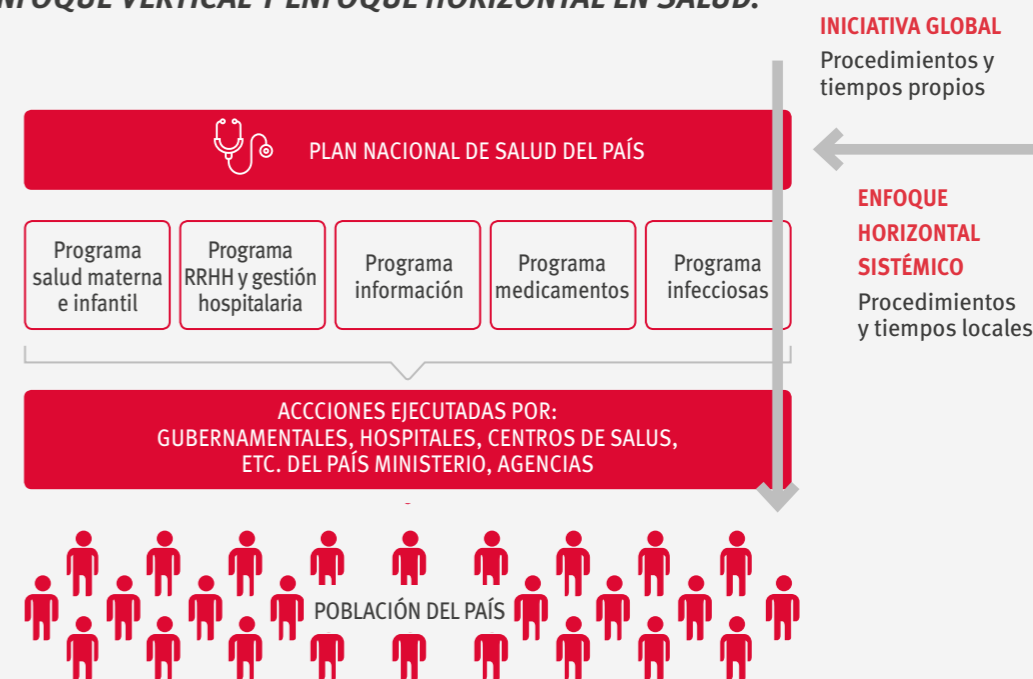
Podemos considerar cada pilar como un sub sistema dentro del sistema, que a su vez está compuesto por varios sistemas que interactúan entre sí, creando sinergias en distintos niveles de los sistemas de otros pilares. Por ejemplo, el pilar de información estaría compuesto por distintos niveles y actores que recogen y gestionan la información sanitaria.

1.5 ENFOQUE VERTICAL (PROGRAMA) VS ENFOQUE HORIZONTAL (SISTEMA)

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se llevaron a cabo muchas intervenciones en el sector de salud con un enfoque vertical que canalizaban grandes montos de ayuda oficial para el desarrollo en favor de la lucha contra enfermedades infecciosas específicas. Llamamos a este tipo de intervenciones de ‘tipo vertical’ porque su objetivo es reducir la prevalencia e incidencia de esas enfermedades a nivel mundial. La forma en la que se canalizan los fondos en el país por parte de iniciativas tales como el Fondo Global para la Lucha contra la Malaria, el SIDA y la Tuberculosis es la siguiente:

1. los países donantes de la iniciativa movilizan recursos nacionales y hacen contribuciones a la iniciativa,
2. los países en desarrollo preparan propuestas para solicitar financiación a la iniciativa según los criterios y requisitos de la misma,
3. los países donantes se reúnen semestral o anualmente para elegir qué solicitudes merecen ser financiadas,
4. los fondos se canalizan a una cuenta específica del país para ejecutar el programa seleccionado,
5. el país en desarrollo hace el seguimiento de las actividades financiadas y justifica el gasto ejecutado según el procedimiento que establezca la iniciativa (es decir, según sus modelos de informe, auditorías y calendario de la iniciativa).

FIGURA 5. ENFOQUE VERTICAL Y ENFOQUE HORIZONTAL EN SALUD.



Fuente: Elaboración propia.

Este enfoque de trabajo ‘tipo vertical’ ha tenido un gran impacto en la reducción de la carga de enfermedades transmisibles pero ha estado acompañado de críticas por su carácter específico respecto a unas enfermedades concretas y porque las capacidades locales en relación a la gestión sanitaria (recursos humanos, gestión, información, investigación, diagnóstico y cadena de suministros) no se suelen ver fortalecidas ya que no prevalece una visión integrada del sistema sino más bien fragmentada.

Por un lado, el enfoque de trabajo vertical puede suponer una gran carga de trabajo suplementario para el país en desarrollo y puede consumir los escasos recursos humanos disponibles más cualificados. El personal sanitario más competente suele ser el que recibe la responsabilidad de ejecutar y supervisar las actividades de estos programas en las unidades sanitarias y deja, por lo tanto, de atender otras tareas y el personal gestor en Ministerios y agencias regionales pasa a priorizar la gestión del programa sobre otras cuestiones para poder responder adecuadamente a las prioridades y calendarios marcados por la iniciativa global.

Por otro lado, estos programas y fondos verticales pueden producir un agravio comparativo a los pacientes que sufren otros problemas de salud o enfermedades (con incluso mayor prevalencia en el país) distintos a las prioridades establecidas por la iniciativa global y que no reciben tratamiento adecuado en los servicios de salud por falta de recursos humanos y materiales disponibles.

Por último, en los programas verticales, a veces se prioriza una cuestión específica (la falta de material sanitario en un centro de salud o las tasas de desnutrición infantil o mortalidad materna en una zona) y se ejecuta la intervención de forma paralela al sistema local, contratando personal específico para la ejecución o remunerando con un salario extra al personal local para que lleve a cabo determinadas actividades durante la vida del proyecto. Cuando se acaba el proyecto, pocas veces se puede hablar de sostenibilidad de los resultados porque, al acabarse la financiación, se termina la intervención.

A diferencia de las iniciativas y programas verticales, un enfoque de trabajo horizontal consistiría en abordar nuestra intervención en el país de forma sistémica, apoyando el conjunto del sistema de salud mediante la adopción de metodologías de trabajo alineadas con los planes y sistemas de ejecución del país, armonizadas con el resto de los donantes y diseñadas con una visión a largo plazo.

Ante catástrofes humanitarias como terremotos, inundaciones, sequías, epidemias, etc., en donde se ha demostrado que la respuesta de emergencia en las primeras horas es la más efectiva (y que no puede ser prestada por la ayuda internacional porque tarda en llegar varios días, en el mejor de los casos), son los sistemas de salud locales los que deben hacer frente a la situación. Por ejemplo, el brote de Ébola que afectó dramáticamente a África del Oeste hace unos años, puso de manifiesto que una epidemia puede proliferar rápidamente y originar una tragedia si no existe un sistema de salud sólido capaz de dar respuesta de forma integrada y urgente (Savigny, 2009).

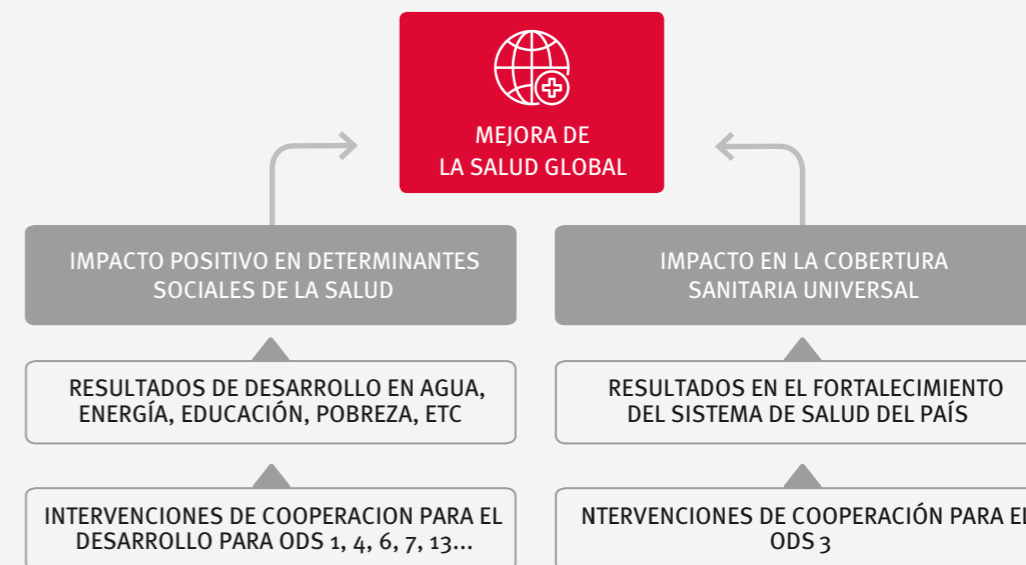
1.6 LOS DETERMINANTES SOCIALES

Los determinantes sociales de la salud, también llamados ‘determinantes no sanitarios’, son factores (agua y saneamiento, nutrición, educación, igualdad de género, cambio climático, vivienda y trabajos dignos etc.) que influyen tanto en la salud, el bienestar y la esperanza de vida de la población como en el acceso al sistema de salud pero que tienen que ver con los estilos de vida y las condiciones en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Son imprescindibles para tener salud pero no fortalecen el sistema o contribuyen a la cobertura sanitaria universal per se.

Al igual que el 3er Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) se fijó para salud, los determinantes sociales son abordados en otros ODS: ODS 1: erradicar la pobreza; ODS 2: acabar con el hambre y la malnutrición, ODS 4: educación para todos; ODS 5: igualdad de género; ODS 6: acceso a agua y saneamiento; ODS 7: acceso a energía; y ODS 13: cambio climático; etc.

Las intervenciones que abordan los determinantes sociales, estructurales o psicosociales producen efectos positivos en la salud de la población. Sin embargo, dichas intervenciones no tienen por qué contribuir a fortalecer el sistema y, por lo tanto, no podrán en ningún caso sustituir a las intervenciones dirigidas a fortalecer el mismo. De hecho, estas acciones, que tienen un impacto positivo en la mejora de la salud de las personas, se pueden abordar desde otros sectores en coordinación con el sector de salud, pero no deben consumir recursos económicos ‘de salud’ destinados a fortalecer el sistema. En cualquier caso, a la hora de diseñar intervenciones en salud, será importante tener en cuenta los determinantes no sanitarios para poder reducir las desigualdades, asegurar la protección social, garantizar el acceso a los servicios y alcanzar un mayor impacto y sostenibilidad.

FIGURA 6. RELACIÓN ENTRE LOS ODS, LOS DETERMINANTES SOCIALES, EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA Y LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL.



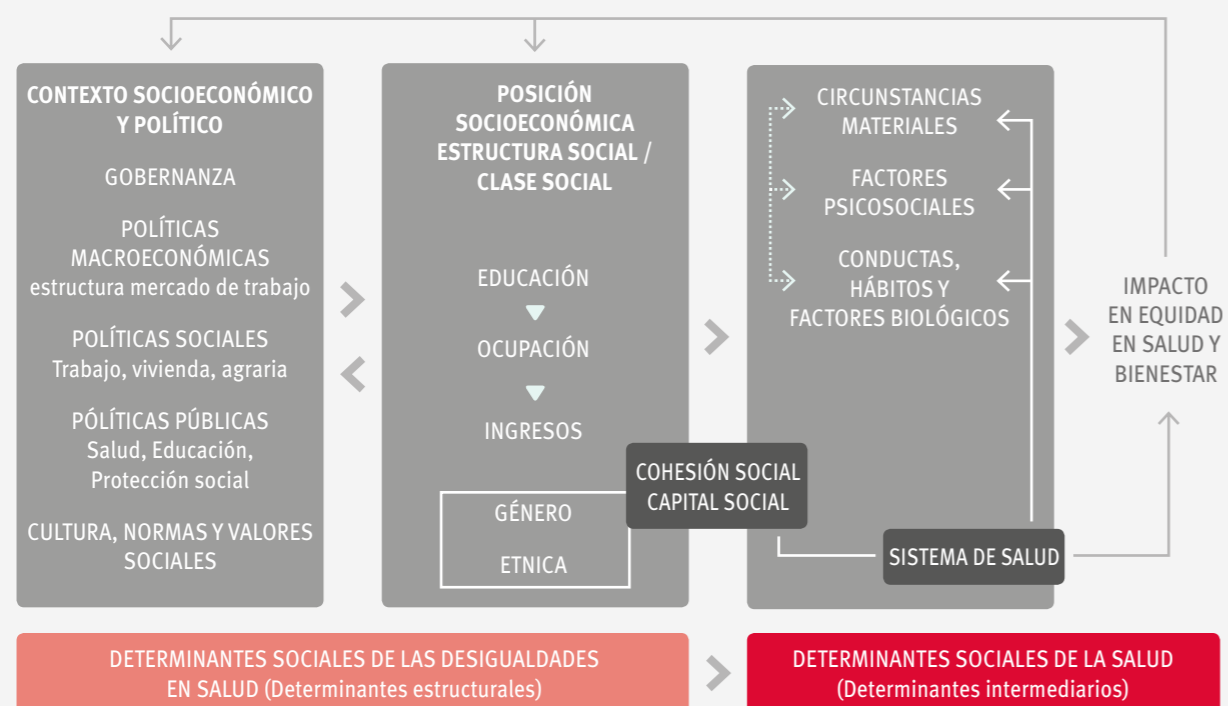
Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de ilustrar más claramente esta cuestión, se utilizan los siguientes ejemplos:

- ✓ destinar fondos a la mejora del acceso al agua potable y saneamiento tendrá un impacto claro en la mejora de la salud de la población porque esta contraerá menos enfermedades pero no fortalecerá el sistema de salud como tal. Sería distinto si la intervención se centrara en mejorar el alcantarillado de un hospital o su red eléctrica.
- ✓ Financiar programas de lucha contra la desnutrición infantil implicará una reducción en la mortalidad infantil pero no implica que vaya a mejorar la prestación de servicios o el equipamiento de las unidades sanitarias. De hecho, en muchas ocasiones los fondos destinados a reducir la desnutrición puede que sean destinados a construir pozos, promocionar técnicas agrícolas modernas o lanzar campañas educativas o de sensibilización.

En 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS presentó evidencias sobre el impacto de los determinantes en equidad en salud e hizo una serie de recomendaciones sobre cómo promover la equidad en salud. Una de ellas fue que todas las agencias gubernamentales y agencias internacionales adoptasen un enfoque de salud en todas sus políticas. La Comisión recomendó tres áreas principales de intervención: mejora de las condiciones de vida diaria; lucha contra la distribución desigual del poder, riqueza y recursos; y mejora de la forma en que entendemos y medimos el progreso social y la equidad en salud.

FIGURA 7. LOS DETERMINANTES SOCIALES.



Fuente: O Irwin. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en AECID (2016) Guía de Diálogo de Políticas.

Asimismo, diversos estudios han puesto de manifiesto que no sólo determinantes sociales estructurales como el lugar de residencia, la edad, el sexo, la educación o los ingresos influyen en la salud, los estilos de vida saludables y el acceso y la utilización del sistema sanitario, sino que también existe una estrecha correlación con determinantes sociales asociados a factores psicosociales como la percepción de problemas del entorno, la satisfacción con aspectos de la vida, el apoyo afectivo, la confianza y la autoestima.

Por otro lado, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático en 2015 se hizo hincapié en los vínculos existentes entre el cambio climático y la salud, en particular los que se refieren a la propagación de las enfermedades de transmisión vectorial y se instó a los países a abordar las consecuencias del cambio climático en la salud de la población. Adoptar un enfoque de salud, a modo de política transversal en todos los sectores y metodologías de trabajo, es un paso positivo porque, aunque no puede considerarse una respuesta a las necesidades estructurales del sistema, contribuye a poner la salud en la agenda nacional e internacional.



MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

2

En este segundo apartado describiremos muy someramente los distintos tipos de sistemas de salud existentes en función de su evolución, cobertura y financiación. A modo ilustrativo, también explicaremos los principales rasgos que definen el sistema nacional sanitario de España, su desarrollo histórico, su organización y financiación, los aspectos clave y las principales reformas llevadas a cabo.

2.1 MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

Desde finales del siglo XIX, los sistemas modernos de protección social (caridad con los pobres y desfavorecidos, sistemas gremiales, etc.) fueron desarrollándose y dieron lugar a los Estados de Bienestar, transformando radicalmente la sanidad. En muchos países la atención sanitaria dejó de ser un bien privado para pasar a ser un bien social, un derecho, al igual que otros componentes del Estado de Bienestar tales como la educación, el empleo o la vivienda.

EVOLUCIÓN

Según el conocido ciclo de Horwitz pobreza-enfermedad, la enfermedad tiende a seleccionar a los más pobres, que son quienes cuentan con menos recursos para costearse una atención privada (selección adversa de riesgos). Para paliarla, surgen los primeros sistemas de protección social, en general, ligados a la caridad con los desfavorecidos, los sistemas gremiales o la necesidad de buscar una garantía de protección por parte del Estado.

El desarrollo, desde finales del siglo XIX, de los sistemas modernos de protección social transforma la concepción de la sanidad. La asistencia de la sanidad deja de ser un bien exclusivamente privado para pasar a ser también un bien social. La asistencia sanitaria se erige en derecho, tal y como sucede con la educación, el empleo o las pensiones. Así se desarrollan diferentes modelos de sistemas sanitarios. Inicialmente, el derecho a la asistencia sanitaria deriva de la existencia de una relación laboral. Así este derecho se limita exclusivamente a los trabajadores y a sus familias. Después de la Segunda Guerra Mundial surge la idea del Estado de Bienestar y el derecho a la salud se asocia a la condición de ciudadano con independencia de cuáles sean sus recursos económicos. Esto conlleva una mayor conciencia social acerca de la protección de la salud individual y hace que se entienda el sistema sanitarios como un servicio público tutelado por el Estado.

El crecimiento del conocimiento biomédico hace que cada vez sean más los profesionales sanitarios procedentes de diversas ramas (medicina, farmacia, enfermería, odontología, etc.) implicados en el sistema de salud. A su vez, en cada rama se da una especialización mayor. Comienza a ser patente la necesidad de tener un sistema bien organizado para poder dar respuesta a las necesidades y demandas cada vez mayores de la sociedad. La creación de los sistemas sanitarios implicará entonces la coordinación de aspectos tales como a quién asistir (cobertura), de qué (prestaciones, cartera de servicios) y cómo organizar la provisión y el pago de los servicios propuestos (financiación).

Extraído de Seguí-Gomez (2013) 'Sistemas de salud. Modelos'.

MODELOS DE FINANCIACIÓN

En sanidad normalmente se entiende 'financiación' como el modo en que, de forma voluntaria u obligatoria, los ciudadanos contribuyen económicamente a cubrir los gastos asociados a las prestaciones sanitarias. Existen tres grandes modelos de financiación que se corresponden con los tres grandes modelos de sistemas sanitarios:

Los sistemas de cobertura universal.

- ✓ En estos modelos, también llamados tipo Beveridge, el derecho se asocia a la condición de ciudadano, es decir, se establece el concepto de la ciudadanía social. Sólo con el mero hecho de ser ciudadano se generan todos los derechos derivados de los componentes definidos como propios del Estado de Bienestar.
- ✓ Ofrece cobertura a todos los ciudadanos. Las prestaciones son universales y gratuitas. La asistencia sanitaria se considera un derecho.
- ✓ Este modelo de sistema está financiado a partir de los ingresos generales del Estado mediante la recaudación de impuestos (obligatorios). Se trata de un sistema económicamente cerrado e impide la selección adversa de colectivos o de riesgos. La contribución de los ciudadanos al sistema sanitario depende de la capacidad económica, personal o familiar, y no del consumo de los servicios. Las aportaciones se relacionan con la capacidad económica y la utilización del servicio se vincula a las necesidades de salud.
- ✓ Se ha desarrollado principalmente en Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Noruega, Portugal, Reino Unido o Suecia. España sigue este sistema desde 1986 con la Ley General de Sanidad.

Los sistemas de cotización social.

- ✓ Este modelo es una evolución de los primeros sistemas de protección social modernos conocidos como tipo Bismarck, por haber aparecido por primera vez en Alemania durante el gobierno de dicho canciller.
- ✓ El derecho a la atención sanitaria deriva del trabajo y se generan derechos diferentes en función de la actividad desarrollada.
- ✓ El sistema está financiado a partir de las contribuciones asociadas a la actividad laboral. Las cotizaciones (pago del ciudadano) se establecen según las rentas ganadas, por lo que existe una conexión entre los ingresos y lo que se paga (salario percibido).
- ✓ Es el modelo dominante en la actualidad en países como Alemania, Austria, Bélgica o Francia (y en España hasta 1986).

Los sistemas de asistencia sanitaria privada.

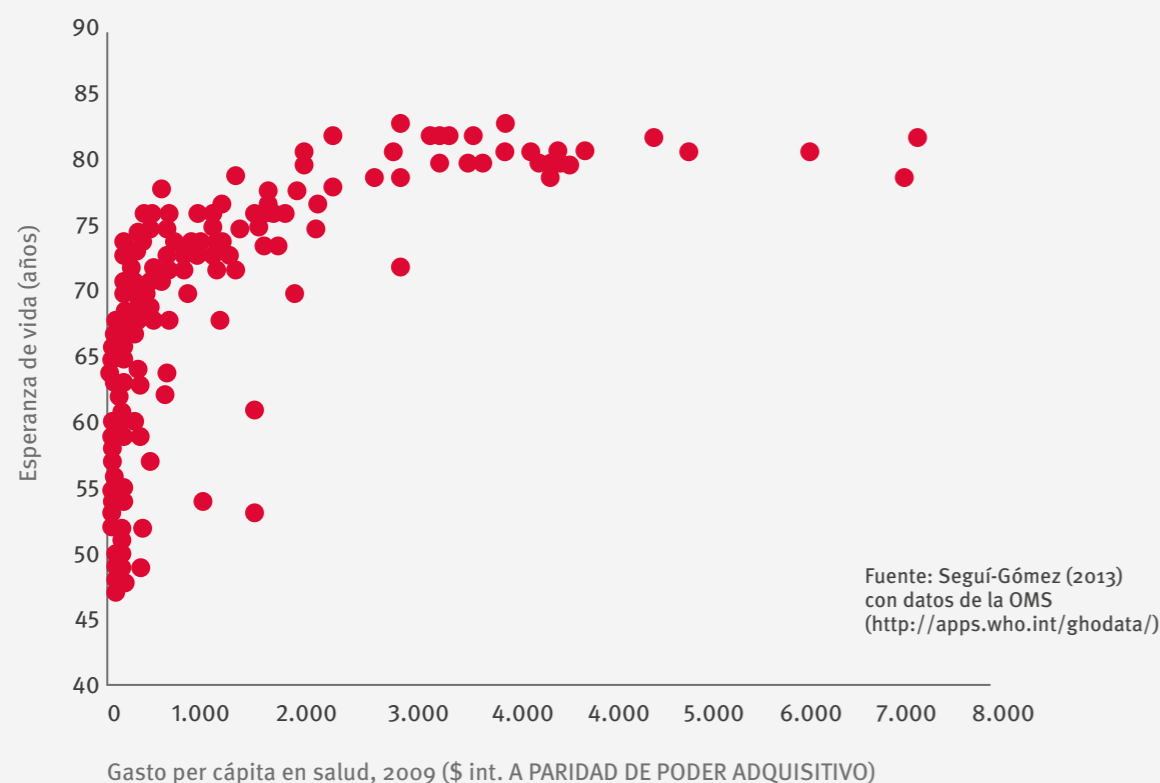
- ✓ El único derecho a la asistencia sanitaria es el que se deriva del contrato por el pago realizado a seguros privados o el pago directo a proveedores. La aportación económica es la que establece la entidad aseguradora o el proveedor, y se relaciona con los servicios prestados o cubiertos y las condiciones en las que se prestan.
- ✓ La cobertura depende de la capacidad económica individual y el coste de la prima del seguro guarda una relación directa con el riesgo sanitario de quien contrata. La asistencia sanitaria se considera un bien individual.
- ✓ Este modelo de financiación predomina en la actualidad en Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, aunque con distintas evoluciones y combinaciones con sistemas de asistencia sanitaria pública o de cotización social.

Eficacia y costes

El país con un mayor coste sanitario del mundo ha sido históricamente, y sigue siendo, Estados Unidos con un gasto per capita de 9.535 USD\$ en comparación con el gasto per capita de España de 2.353 USD\$ (según datos de la OMS de 2015).

Como se muestra en la gráfica 8, no existe una relación lineal entre el gasto per capita en salud y la esperanza de vida al nacer, lo que refuerza la idea de que no sólo influyen los recursos invertidos a la hora de valorar la eficacia de un sistema sino también la organización y la gestión del sistema y otros muchos otros factores ajenos al sector sanitario. De hecho, tal y como se percibe en la gráfica, hay países que han alcanzado una expectativa de vida superior a los 70 años con un gasto per capita inferior a los 500 dólares.

FIGURA 8: GASTO SANITARIO PER CAPITA (DÓLARES INTERNACIONALES) Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS), EN VARIOS PAÍSES (AÑO 2009)



2.2 EJEMPLO: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

En este apartado resumiremos, a modo de ejemplo, el caso del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España sin entrar a valorar si dicho modelo es aplicable a otros contextos o España tiene un mayor conocimiento o expertise respecto a otros países a la hora de fortalecer un sistema de salud de un tercero.

“Construir un sistema con fragmentos y componentes importados de otros modelos puede llevar con el tiempo a combinaciones inapropiadas e impracticables”

(Repullo, 2006).

A continuación describiremos muy someramente el proceso histórico-económico de desarrollo del sistema sanitario español e identificaremos algunos elementos clave del mismo. En cualquier caso, debemos tener en cuenta que las acciones que se han llevado a cabo a lo largo de toda la evolución del sistema de salud español respondieron a un contexto económico, político y social concreto y se vieron afectadas por él. Por ello, es preciso

enfaticar que, a la hora de intervenir en un determinado país, habrá que hacer primero un análisis exhaustivo de la situación y sólo después se podrá valorar muy cuidadosamente si alguno de los aprendizajes y buenas prácticas que sirvieron para el desarrollo del sistema de otro país puede ser de ayuda.

CONTEXTO HISTÓRICO

En España, hasta la mitad del siglo XX, el sistema sanitario español era un sistema típicamente privado que se completaba con un sistema de protección de asistencia social a trabajadores desocupados, enfermos o niños huérfanos (la Beneficencia) escasamente desarrollado que pronto se demostró insuficiente. También existían Sociedades de Socorro Mutuo entre trabajadores del mismo gremio.

Tras la I Guerra Mundial se dieron los primeros pasos en la creación de la seguridad social con los ‘seguros sociales de libertad subsidiaria’ implantados por el Instituto Nacional de Prevención (INP). El aseguramiento era voluntario, aunque en ocasiones podía acordarse entre el trabajador y el empresario. Aunque la República diseñó un ambicioso plan de protección social para las familias y trabajadores y paro involuntario, la Guerra Civil truncó la posibilidad de desarrollarlo de forma efectiva.

Podría decirse que el origen del sistema actual es el Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y cuyo objetivo fue dar cobertura a los ‘productores económicamente débiles’ (este seguro desapareció con la inclusión de la asistencia sanitaria en la acción protectora de la Seguridad Social). La Seguridad Social no aparece como tal hasta los años 60 y la cobertura sanitaria para todos los españoles comenzó en 1967. En esa fecha se permitió la afiliación de los trabajadores por cuenta ajena sin topes salariales para poder acogerse a dicha prestación. La orientación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los trabajadores con menor capacidad económica ha marcado sociológicamente el sistema

Los años 60 y 70 fueron decisivos en la configuración del sistema actual. Se transformó el régimen general de la Seguridad Social como sistema universalista, pero se mantuvieron los regímenes especiales. Esto permitió que la mayor parte de la población española accediese a unos servicios sanitarios de calidad cuando lo precisaran. Se creó una red propia de centros y establecimientos, hospitales y ambulatorios (centros de salud) integrados jerárquicamente en el Instituto Nacional de Previsión (INP), que dotó al país con una red moderna de instalaciones, pero que no amplió ni colaboró en el mantenimiento de la red existente. Como consecuencia de la extensión de la cobertura y de la creación de red de centros, la Seguridad Social se convirtió en el principal empleador de profesionales sanitarios.

La transición democrática y la Constitución de 1978 incorporaron el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos. Todo ello permitió avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y una descentralización progresiva de los servicios de salud. El actual modelo de la Seguridad Social quedó establecido también por la Constitución Española en su artículo 41. en el que se declara “como principio rector de la política social y económica, el mantenimiento por los poderes públicos de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo”. El sistema sanitario español queda definido en la Ley General de Sanidad de 1986, que ordena el desarrollo de las siguientes prestaciones públicas: educación sanitaria, atención primaria integral, asistencia sanitaria especializada, productos terapéuticos, programas de atención a grupos de mayor riesgo, salud pública, planificación familiar, salud mental, salud laboral y formación sanitaria.

La promulgación de la Ley de Sanidad coincidió con la entrada de España en la Unión Europea y, por lo tanto, se abrió un contexto de posibilidades de financiación con fondos estructurales y de inversión. Con la Ley de 1986 el sistema sanitario pasó de ser un modelo de seguridad social altamente centralizado a un modelo de Servicio Nacional de Salud plenamente descentralizado en las Comunidades Autónomas. La transferencia de la asistencia sanitaria prestada por el INSALUD comenzó en 1981 con la creación del Instituto Catalán de la Salud. Se transfirieron los servicios sanitarios de la Seguridad Social a Cataluña y, tras 21 años, en 2003 el proceso culminó con todas las competencias transferidas a todas las demás Comunidades Autónomas y la promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad para equilibrar la descentralización y coordinación nacional. La transferencia se asentó sobre la financiación autonómica y la corresponsabilidad fiscal, por lo que se podría decir que el sistema sanitario español tiene un perfil cuasi-federal (Repullo e Iñesta, 2006). En 2008 se consolidó el Pacto por el Sistema Nacional de Salud con el fin de mantener la política de salud al margen de los cambios de gobierno.

TABLA 2. RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

| | |
|-------|---|
| S. XX | A principios del siglo XX el sistema de salud estaba aún muy fragmentado. La función asistencial a los problemas de la salud individual era asumida por diferentes administraciones públicas locales y por los individuos. |
| 1940 | Durante finales de los años 40 y 50, se inicia el Seguro Obligatorio de Enfermedad gestionado por el Instituto Nacional de Prevención que gestiona también otras prestaciones sociales para los trabajadores por cuenta ajena (cobertura en 1942: 20%, 1950: 30%, 1960: 45%). |
| 1967 | Se aprueba la Ley General de la Seguridad Social y se inicia la expansión de la cobertura a trabajadores autónomos y a funcionarios cualificados. La población cubierta sube del 53% en 1966 al 82% en 1978. |
| 1977 | Se consolida en España el sistema de formación de médicos especialistas bajo el sistema de un contrato de prácticas para formación posgraduada universitaria.” |
| 1977 | Se crea el Ministerio de Sanidad . |
| 1978 | Posteriormente se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la gestión sanitaria. Se crea una extensa red de hospitales y centros de salud (que estará gestionada por el INSALUD hasta 2002). Los indicadores de salud mejoran de forma espectacular. |
| 1978 | La Constitución establece el derecho de todos los españoles a la protección social y sanitaria. |
| 1986 | La Ley General de Sanidad da origen al Sistema Nacional de Salud (SNS) e integra todas las estructura y servicios públicos en el SNS. |
| 2001 | Se aprueba el sistema de financiación autonómica : los gobiernos por primera vez las competencias sanitarias se financian a través del presupuesto general para las Comunidades Autónomas y no mediante transferencias finalistas, por lo que los gobiernos regionales establecen el presupuesto de sanidad tras analizar los gastos en todos sus sectores. La corresponsabilidad fiscal pasa a formar parte del sistema de financiación, con la cesión directa a las Comunidades Autónomas de parte de los ingresos fiscales generados en su territorio . |
| 2003 | Se descentralizan todos los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas y se promulga la Ley de Cohesión y Calidad . |
| 2008 | Se firma el Pacto por el Sistema Nacional de Salud . |
| 2009 | La política social de la administración central pasa a ser responsabilidad del Ministerio de Sanidad (cuyo nombre en 2019 es Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social). |

Fuente: Elaboración propia.

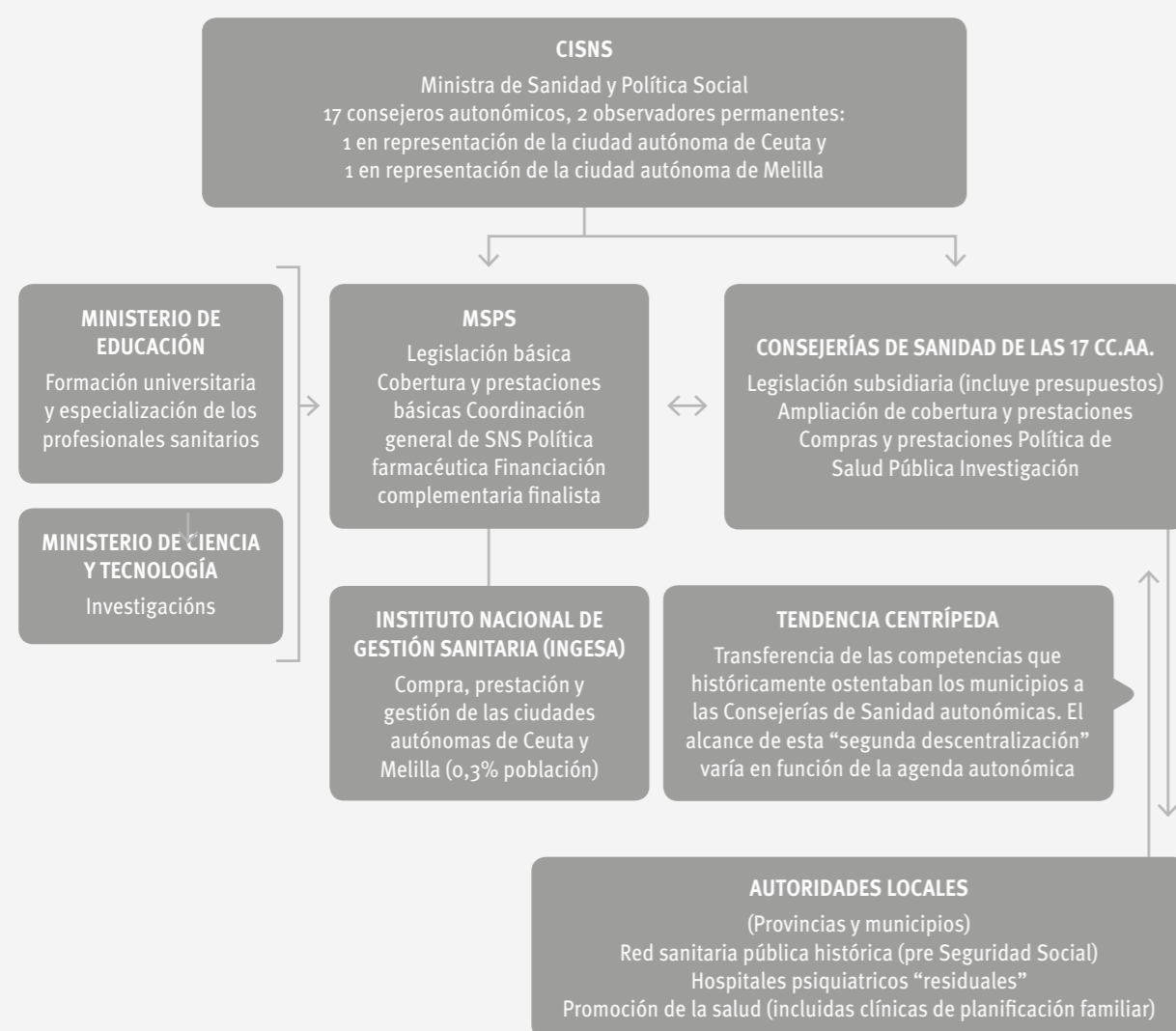
En el desarrollo histórico del sistema sanitario español se deben mencionar tres aspectos peculiares, que explican buena parte de la complejidad de los cambios y reformas y la aceleración del proceso. La crisis del régimen franquista, supuso un tremendo desajuste entre las estructuras políticas y administrativas del Estado, con cambios económicos, sociales y de valores de la sociedad. En primer lugar, la transición democrática supuso una activación de la vida política y social rodeada de expectativas reformistas y propuestas de cambio. La reforma sanitaria emergió en la Fuente: Elaboración propia. agenda pública. En segundo lugar, las cuestiones de identidad nacional llevaron a la creación del marco constitucional de 1978 llamado “Estado de las Autonomías” y propiciaron la transferencia de competencias en salud pública y gestión de los servicios sanitarios, con pocos antecedentes a nivel europeo. Y, finalmente, se produjo un tránsito del modelo Bismarck, de sistema sanitario de la seguridad social al modelo Beveridge del Sistema Nacional de Salud.

ORGANIZACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

Como se ha mencionado anteriormente, desde 2003, las competencias sanitarias están transferidas a las Comunidades Autónomas. El órgano de coordinación entre el nivel central y el autonómico es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

En general, las competencias de la Administración General del Estado son: la legislación básica y la coordinación, la sanidad exterior, la política farmacéutica y la formación del personal. Y las competencias de las Comunidades Autónomas son la planificación sanitaria, la gestión y organización de la asistencia sanitaria y la salud pública.

FIGURA 9. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: INSTITUCIONES Y ENTIDADES Y SUS COMPETENCIAS.



Fuente: Extraído de García-Armesto, S. (2010).

El SNS proporciona y gestiona la cobertura de un 95% de la población española y se financia mediante impuestos y es gratuito, en el momento del acceso para todos los ciudadanos, excepto en la prestación farmacéutica que es de copago.

El gasto sanitario público, según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, es de 74.000 millones€ al año (datos de 2019), lo que corresponde a un 6,4% del PIB y un gasto por habitante de 1.594€. Según la distribución funcional, el 62% de ese gasto se destinó a servicios hospitalarios y especializados, el 16% a farmacia y el 14% a servicios primarios. Según la distribución económica, casi la mitad del gasto (44%) se utilizó para cubrir las remuneraciones del personal sanitario.

FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN FUNCIONAL DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN 2017.

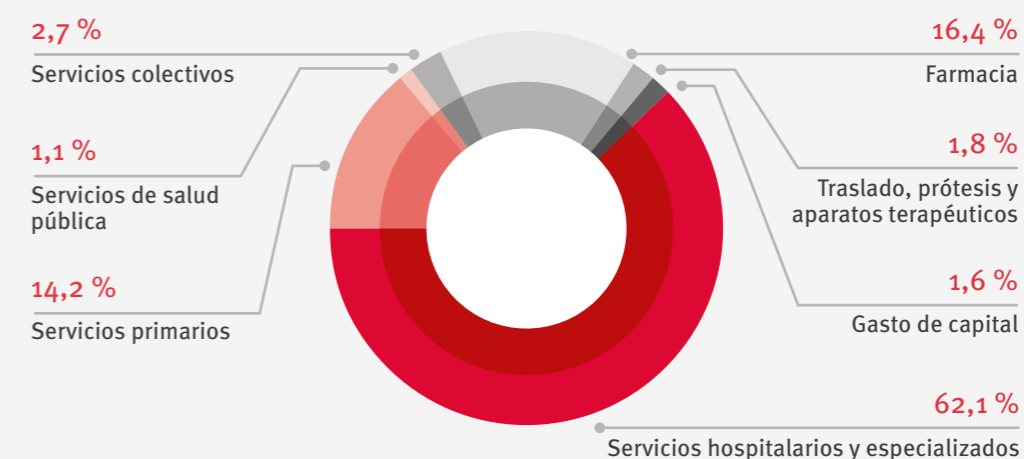
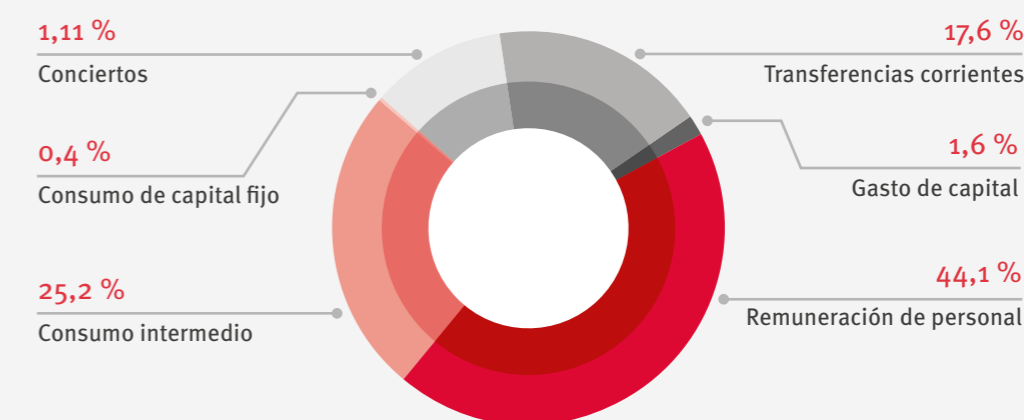


FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN ECONÓMICA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN 2017.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019)

Según datos del Ministerio de 2019, la atención sanitaria se presta a través de: 466 hospitales (con 81 millones de consultas, 23 millones de urgencias y 4 millones de operaciones quirúrgicas), 13.000 centros de atención primaria (con 234 millones de consultas médicas, 130 millones de consultas de enfermería y 13 millones de visitas a domicilio), 3.000 centros de salud y 10.000 consultorios.

El gasto sanitario privado (hogares) fue de 31.000 millones € lo que supone 662€ por habitante (datos de 2019). 9 de cada 10€ de los pagos directos de los hogares se destinaron a asistencia curativa y rehabilitadora, (incluida la atención dental), medicamentos (incluido el copago), lentes y audífonos.

ASPECTOS CLAVE DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

En esta sección hemos querido destacar cuatro aspectos clave que caracterizan el sistema sanitario español y que corresponden a tres de los pilares constitutivos de un sistema de salud según la OMS. Se trata de la inversión pública (liderazgo y buen gobierno), el sistema fiscal (financiación), la formación de médicos especialistas (recursos humanos) y las principales reformas sanitarias (liderazgo y buen gobierno).

1. Gran inversión pública en una red de salud.

Como hemos visto anteriormente, durante los años 60 y 70, el Gobierno apostó por crear hospitales públicos de gran calidad asistencial (Hospital de La Paz en 1964; Hospital 12 Octubre en 1973; Hospitales Provinciales en 1974; Hospital Ramón y Cajal en 1977) que formaron parte de una red de salud. En dicha red, los hospitales son los centros de referencia para los ambulatorios y centros de salud del nivel de atención primaria coordinados por médicos de cabecera. Además, en la red de ambulatorios la población puede acceder a un primer nivel de especialidades.

Como la mayoría de los hospitales públicos se construyeron durante los años 60 y 70 la mayoría de los proveedores de salud son públicos. El sector público posee el 80% de las camas hospitalarias y da empleo al 90% de los médicos especialistas.

Cabe también destacar la fuerte integración vertical de la financiación y de la producción de servicios.

En España, las organizaciones sanitarias públicas están regidas por el principio de jerarquía, sometidas al Derecho Público en todos sus ámbitos y sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones. El ámbito de regulación laboral adoptó una forma peculiar y específica condicionada por el hecho de ser personal dependiente del Instituto Nacional de Previsión (y no de la Administración del Estado), surgir en un régimen político no democrático y desarrollarse fundamentalmente en los años de expansión económica de finales de los sesenta y principios de los setenta (Repullo e Iñesta, 2006).

2. Reforma de los sistemas financiero y tributario.

Para financiar los gastos del sistema sanitario fue de vital importancia la evolución de las contribuciones a la seguridad social hacia impuestos de carácter progresivo (en función de la renta) de todos los españoles gracias a la reforma fiscal de 1977.

La reforma fiscal aprobada en el marco de los Pactos de Moncloa, en plena transición, se llevó a cabo para corregir el desmesurado peso que los impuestos indirectos habían cobrado dentro de la recaudación y permitir que el Estado pudiera recaudar más y que la presión fiscal se adaptara en función de la renta y la riqueza de cada persona o familia. El resultado fue el primer paso a los impuestos directos, como el impuesto de sociedades y el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Por primera vez se establecía un impuesto claramente progresivo que establecía tipos impositivos para distintos tramos de renta, de tal modo que las personas con mayor renta pagaban proporcionalmente más que las personas con menor renta (que incluso podían llegar a quedar exentas del pago del impuesto). El impuesto sobre la renta de las personas físicas pasó a actuar como factor de redistribución automática de la renta (Collantes, 2013).

Asimismo, en 1972, para resolver los problemas financieros heredados del antiguo mutualismo de trabajadores, se definió, por la Ley de Financiación Perfeccionamiento, una estructura de cotización mayor calculada en el Régimen General, de acuerdo con los salarios reales, y Regímenes Especiales de acuerdo a la naturaleza y condiciones de ciertas actividades profesionales. Así, en la práctica, son las cotizaciones sociales las que soportan la mayor parte de la financiación de los servicios y prestaciones sociales.

Por otro lado, en 1986, con la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea también se adoptó el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA). Aunque se trataba de un impuesto indirecto, por lo que carecía de su carácter progresivo sobre la renta, era un impuesto de fácil gestión (recaudado por las empresas a través del precio por sus productos y transferido por las empresas al Estado) y paso a convertirse en una de las principales bases fiscales del Estado y, por lo tanto, una fuente de financiación más del gasto público.

El proceso de democratización del país condujo a la reforma del sistema tributario haciéndolo más justo y proporcional y aumentando los ingresos propios del Estado mediante impuestos directos progresivos e indirectos, permitiendo aumentar la cobertura sanitaria a todos los españoles.

3. Formación de especialistas.

En España se forma anualmente a un gran número de médicos especialistas y enfermeras de gran calidad técnica. El sistema de formación de Médicos Interno Residente (MIR) tiene como objetivo profesionalizar el sector y cubrir las necesidades del mismo. El programa se inició en 1977, combinando la adquisición gradual de capacidades de forma progresiva y tutelada con la adquisición de responsabilidades. Desde sus orígenes se enfocó a la autonomía profesional.

El MIR solo puede realizarse en aquellos centros debidamente acreditados por el Ministerio de Sanidad de España para asegurar la adecuada formación especializada. La duración del programa de formación depende de la especialidad y oscila generalmente entre cuatro y cinco años. Se accede a través de un concurso-oposición (anual) de ámbito nacional, conocido como examen MIR, en el que el expediente académico se pondera en un 10% mientras que el examen contabiliza el 90% restante. El número de plazas por especialidades las fija anualmente el MSSSI en coordinación con los Servicios Autonómicos de Salud. En la convocatoria 2017 se ofertaron 6.797 de plazas de formación de especialidades médicas. Anualmente existe también un número de plazas para médicos extra comunitarios cuyo título de grado de medicina ha sido homologado por parte del Ministerio de Educación de España.

TABLA 3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y AÑOS DE FORMACIÓN.

| ESPECIALIDAD | AÑOS | ESPECIALIDAD | AÑOS |
|---|------|-------------------------------------|------|
| Alergología | 4 | Medicina física y rehabilitación | 4 |
| Análisis clínicos | 4 | Medicina intensiva | 5 |
| Anatomía patológica | 4 | Medicina interna | 5 |
| Anestesiología y reanimación | 4 | Medicina legal y forense | 3 |
| Angiología y cirugía vascular | 5 | Medicina nuclear | 4 |
| Bioquímica clínica | 4 | Medicina preventiva y salud pública | 4 |
| Cardiología | 5 | Microbiología y parasitología | 4 |
| Cirugía cardiovascular | 5 | Nefrología | 4 |
| Cirugía general y del aparato digestivo | 5 | Neumología | 4 |
| Cirugía oral y maxilofacial | 5 | Neurocirugía | 5 |
| Cirugía ortopédica y traumatología | 5 | Neurofisiología clínica | 4 |
| Cirugía pediátrica | 5 | Neumología | 4 |
| Cirugía plástica, estética y reparadora | 5 | Neurocirugía | 5 |
| Cirugía torácica | 5 | Neurofisiología clínica | 4 |
| Dermatología médico-quirúrgica y venereología | 4 | Neurología | 4 |
| Endocrinología y nutrición | 4 | Obstetricia y ginecología | 4 |
| Farmacología clínica | 4 | Oftalmología | 4 |
| Gastroenterología (o aparato digestivo) | 4 | Oncología médica | 5 |
| Geriatría | 4 | Oncología radioterápica | 4 |
| Hematología y hemoterapia | 4 | Otorrinolaringología | 4 |
| Hidrología médica | 2 | Pediatría y sus áreas | 4 |
| Inmunología | 4 | Psiquiatría | 4 |
| Medicina de la educación física y el deporte | 3 | Radiodiagnóstico | 4 |
| Medicina del trabajo | 4 | Reumatología | 4 |
| Medicina familiar y comunitaria | 4 | Urología | 5 |

Fuente: Orden SSI/1892/2015.

Esta formación está eminentemente basada en la práctica clínica asistencial, por lo que los MIR se integran en cada servicio hospitalario correspondiente y adquieren responsabilidades de forma progresiva, de acuerdo al programa nacional de cada especialidad. Cabe destacar la profesionalización y especialización progresiva de la atención primaria, en la que en la actualidad se cuenta con médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria que supervisan y lideran el trabajo de los equipos sanitarios en centros de salud ambulatorios.

4. Principales reformas sanitarias.

Durante las últimas dos décadas del siglo XX se llevaron a cabo reformas importantes en la gestión pública del sistema sanitario español, al igual que en el resto de países europeos. En los años 80 el objetivo fue la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios sanitarios, para pasar de un sistema de seguridad social restringido heredado del régimen franquista a un servicio nacional de salud que, financiado a través de impuestos, ofreciese cobertura universal. En los años 90, las reformas se centraron en la contención de costes y la innovación en la gestión. Así se mejoró el sistema de gestión de la información, la codificación, los análisis de costes, los cuadros de mando, los contratos de gestión, etc. La estrategia adoptada por el Sistema Nacional de Salud ha sido descentralizar la producción para favorecer la competencia entre los proveedores. Se han separado las funciones de financiación y regulación, compra y producción de servicios. El financiador público, mediante contratos asigna recursos a los proveedores que asumen parte del riesgo.

En la primera década del siglo XXI podría decirse que el lema de las reformas ha sido la coordinación y cohesión tras la descentralización (García Armesto, 2010).

“La finalización del traspaso pleno de las competencias en materia de salud a las comunidades autónomas se tradujo en una búsqueda de mecanismos para equilibrar la tensión entre la federalización (política basada en intereses regionales) y un punto de vista nacional coherente que garantizase la igualdad de derechos de los españoles con independencia de comunidad autónoma en la que residan. Probablemente éste sea uno de los aspectos más llamativos de este proceso de reforma.” (García Armesto, 2010: 207).

Las principales cuestiones tratadas en las reformas de este periodo han sido:

- ✓ **la creación de organismos y herramientas de gobierno adaptados a la nueva organización ‘federal’.** Con la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 que establecía la gestión del conocimiento y el consenso como pilares fundamentales en el gobierno del Sistema Nacional de Salud, resurgió el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como máxima autoridad de coordinación del sistema nacional.
- ✓ **la definición de la cartera de servicios** comunes con el fin de incluir nuevas prestaciones respecto al catálogo de 1995.

- ✓ **la asignación y distribución de fondos para la financiación de las competencias transferidas a las comunidades autónomas.** Esta cuestión ha sido objeto de extensa regulación y varias revisiones de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA). Tanto en la Constitución como en la LOFCA se reconocen tres principios rectores: (I) autonomía financiera de las comunidades autónomas para fijar el gasto, (II) suficiencia en los recursos financieros para poder poner en práctica las competencias transferidas y, (III) solidaridad en la distribución de los recursos con el fin de que no haya desequilibrios económicos entre comunidades autónomas.
- ✓ **el diseño de un sistema de información nacional** con tres áreas de especial interés: la información de la atención primaria, el desarrollo de una historia clínica digital unificada y la consolidación de una tarjeta individual unificada y un identificador unívoco de paciente para todas las comunidades autónomas.



PRINCIPALES RETOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

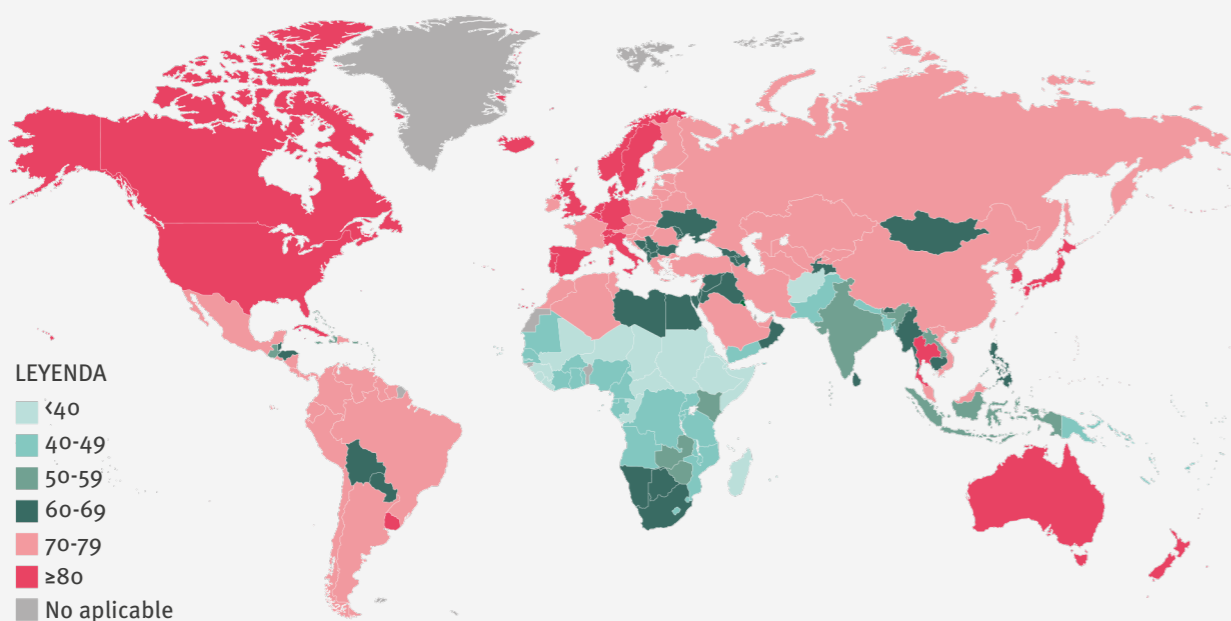
3

En este tercer apartado identificaremos algunos de los principales retos que afrontan los sistemas de salud. Estos retos son los mismos en cualquier país del mundo, pero en los países de renta media y baja suelen ser de mayor envergadura, principalmente por la escasez de medios humanos y materiales y por la débil organización del sistema y de la gestión del conocimiento. De este modo existen dramáticas desigualdades entre países de renta baja, media y alta en todos los ámbitos de un sistema de salud: la cartera de servicios prestados, la disponibilidad y formación de los recursos humanos, la gestión de la información, la provisión de productos y equipos médicos, la financiación del sistema y el liderazgo y la gobernanza del sistema.

3.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS - ACCESO Y CALIDAD

En los países de renta baja el acceso y la calidad de la prestación de servicios esenciales en atención primaria y especializada sigue siendo muy deficiente, lo que imposibilita la cobertura sanitaria universal. Frecuentemente sólo las personas con mayor nivel económico pueden acceder a clínicas y hospitales privados o desplazarse y permanecer en las capitales del país. De hecho, muchas entidades privadas, con y sin ánimo de lucro, están desempeñando un papel cada vez más notorio en la prestación de servicios (no siempre de calidad), debido al aumento de la demanda y la aún débil oferta pública en países de renta baja.

FIGURA 12. ÍNDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL.



Fuente: Datos OMS 2017.

El índice de cobertura de los servicios es una medida del ODS 3.8.1., que hace referencia a los servicios sanitarios esenciales, en los que se incluyen intervenciones en salud reproductiva, materna e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, capacidad y acceso al servicio por parte del total de la población y en mayor riesgo. Como queda reflejado en el mapa de la figura 12, la desigualdad entre países de renta alta y renta baja en relación a los servicios prestados es altísima.

El foco de la ayuda destinada al sector de salud ha sido en muchas ocasiones el acceso a los servicios y, por consiguiente, las intervenciones de cooperación se han centrado mayoritariamente en la lucha contra enfermedades transmisibles prevalentes (malaria, sida y tuberculosis) y en programas de atención primaria y salud sexual y reproductiva, respondiendo a la anterior agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de erradicar dichas enfermedades y de reducir la mortalidad materna e infantil. Esto, a menudo, ha provocado que los fondos se destinasen a programas verticales marcados a esas temáticas e influyesen, por lo tanto, en la cartera de servicios ofrecidos por las unidades sanitarias del país.

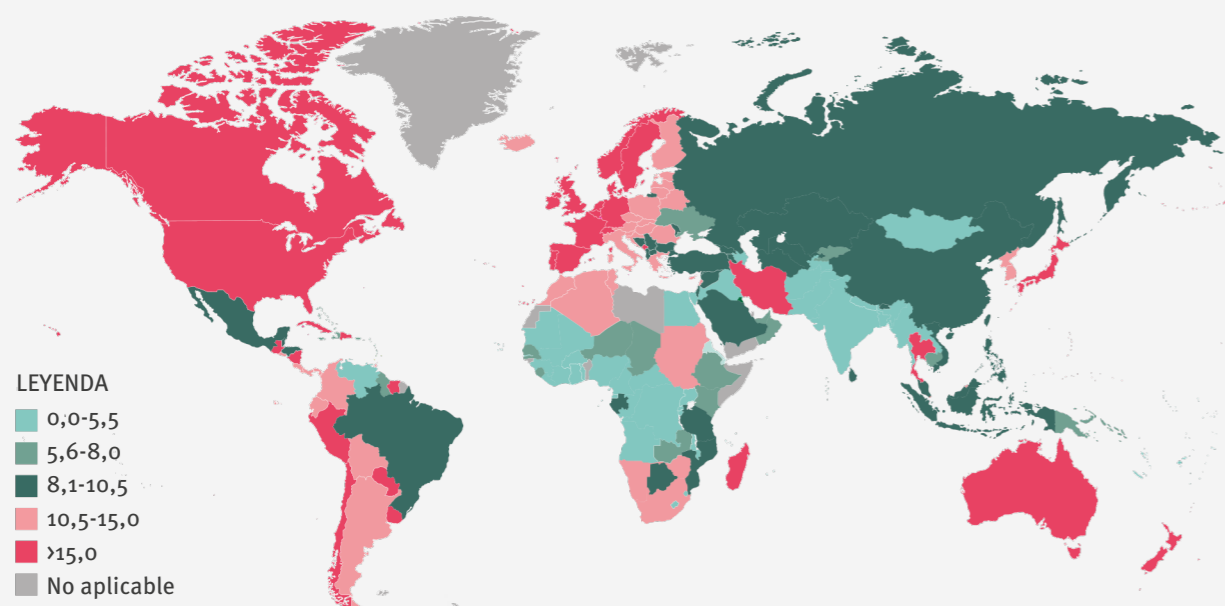
En los últimos años la cuestión de la calidad de los servicios está cada vez más presente. Algunos teóricos defienden que la calidad es una barrera incluso mayor en la reducción de la mortalidad que la falta de acceso. A menudo los servicios de salud en países de renta media y baja son inadecuados y de mala calidad: no se practican todas las acciones clínicas necesarias en prevención o curación, los diagnósticos son incorrectos, los servicios de urgencia están colapsados, etc. Esta situación afecta, además, especialmente a la población más vulnerable (con niveles educativos bajos, menor poder adquisitivo, más joven, estigmatizada, etc).

En un estudio elaborado por una Comisión formada por investigadores de una treintena de instituciones académicas y sanitarias de todo el mundo (Kruk, 2018) se indica que un sistema de salud de calidad evitaría la muerte de 8 millones de personas cada año en países de renta media y baja. El 60% de las muertes por enfermedades tratables se deben a una prestación de servicios de mala calidad, y la cifra restante de muertes es debida a la no utilización del sistema de salud. La mejora de la calidad de los servicios fomentaría una mayor utilización del sistema sanitario y por lo tanto ayudaría a que las enfermedades no evolucionasen hacia casos más complejos que constituyen una mayor carga para el sistema.

3.2. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

Aunque el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado por los rápidos cambios tecnológicos y por las instituciones financieras, el crecimiento de la inversión en salud en los países más pobres del mundo sigue siendo lento. En varios países de renta baja, con presupuestos generales deficitarios ya de por sí, se invierte menos del 5% en salud.

FIGURA 13. PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERIOR BRUTO DEDICADO AL GASTO EN SALUD.

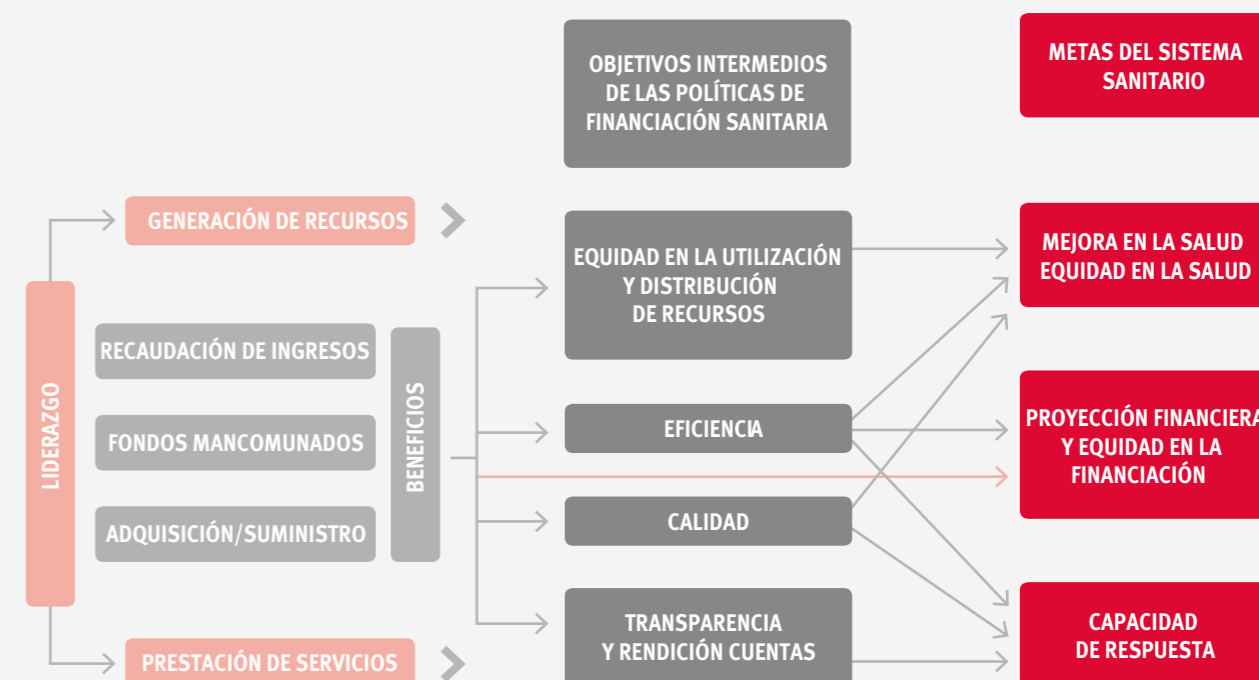


Fuente: Datos OMS 2017.

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 prever incentivos para los prestatarios y los usuarios. Por lo tanto, el sistema de financiación debe:

1. Recaudar ingresos a través de impuestos, tasas o seguros obligatorios.
2. Eliminar barreras económicas que limiten el acceso al disminuir los pagos en el momento de la prestación de la atención sanitaria.
3. Adquirir servicios.

FIGURA 14. FINANCIACIÓN SANITARIA DE UN SISTEMA DE SALUD.



Fuente: Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud de la AECID (2016).

El desarrollo de dichas áreas de financiación sanitaria determinarán la existencia y disponibilidad de servicios sanitarios para todos. Desafortunadamente la demanda de servicios en los países de renta baja es cada vez mayor pero la financiación pública sigue siendo muy baja (casi 100 veces menor que la de los países de renta alta). En términos generales, el volumen y la calidad de los servicios que la población necesita están determinados por las características demográficas del país, su carga de morbilidad, las expectativas de la población respecto de la calidad de los servicios y la capacidad de los gobiernos, empresas e individuos para pagar de su bolsillo.

En realidad la dicotomía de proveedores de servicios públicos y privados no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud sino la diferencia entre **pago anticipado** (procedente de impuestos o contribuciones a la seguridad social) y **pagos directos del usuario** (en el centro de salud u hospital para poder recibir el servicio). El papel y la extensión de la participación privada en la asistencia en cada país dependerá del modelo de sistema de salud adoptado: concepto universalista, asentado en la seguridad social, o basado en el mercado, mediante seguros privados.

La mayoría de los países de bajos ingresos necesitan de financiación externa para aumentar los fondos internos, al menos, a medio plazo. De hecho, pese al aumento de los fondos externos para fines sanitarios destinados a los países de ingresos bajos, estos últimos tienen que recurrir a fuentes internas (entre ellas, el pago del usuario) para sufragar cerca del 75% del gasto en salud. La **política fiscal** es un factor fundamental para reducir

las disparidades en los ingresos y su efecto en la salud y asegurar niveles adecuados de recursos y de gasto de forma justa. Lo ideal sería establecer una tributación progresiva, proporcional a la capacidad de pago, con el fin de reducir las desigualdades que afectan al bien común. Sin embargo, esto exige una capacidad recaudadora de contribuciones o de impuestos por parte de los países, en la que están involucrados los Ministerios de Salud pero también otros ministerios y agencias gubernamentales, y que está vinculada a una economía sólida y estructurada que los países de renta baja suelen estar en proceso de construir. Además, en muchos países solo una pequeña parte de la población tiene un trabajo formalizado sujeto a impuestos.

Si bien es cierto que los países que han logrado garantizar el acceso de su población a un conjunto amplio de intervenciones sanitarias de calidad cubriendo la mayoría de los gastos son principalmente países de la OCDE y destinan por lo general más del 5% de su PIB al gasto público en salud, hay estudios que aseguran que el gasto público en salud exclusivamente no determina una mayor salud global. Juan Garay (2005), al tratar la temática de **equidad en salud**, utiliza otras variables distintas a la inversión presupuestaria para medir mayores niveles de salud en los países y equidad en salud global. En su **índice holístico de salud** defiende que 1) una esperanza de vida por encima de la media ponderada (de acuerdo con el tamaño de la población de cada país), 2) un PIB per cápita por debajo de la media ponderada mundial y 3) una huella de carbono por debajo del límite planetario (sostenibilidad) son criterios que definen los estándares de mejor salud posible con un modelo sano, factible y sostenible que evitaría la muerte innecesaria de 1 de cada 3 personas cada año por inequidad (injusticia) global.

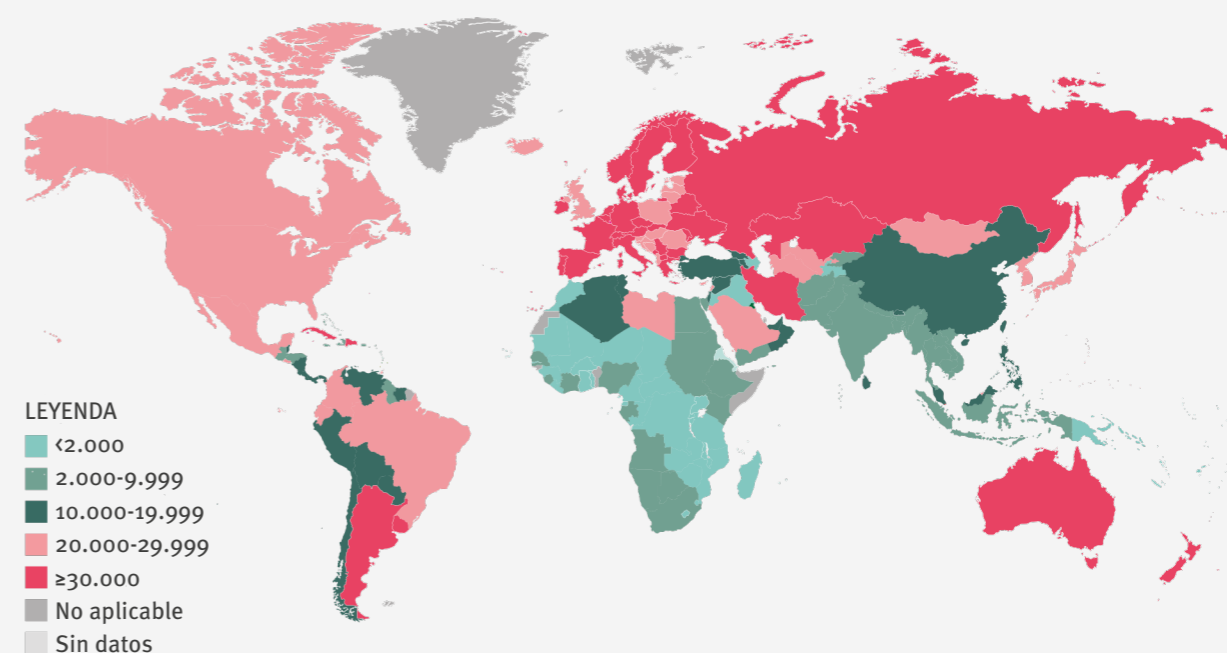


Sala de maternidad del hospital de San Gabriel en Addis Abeba. (Etiopía). Foto: © Miguel Lizana /AECID.

3.3. RECURSOS HUMANOS

Para que un sistema de salud funcione adecuadamente debe contar con un personal cualificado, responsable, justo y eficiente que disponga de los recursos necesarios y está disponible en el número adecuado. Uno de los problemas que afrontan muchos países es la escasez de personal cualificado. Existe una dramática escasez de médicos y otros profesionales sanitarios, y en especial de médicos especialistas y de la capacidad para formarlos en los hospitales universitarios. Por ejemplo, según los datos de la OMS recogidos entre 1985 y 2015, en la mayoría de los países de África Subsahariana no llega a haber ni un médico por 10.000 habitantes. En Níger, 0,5, en Senegal 0,6 o en Uganda 0,9 mientras que en España hay 40 y en Suecia 53.

FIGURA 15. RATIO DE MÉDICO POR 10.000 HABITANTES.



Fuente: Datos OMS 1998-2017.

Esto repercute en el correcto funcionamiento del sistema en todos los niveles de asistencia sanitaria porque no se pueden asegurar ni la continuidad de los cuidados ni la calidad de los servicios, provocando un círculo vicioso y empeorando la fragilidad del sistema. Las causas de la escasez de personal cualificado son variadas y, entre ellas, están la emigración, local, regional e internacional y la baja retribución económica. El personal más cualificado suele trabajar en el sector privado o emigrar al extranjero en busca de retribuciones salariales mejores. Este fenómeno se conoce como ‘fuga de cerebros’.

Para mejorar o fortalecer las capacidades existentes, los actores de cooperación centran muchos de sus esfuerzos en impartir cursos y formaciones para el personal en servicio, a veces sin haber analizado previamente las necesidades y demandas del personal y entendido las dinámicas de relación y trabajo. En muchas ocasiones las formas más

adecuadas para mejorar la situación y contar con un personal capacitado y motivado pasan por incidir en los sistemas salariales y de incentivos, las remuneraciones o privilegios en especie como viajes, alojamiento, tickets comida, la creación de espacios de coordinación y diálogo, etc.

Aun así, anualmente se organizan e imparten numerosos cursos y talleres de formación en todos los países. Es difícil medir el impacto de dichos cursos en la mejora de la calidad de los servicios. En ocasiones, incluso, se han dado dinámicas contraproducentes y perversas para el sistema: el personal sanitario asiste a los cursos y se ausenta de su puesto de trabajo para recibir la remuneración monetaria (perdiem) que se convierte en un suplemento salarial en un contexto de salarios muy bajos y desmotivación laboral. La metodología formativa que ha resultado ser más eficiente se llama “formación en servicio”, es decir, la integración de los profesionales extranjeros en los propios servicios locales tanto a nivel asistencial como formativo, uniéndose al equipo de profesionales locales sin substraerles de su lugar de trabajo, y lo que es más importante, ofreciendo de esta manera soluciones adaptadas a la realidad existente.

Intervenir en los recursos humanos de un sistema sanitario es una tarea muy compleja porque se trata de interactuar con personas, relaciones, intereses y afiliaciones. Para poder acceder a este ámbito de trabajo del sistema, se necesita, ante todo, contar con la confianza del socio local y tener una fuerte voluntad de integración en el sistema existente.

3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

El análisis, difusión y evaluación de datos y evidencias constituye el centro de un sistema y, no sólo permite identificar necesidades, verificar el rendimiento del sistema y elegir los programas y las políticas públicas adecuadas, sino que también asegura la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles del sistema y permite hacer un seguimiento de los resultados en base a indicadores de desempeño. **La falta de información sanitaria adecuada impide conocer la necesidades sanitarias del país, probar si los programas están siendo eficaces y llegan a los que más lo necesitan, mejorar el desempeño o tomar las mejores decisiones estratégicas y presupuestarias.**

Desafortunadamente son pocos los países que cuentan con un sistema de información sanitaria eficiente en los distintos niveles: local y nacional. Quizás esa sea una de las razones por las que se han realizado muy pocos avances por parte de los donantes en utilizar o mejorar los sistemas de información locales. Al contrario, en muchos casos, los donantes han creado un sistema de información paralelo para recoger los datos que necesitan y esto ha provocado duplicaciones y una mayor ineficiencia y ha supuesto una oportunidad perdida de empoderamiento del personal local para mejorar su propio sistema de gestión de información sanitaria.

3.5. PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA

Muchos países sufren una gran escasez de medicamentos, equipamientos y productos sanitarios, lo que influye radicalmente en la calidad, seguridad y eficacia de sus servicios. El acceso a las nuevas tecnologías constituye un importante desafío en países de renta baja. Esto se debe en mayor grado a la disponibilidad y acceso al mercado para adquirir los productos, el suministro y el mantenimiento, que al coste económico de los mismos (aunque este sea alto).

El comercio desigual entre países de renta alta y baja aumenta la brecha en el acceso a estos productos. Los 164 países que son miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) están regulados por los acuerdos internacionales en lo que respecta a medicamentos y productos sanitarios. El **Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio** (llamado TRIPS por sus siglas en inglés) limita el acceso a los productos por los costes de los derechos de propiedad intelectual. Sin embargo, la gestión creativa de la propiedad intelectual, o también llamada “flexibilidades del TRIPS”, permite que para países de renta baja exista un trato diferente que les beneficie en la compra de genéricos o producción de medicamentos aún estando bajo patentes, disminución de costes de importación y exportación, etc. Desafortunadamente los países que no forman parte de la OMC, como es el caso de Etiopía, no disponen de estas flexibilidades y tienen además tasas y aranceles para importar y exportar.



Pacientes en un hospital de salud pública en Addis Abeba. (Etiopía).
Foto: © Miguel Lizana / AECID

Es fundamental conocer esta realidad a la hora de intentar fortalecer los sistemas sanitarios y apoyarlos via cooperación. La gestión creativa de la propiedad intelectual es necesaria para ayudar a la diseminación de los productos tanto en países de renta alta, como baja, para reducir el precio y aumentar el acceso. En la actualidad existen países con mercados potentes como India, Brasil y Tailandia que están desempeñando un importante rol desarrollando medicamentos y productos médicos a precios más accesibles para países de renta baja.

En cualquier caso el acceso a la tecnología médica más innovadora no asegura que la población tenga acceso a servicios sanitarios de calidad. De hecho puede tener **efectos perversos e implicar una disminución de la calidad de los servicios o incluso aumentar la desigualdad en la distribución de la riqueza y la vulnerabilidad de la población más desfavorecida**, si no se tienen en consideración una serie de aspectos. Gari D Clifford (2006) subraya que es crucial que la tecnología sea sostenible y adaptada al contexto y hace un listado de **12 cuestiones a tener en cuenta** que apoyan dicha premisa:

- ✓ las necesidades de la población objeto
- ✓ la aceptación de la tecnología por parte de la población, incluyendo comportamientos
- ✓ la disponibilidad y la asequibilidad de los suministros y el mantenimiento (si los suministros se fabrican en otro país, la importación puede ser lenta, costosa y poco fiable o fomentar la corrupción)
- ✓ los costes y riesgos ocultos del uso de la tecnología (costes directos e indirectos en el beneficiario)
- ✓ la formación necesaria para evitar el mal uso de la tecnología
- ✓ el coste inicial y continuo de la tecnología
- ✓ la existencia de instalaciones y recursos posteriores que puedan asumir el impacto del uso de la nueva tecnología (por ejemplo, no sirve de nada tener un sistema que pueda diagnosticar el cáncer, si la población así diagnosticada no puede pagar o acceder geográficamente al tratamiento adecuado, esto puede producir mayor estrés y empeorar la situación, creando problemas éticos)
- ✓ el acceso a la electricidad que necesite la tecnología (red eléctrica, batería,...)
- ✓ el seguimiento del uso, la interacción, publicación de datos, etc.
- ✓ la posibilidad de actualizar la tecnología y vigilar el rendimiento de los equipos
- ✓ las barreras existentes de regulaciones nacionales e internacionales a la hora de importar o distribuir la tecnología
- ✓ la capacidad de la tecnología para ser autosuficiente y permitir un modelo de negocio competitivo sin fomentar un oligopolio o corrupción.

Es preciso detenerse en la cuestión del **mantenimiento preventivo**, ya que supone otro desafío importante en la sostenibilidad de los equipos médicos, y suele ser uno de los principales que enfrentan los países de renta baja. Los equipos disponibles no funcionan en muchos casos por averías de fácil solución o porque se han agotado los consumibles necesarios para el funcionamiento. Generalmente, las casas comerciales cuando venden un producto ofrecen un servicio de mantenimiento, pero en muchas ocasiones la adquisición de los equipos proviene de una donación en la que no se contempla este servicio. A veces se ha adquirido un equipo sin que exista servicio de mantenimiento en el país y se debe enviar el equipo al lugar de origen para su reparación, lo que es demasiado costoso para ser asumido.

3.6. LIDERAZGO Y GOBERNANZA

El último de los pilares que comentaremos, pero que quizás sea uno de los más esenciales a la hora de llevar a cabo el fortalecimiento de un sistema de salud, es el pilar de liderazgo y gobernanza. Este pilar se refiere a los marcos estratégicos de políticas públicas y a la dirección, coordinación, rendición de cuentas, regulación, y diseño de incentivos y sistemas adecuados.

En algunos casos el sistema de salud de un país es visto por los donantes como un ‘agujero negro’ al que entran fondos, pero del que no sale prácticamente nada. Fortalecer el liderazgo y la gobernanza de los funcionarios públicos del sistema es esencial para fortalecer el sistema (OMS, 2009).

“La cobertura sanitaria universal es en última instancia una elección política. Es responsabilidad de cada país y de cada gobierno nacional cómo alcanzarla. Los países tienen necesidades distintas y las negociaciones políticas de cada contexto determinarán que se dediquen recursos nacionales”

(Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director de la OMS, 2017)

La voluntad política es clave y dependerá absolutamente del gobierno del país socio y de las prioridades que este marque relativas al gasto público. La comunidad internacional podrá presionar para que el gobierno cumpla con los **compromisos internacionales asumidos**. La **escasa financiación** de los sistemas sanitarios repercutirá negativamente en la gobernanza de un sistema.

Si existe voluntad política por mejorar el sector sanitario, se podrán llevar a cabo acciones de refuerzo institucional que acompañen o complementen las intervenciones de contenido puramente sanitario. Hablamos de **‘refuerzo o fortalecimiento institucional’** cuando se llevan a cabo medidas dirigidas a mejorar las capacidades del personal que gestiona el sistema sanitario del país, los representantes políticos y



el personal funcionario o contratado en las agencias de gestión gubernamental (agencia farmacéutica, instituto de investigación nacional, departamentos ministeriales de recursos humanos, gestión de la información, planificación, gestión económica, etc.).

Llevar a cabo un refuerzo institucional profundo y sostenible, basado en un **diálogo entre iguales**, franco y con confianza es un proceso complejo, pero es el primer paso en la apropiación y liderazgo del proceso por parte del país socio. En la práctica, se traducirá es **actividades de apoyo** a largo plazo tales como:

1. Incremento del conocimiento técnico especializado por parte del personal responsable de la gestión y organización del sistema sanitario, ya que normalmente los instrumentos vigentes suelen ser poco ágiles y los procedimientos burocráticos muy largos y pesados.

2. Aumento progresivo, según el modelo y la idiosincrasia de cada país, de la comunicación y de la delegación de responsabilidades en la gestión del nivel central al descentralizado/ regional, de modo que estas tengan la capacidad de responder a las circunstancias locales, reportar al nivel central de forma adecuada y participar activamente en el diálogo con los actores y contrapartes.

3. Promoción de un enfoque de trabajo basado en resultados definidos en: objetivos estratégicos, resultados esperados, indicadores de seguimiento, etc. para una mejor rendición de cuentas y evaluación del impacto.

4. Flexibilización de los procedimientos –normativa en contabilidad, contratación, seguimiento, justificación, etc.– de modo que la canalización y utilización de los fondos se simplifique y permita una mayor agilidad en la gestión. Suele ocurrir que en los países de renta baja los sistemas internos de gestión sufren de una gran burocracia con procedimientos muy largos y pesados que dificultan enormemente la capacidad de absorción y ejecución de los fondos.

5. Establecimiento de un único sistema integrado de información, elaboración presupuestaria, gestión financiera y contratación que mejore las capacidades de seguimiento y control de la ayuda por parte de los los servicios centrales.



ORIENTACIONES PARA CONTRIBUIR A FORTALECER UN SISTEMA DE SALUD Y PROMOVER LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

4

En este último apartado se ofrecen orientaciones básicas relativas al trabajo de fortalecimiento de un sistema de salud que podrán servirnos de guía en los siguientes procesos:

- ✓ para valorar el diseño de una determinada intervención, en una convocatoria de proyectos, antes de su aprobación y asignación de fondos.
- ✓ para identificar y diseñar una operación en el sector salud con el objetivo de fortalecer el sistema a largo plazo.
- ✓ para hacer el seguimiento de una operación ya en marcha, revisar posibles decisiones o reformular acciones.

Estas orientaciones hacen hincapié en aspectos que los distintos actores de la Cooperación Española (Agencia Española de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, cooperación descentralizada, organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, entidades municipales, etc.) deberían tener en cuenta a la hora de abordar los retos de un sistema de salud de un país. Aunque algunas de ellas parezcan obvias y cada contexto tenga unas particularidades distintas, pueden servirnos de hoja de ruta cuando estemos trabajando en una cuestión tan compleja como es fortalecer el sistema de salud de un país.

Hemos estructurado el apartado en torno a cinco preguntas con el propósito de presentar estas orientaciones de la forma más clara y práctica posible.

1. ¿Cómo funciona el sistema de salud del país?
2. ¿Quiénes son nuestros aliados?
3. ¿Qué principios básicos de cooperación deben guiar nuestras intervenciones?
4. ¿Qué premisas no debemos olvidar si queremos contribuir a fortalecer un sistema de salud?
5. ¿Cómo podemos poner todo esto en práctica sin crear más caos?

4.1 ¿CÓMO FUNCIONA EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS?

Para poder contribuir a mejorar el sistema de salud de un país y no empeorar la situación, antes de intervenir en un país es necesario saber cómo funciona el sistema, conocer al detalle el contexto, los actores, las necesidades y los procesos en marcha. Un ejercicio de análisis exhaustivo es un requisito previo antes de actuar porque nos proporcionará una visión amplia del sistema de salud. Sin un diagnóstico claro no se puede identificar un tratamiento adecuado.

No debemos conformarnos con conseguir datos relativos exclusivamente al área del proyecto que vamos a realizar. Es necesario dedicar tiempo suficiente a investigar, leer, asistir a reuniones y compartir informes con otros actores antes de tomar decisiones sobre el diseño de la intervención. Además, este análisis de situación será la futura línea de base que nos permitirá evaluar y medir si se ha producido algún cambio, positivo o negativo, en el sistema después de nuestra intervención.

Si en la fase de identificación o seguimiento no contamos con los recursos humanos necesarios para llevar a cabo este análisis de situación del sistema, solicitaremos apoyo técnico mediante una consultoría o mediante el apoyo de otros actores que dispongan de esa información o tengan la capacidad para conseguir dicha información.

| ¿CÓMO FUNCIONA EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS? | |
|--|--|
| PREGUNTAS PARA EL DIAGNÓSTICO | POSIBLES ACCIONES |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe un plan estratégico de desarrollo del sector de salud? ¿en qué ámbitos/áreas concretas existen planes y programas gubernamentales a largo plazo? • ¿Cuál es el modelo de sistema sanitario definido por el país, en cuanto a su financiación, organización y gobernanza? • ¿Cuáles son las capacidades del Ministerio de Salud del país y otras agencias gubernamentales? • ¿Cuál es el volumen de AOD que llega al sector salud y en que modalidad de ayuda se ejecuta? ¿cuánto va destinado al sistema público? ¿cuánto se canaliza a través de los sistemas de gestión financiera nacionales? ¿quiénes son los principales actores de cooperación? | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con representantes del gobierno, del Ministerio de Salud, de las oficinas regionales, de los principales hospitales (siempre intentando que sean conjuntas con otros actores para ser más eficientes en el uso del tiempo). • Entrevistas con las agencias y organizaciones que trabajen en el sector salud en el país para conseguir información e informes. • Compilación, lectura y análisis de documentos estratégicos para entender el modelo de sistema sanitario. • Consulta de datos estadísticos a organizaciones nacionales e internacionales. • Visitas a centros de salud y hospitales con asociaciones, organizaciones y entidades locales. • Asistencia a reuniones sectoriales conjuntas con agencias bilaterales y organismos multilaterales, ONGDs, asociaciones, etc. |

4.2 ¿QUIÉNES SON NUESTROS ALIADOS?

A la hora de llevar a cabo una intervención para el fortalecimiento del sistema de salud de un país, necesitaremos identificar qué personas e instituciones serán nuestras aliadas clave. ¿Con quién podremos establecer una relación de confianza? Tendremos que identificar sus intereses y su compromiso para con el sistema y la intervención.

Por lo tanto, necesitaremos hacer un mapeo básico de actores de las principales instituciones públicas y privadas locales responsables del sector sanitario (por ejemplo, de distintos departamentos del Ministerio de Salud -ya que el departamento de recursos humanos puede tener diferente visión que el de planificación, por ejemplo-, o de distintas Direcciones a nivel regional, pero siempre respetando la jerarquía establecida en el país) así como de otras organizaciones y grupos de interés vinculadas al sector. ¿Qué los moti-

va? ¿qué necesitan? ¿qué información tienen y cuál pueden facilitar? Para poder hacer este mapeo será necesario dedicar tiempo a escuchar lo que tenga que decir el otro. Aunque esta premisa puede parecer obvia lo que ocurre a menudo es que ni los actores extranjeros que tienen la financiación para llevar a cabo la iniciativa ni los actores locales que podrían coordinarla o ejecutarla en el país tienen demasiado tiempo para escucharse mutuamente. Sin escucha ni humildad por parte de los interlocutores no puede comenzar adecuadamente ninguna intervención ni mantenerse en el tiempo de forma duradera o sostenible.

Como actor en un sistema complejo, nuestro objetivo desde el primer momento deberá ser el de **fraguar un equipo de personas clave** tanto dentro del país como en España:

En el país: necesitamos tejer una red sólida basada en la comunicación constante y la confianza con personas clave en todos los niveles (ministerial, regional, municipal, en la unidad sanitaria -hospital o centro de salud-, asociativo, profesional, etc.). Es crucial estar dispuesto a establecer un diálogo de igual a igual, reconociendo que las instituciones de salud son las responsables últimas del sistema en el país y quienes tienen que tomar las decisiones.

En España: no deberemos olvidar tampoco establecer alianzas con expertos, instituciones, organizaciones y entidades españolas que pueden contribuir con sus recursos y conocimiento a mejorar la ejecución de la intervención en salud.

¿Cómo se puede formar y mantener ese equipo de aliados que son quienes pueden asegurar el éxito de la intervención? A través de un diálogo constante y un trabajo en red.



Hospital de Afincho Ber en Addis Abeba. (Etiopía)
Foto: © Miguel Lizana / AECID

DIÁLOGO CONSTANTE

En general dialogar y mantener los canales de información abiertos es siempre necesario si queremos establecer alianzas duraderas, pero más aún en una intervención de salud en la que hay múltiples factores que pueden cambiar en cuestión de horas.

El diálogo permite acercar posturas, conocer más al interlocutor, acceder a datos relevantes, etc. En otras palabras, nos permite construir una **relación de confianza**. Se trata de un proceso largo que puede desvanecerse en unos segundos por tan solo un malentendido cultural, pero que constituye la inversión más importante que deberemos hacer porque es lo único que puede asegurar que la intervención sea exitosa. Por ello es necesario cuidar el diálogo y asegurar que este se produzca de forma periódica sin que esto signifique solicitar a los profesionales locales constantemente reuniones que los obligue a ausentarse de su trabajo. Se trata más bien de que nos coordinemos con el resto de los actores que están trabajando en el sistema de salud para ser lo más eficientes posible.



Durante la visita el Médico Académico realiza el control de talla y peso a un niño. (Bolivia).
Foto: © Miguel Lizana / AECID

Mediante el diálogo mantendremos la relación con los niveles institucionales, como el Ministerio o la Embajada ya que normalmente el personal diplomático o de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo tiene acceso a información a nivel ministerial y participa en las reuniones de coordinación sectorial con otros donantes bilaterales, multilaterales, y otros socios que ejecutan presupuestos importantes (iniciativas globales, implementing partners, fundaciones internacionales, etc.). En dichas reuniones suele compartirse información útil sobre los planes, presupuestos, desempeño del sector de salud y planes futuros, aunque rara vez se toman decisiones relevantes por la multitud de actores e intereses. En cualquier caso esa información debe estar disponible para todos los actores de la Cooperación Española con el fin de que puedan trabajar en el sistema de forma más informada y coordinada.

Asimismo, las agencias de Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) también serán importantes aliados. Por un lado, la OMS tienen un papel cada vez más relevante en el apoyo técnico para el desarrollo de los sistemas de salud de los países y pueden disponer de mucha información y *expertise* local. Por otro lado, es muy posible que haya ONGD que estén trabajando en una zona aislada o barrio marginal de una parte del país y conozcan de primera mano el estado epidemiológico, la situación concreta del personal y de los equipos de un centro de salud o el grado de acceso a los servicios por parte de la población. Es muy necesario que dicha información llegue a niveles superiores para humanizar los datos abstractos y visibilizar cuestiones y así influir en el proceso de toma de decisión. Por ello, los canales de diálogo deben estar abiertos en ambas direcciones (de arriba a abajo y de abajo a arriba) para el que sistema funcione mejor y no se produzcan desajustes.

El diálogo de políticas públicas en salud debe ser a la vez: (I) completo, abarcando todo el sector (pilares, principios y procesos han de ser analizados conjuntamente) para atender de manera integrada, justa y equitativa, todas las prioridades de salud basadas en las necesidades reales existentes, y (II) profundo e inclusivo, incluyendo todos los niveles del sistema (distrital, regional y federal) así como a todos los actores del sector público y privado. Además, el diálogo debe llevarse a cabo, no sólo con el Ministerio de Sanidad del país, sino con todas las agencias gubernamentales e instituciones públicas, otros Ministerios (en particular el de Economía y Finanzas), otros actores de cooperación, etc.

TRABAJO EN RED

Con los aliados clave deberemos, además de dialogar, trabajar en red porque dichas colaboraciones mejorarán nuestra contribución al fortalecimiento del sistema.

Existen muchos actores españoles con *expertise* en salud que están deseosos de colaborar en el apoyo a los países socios. Pueden ofrecer cooperación técnica de la mano de profesionales españoles con amplia experiencia en distintos ámbitos como la formación médica especializada, la gestión sanitaria, la financiación del sistema de salud, el seguro social, etc. Cada uno de ellos aportará su visión desde su área de conocimiento, por lo que el diálogo deberá estar siempre liderado por los responsables de las instituciones de salud del país socio que tienen la visión integral del sistema. Aunque sea complejo establecer convenios de colaboración con entidades e instituciones es siempre positivo. Para poder tejer esa red de aliados podemos compartir información e invitarles a participar en espa-

cios y documentos, mantener reuniones virtuales, encargarles estudios e investigaciones, coordinar visitas a terreno, crear alianzas entre profesionales y entidades homólogas del país y de España ,etc.

En esta línea, un ejemplo serían los recientes acuerdos firmados con Sociedades Científicas. También se pueden apoyar y facilitar hermanamientos entre hospitales para la transferencia de conocimientos, el intercambio de profesionales, la donación de materiales y equipos de forma coordinada y estratégica, el desarrollo de un marco de permisos o excedencia para personal funcionario o interino en instituciones españolas, etc.

Asimismo, se pueden promover Alianzas Público-Privadas o Alianzas Multiactor también en salud, como ya ocurre en otros sectores, con el objetivo de fortalecer los servicios públicos tanto de atención primaria como especializada para que sean más eficaces y rentables. Colaborar con las universidades, centros de investigación, los hospitales, la sociedad civil y el sector privado para avanzar en la búsqueda de soluciones y tecnología innovadora, sostenible y adaptada al contexto y a las necesidades del país es un reto que está aún por ser explorado en profundidad en España.



Proyecto medicos del mundo Sedhiou. (Senegal)
Foto: © Miguel Lizana / AECID

En dichas alianzas se trata de aplicar la investigación existente adaptada al contexto a planteamientos innovadores que permitan obtener resultados a largo plazo. Por ejemplo, proporcionar materiales y equipos sanitarios que sean más adecuados a la situación de los hospitales del país.

Según la OMS, los organismos públicos se benefician al trabajar en colaboración con el sector privado en las zonas en donde el sector público carece de conocimientos y experiencia, por ejemplo, en el desarrollo de productos, de procesos de producción, fabricación, comercialización o distribución. Por lo tanto, se deberían promover aquellas alianzas, en las que se demuestre el valor añadido de trabajar en la misma y que tengan la capacidad financiera o técnica suficiente para cubrir una necesidad y contribuir a que el sistema sea más eficiente, sostenible y equitativo.

¿QUIÉNES SON NUESTROS ALIADOS?

PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS

En el país:

- ¿Sabemos quiénes son los grupos de interés (stakeholders) en el contexto de tu intervención? ¿quiénes están interesados en la intervención y pueden ayudarla a avanzar y a quiénes no les interesa o la van a bloquear?
- ¿Qué instituciones y profesionales son los responsables del universo de la intervención?
- ¿A quién se debe mantener informado en todo momento?
- ¿Quién o qué grupo tiene el poder de tomar la decisión final?
- ¿Quién o que profesionales pueden ayudarnos a entender mejor la situación y proporcionarnos información real sobre el desempeño o la evolución?

En España:

- ¿Quién o qué institución pueden contribuir a la intervención?
- ¿Qué alianza multiactor puede establecerse para que aumente el impacto o el alcance de la intervención?
- ¿Se puede establecer algún hermanamiento horizontal entre profesionales, instituciones u hospitales de ambos países?

POSIBLES ACCIONES

En el país:

- Reuniones periódicas con autoridades locales.
- Consultas e intercambio de información.
- Visitas a distintas zonas del país.

En España:

- Firma de convenios de colaboración con fundaciones sanitarias españolas.
- Evaluaciones externas contratadas por la entidad financiadora para la valoración y el asesoramiento en intervenciones concretas o en planes estratégicos a largo plazo.
- Hermanamientos entre hospitales y centros de investigación de España y del país socio.
- Realización de foros de rendición de cuentas y aprendizaje colectivo.
- Creación de una red de asesores que incluya expertos en salud pública, profesionales sanitarios, académicos, cooperantes, etc.

4.3 ¿QUÉ PRINCIPIOS BÁSICOS DE COOPERACIÓN DEBEN GUIAR NUESTRAS INTERVENCIONES?

Una vez tengamos una foto de conjunto de la organización y necesidades del sistema de salud y de los actores clave, podemos diseñar la visión a largo plazo que vamos a adoptar para fortalecer el sistema. Hay muchos tipos de intervención y niveles en los que podremos actuar dentro de un sistema de salud, pero siempre tendremos que basarnos

en unos principios básicos que nos permitan acercarnos a fortalecer el sistema en vez de debilitarlo. La visión en la que se enmarque la intervención que estemos identificando o valorando tendrá que incluir los siguientes aspectos: **no dañar, enfoque sistémico, horizonte a largo plazo y eficacia de la ayuda.**

NO DAÑAR

El principio humanitario de ‘No dañar’ desarrollado por Mary B. Anderson en los años 90 se puede aplicar perfectamente a un contexto de cooperación al desarrollo en salud.

A continuación se recogen algunas reflexiones basadas en las lecciones aprendidas del enfoque ‘Do No Harm’ (CDA Collaborative Learning Projects) extraídas de la experiencia en contextos humanitarios que podemos aplicar al enfoque de trabajo para el fortalecimiento de un sistema de salud:

- ✓ es crucial entender el contexto porque nuestra intervención formará parte de él tan pronto empecemos a actuar.
- ✓ no hay ninguna intervención que sea neutral. Cualquier acción que llevemos a cabo en una parte del sistema tendrá repercusiones en otras partes: por ejemplo, la capacitación puede aumentar las expectativas salariales o disminuir la calidad de los servicios provistos por la ausencia del personal que se encuentra en cursos.
- ✓ en cualquier contexto hay actores ‘divisores’ y ‘conectores’ y la intervención influirá en todos ellos.
- ✓ la transferencia de recursos tiene un impacto pero también los mensajes implícitos lo tienen, ¿qué estamos comunicando con nuestro trabajo? Por ejemplo, con la priorización de unas enfermedades sobre otras ¿hay pacientes de primera y de segunda clase según sus necesidades?
- ✓ los detalles importan: el diálogo, la escucha, el aprendizaje conjunto, la humildad, el reconocimiento de la contraparte local en el liderazgo del programa, la actitud de las personas implicadas, etc. son valores esenciales a la hora de llevar a cabo intervenciones en cooperación con profesionales de otros países.
- ✓ siempre hay alternativas para modificar los programas y eliminar los impactos negativos.

ENFOQUE SISTÉMICO

En muchos países en desarrollo existe una tensión entre los objetivos a corto plazo del financiador pues se necesitan resultados cuantificables con urgencia y los problemas estructurales que preocupan a los gestores, políticos y trabajadores sanitarios del país en cuestión. “En especial en la última década, las intervenciones verticales destinadas a tratar enfermedades específicas a gran escala se han centrado en metas a corto plazo en vez de a largo plazo [...] el poder de negociación de los gobiernos de los países en desarrollo

para modificar las intervenciones propuestas se ve muy limitado, por lo que armonizar las políticas, prioridades y enfoques de los donantes con las establecidas por el país es un problema urgente e importante, pero al que aparentemente se han dado pocas soluciones” (OMS, 2009).

Es crucial abandonar el enfoque meramente asistencialista en intervenciones en el sector salud para conseguir aumentar el impacto en el conjunto del sistema. Se necesitan fortalecer las instituciones que prestan servicios y diseñan políticas para que cualquier avance, por pequeño que sea, sea sostenible en el tiempo; y fomentar el buen gobierno dentro de dichas instituciones - utilizado herramientas como la *Health System Governance Collaborative* de la OMS. Esto también implica escuchar más a las iniciativas que vengan de terreno y de los que trabajan en el sector (*bottom-up practices*).

Un sistema de salud no es lineal, se auto-organiza, está en constante cambio, y altamente interrelacionado, dirigido por la oferta y la demanda y con una fuerte resistencia al cambio y a las reformas. Teniendo en cuenta estas complejas relaciones y características del sistema, los enfoques de trabajo convencionales y lineales de marcos lógicos (insumo>producto>resultado> impacto) y causa-efecto pueden dificultar la labor de fortalecer los sistemas de salud y conseguir la cobertura sanitaria universal a largo plazo. Necesitamos pensar de forma operativa y global. Adoptar un enfoque sistémico a la hora de diseñar y evaluar una intervención de cooperación en salud es esencial. Un problema del sistema requiere una solución sistémica, no un remedio temporal o intervenciones fragmentadas. Debemos utilizar un enfoque sistémico para entender como actúan, reaccionan e interaccionan los pilares que constituyen un sistema. Este enfoque nos permitirá prever sinergias y mitigar los efectos negativos que puedan surgir.



Operativo start en Mozambique.
Foto: © Miguel Lizana / AECID

HORIZONTE A LARGO PLAZO

La mejora de cualquier área del sistema de salud de un país requiere un esfuerzo y una inversión de recursos humanos y materiales considerable y constituye un proceso lento y complejo. Por ello, a la hora de diseñar o valorar el programa o intervención en el sistema de salud de un país, en base al análisis de situación y necesidades y al diálogo con las autoridades y actores locales, se debe siempre diseñar una intervención plurianual que tenga un horizonte presupuestario relativamente amplio para poder alcanzar algún resultado.

Asimismo nuestra intervención tiene que estar enmarcada en la estrategia o plan nacional y apoyar las prioridades gubernamentales, a nivel central o regional, para que pueda ser asumida a medio-largo plazo por el sistema y así se vayan construyendo avances conjuntamente.

EFICACIA DE LA AYUDA

Aunque hoy en día los principios de Eficacia de la Ayuda (Declaración de París, 2005) no son de actualidad siguen siendo válidos a la hora de guiar las intervenciones en el sistema de salud de un país si queremos fortalecerlo. En nuestra visión estratégica deberemos incluir la apropiación, la alineación, la armonización, la consecución de resultados y la rendición de cuentas mutua. Estas cinco premisas encierran la esencia del fortalecimiento de un sistema de salud: trabajar de forma conjunta con todos los actores el sistema y no de forma paralela al mismo para conseguir resultados de desarrollo.

| PRINCIPIO | EXPLICACIÓN |
|--------------------------|---|
| APROPIACIÓN | Los países en vías de desarrollo ejercerán un liderazgo efectivo sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, y coordinarán acciones para el desarrollo. |
| ALINEACIÓN | Los países donantes basarán sus ayudas en las estrategias de desarrollo, las instituciones y los procedimientos de los países receptores. |
| ARMONIZACIÓN | Los países donantes se coordinarán entre sí, simplificarán sus procedimientos y compartirán información para evitar la duplicación y la descoordinación. |
| RESULTADOS DE DESARROLLO | Los países donantes y receptores enfocarán la ayuda en los propios resultados, que se medirán mediante marcos de evaluación establecidos. |
| RENDICIÓN MUTUA | Los países donantes y los países en vías de desarrollo se comprometen a rendir cuentas mutuamente en torno a los resultados de las ayudas para el desarrollo. |

Cuando hablamos de apropiación, alineación y armonización estamos refiriéndonos a que los actores del país en el que trabajamos lideren los procesos de reforma del sector salud, por ejemplo, y que los distintos actores del sector se organicen y coordinen con ellos en torno a una misma política pública sanitaria, un programa y unos planes para evitar duplicaciones y proyectos fracasados. El conjunto de los actores de la Cooperación Española debería establecer un acuerdo en cuanto a: la utilización de planes y programas nacionales en sus proyectos, los indicadores de seguimiento, la colaboración con las autoridades locales (a nivel central o descentralizado), etc. Se trata de compartir entre todos una **visión conjunta** para ser más eficaces en el logro de verdaderos resultados de desarrollo.

En esta coordinación conjunta, se tendrían en cuenta no sólo aquellas intervenciones enfocadas al fortalecimiento de los sistemas de salud, sino también aquellas otras que tra-

bajan en los determinantes sociales. Por ejemplo, si aquellas acciones que tengan como objetivo el acceso a agua potable y saneamiento y la promoción de hábitos higiénicos se coordinan con las intervenciones en salud, el impacto en el sector sanitario será mayor. También deberían explorarse y fomentarse las colaboraciones y sinergias entre las operaciones de cooperación reembolsable y las de acción humanitaria en el país.

Asimismo, para alcanzar resultados de desarrollo en el fortalecimiento del sector de salud, es esencial transformar de una vez por todas el paradigma que enmarca la cooperación y poner el foco en la **contribución** en vez de en la atribución. Los actores de la Cooperación Española pueden unir sus esfuerzos y financiación para contribuir a fortalecer el sistema de salud de un país si trabajan de forma conjunta pero no podrán asignarse individualmente los resultados de desarrollo alcanzados porque serán el producto de un trabajo conjunto. Seguir interviniendo bajo un enfoque de atribución, altamente fragmentado, mediante proyectos de cooperación tradicionales es seguir trabajando de forma ineficiente, improductiva e insostenible. “Algunos informes ponen de manifiesto que los donantes han estado compitiendo entre ellos para atribuirse resultados a sus propias donaciones y con ello han aumentado la carga de trabajo de los trabajadores de salud de los países” (OMS, 2009).

Los cinco principios siguen estando vigentes porque todavía sigue siendo pertinente transformar las prácticas de cooperación. El principal obstáculo para poner dichos principios en práctica es la falta de liderazgo y la incapacidad o resistencia por parte de los países en desarrollo y los países y organizaciones donantes de financiación de introducir las transformaciones necesarias a la hora de trabajar y organizarse. No se han dado los pasos en la rendición de cuentas mutua necesarios. De todas formas, “a pesar de sus limitaciones, este documento [La Declaración de París] ha tenido un papel importante en poner de relieve la necesidad de esforzarse por mejorar continuamente la calidad de la cooperación para el desarrollo. Es cierto que hace falta revisitarlo para adaptarlo al nuevo contexto, pero también debemos evitar que la agenda internacional del desarrollo dominante [Objetivos de Desarrollo Sostenibles] ahora haga que nos olvidemos de los principios acordados en París, y de la necesidad de mejorar el efecto que tiene la ayuda en la vida de las personas en los países del Sur” (Novales y Freres, 2016).

4.4 ¿QUÉ PREMISAS NO DEBEMOS OLVIDAR SI QUEREMOS FORTALECER UN SISTEMA DE SALUD?

A continuación recogemos diez premisas que resumen la visión estratégica que debe ser tenida en cuenta a la hora de intervenir en salud en un país si nuestro objetivo es contribuir a mejorar la salud de la población y alcanzar la cobertura sanitaria universal.

DECÁLOGO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

1. COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL. Para alcanzar la cobertura sanitaria universal y mejorar la salud global de un país es necesario que dicho país cuente con un sistema de salud sólido, que asegure el acceso pero también la calidad de los servicios así como la protección financiera y la confianza de los usuarios.

La salud es un derecho y que todas las personas puedan acceder a servicios de salud es justicia social. Si no existe un sistema de salud sólido, el país no puede asegurar ese derecho, y, mucho menos, en situaciones de catástrofes humanitarias o epidemias globales.

2. SISTEMA DE SALUD, UNIVERSO COMPLEJO. El sistema de salud de un país es un universo complejo en el que entran en juego muchos componentes, interacciones, intereses, políticas, valores, etc. que en ocasiones además dependen de cuestiones supranacionales. Si queremos contribuir a fortalecerlo deberemos elegir el área en el que vamos a trabajar, y entenderla como parte de un sistema más global, e incidir por parte iguales en los tres activos de dicho universo: los medios, la organización y la gestión del conocimiento, sea cual sea el nivel (micro o macro) en el que intervengamos. Todas las intervenciones de cooperación deberán estar diseñadas con una mirada global y sistémica y encaminadas a fortalecer los componentes del sistema, teniendo muy en cuenta las consecuencias negativas de dicha intervención en otras partes del sistema.

3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS. Mejorar la calidad de los servicios del sistema de salud debe ser nuestro objetivo porque es actualmente la mayor barrera para la reducción de la mortalidad, por encima de la falta de acceso. Para aumentar la calidad de los servicios de salud, es preciso adoptar visiones conjuntas, coordinadas y alineadas que fortalezcan el sistema como un todo y no sigan promoviendo esfuerzos fragmentados a nivel micro. Acciones aisladas y en paralelo al sistema de salud es difícil que puedan tener algún impacto a largo plazo y mejorar la calidad del sistema.

4. ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA. La atención primaria y la atención especializada son igualmente necesarias a la hora de conseguir mejorar la salud global de un país, además de ser interdependientes y complementarias. No tiene sentido aumentar el acceso (mediante una atención primaria de calidad) si no hay un nivel de referencia que pueda tratar lo diagnosticado que excede de las capacidades básicas del nivel primario (servicios quirúrgicos, por ejemplo). En un sistema sanitario que funciona correctamente el paciente debe fluir de un nivel a otros como si se tratara de un sistema de vasos comunicantes. La cooperación debe apoyar todos los niveles por igual.

5. RECURSOS HUMANOS. Los recursos humanos deben estar formados y motivados para que puedan ofrecer una prestación de servicios de calidad. El personal sanitario no puede ausentarse constantemente de su puesto para asistir a formaciones. La formación inicial en atención primaria debe ser pre-servicio y la formación continua debe estar reglada y organizada con las autoridades locales, enfocada a resultados y planificada especialmente en zonas descentralizadas para favorecer, entre otras cosas, la retención de profesionales en regiones remotas. La formación en atención especializada debe ser en servicio, periódica y planificada también por las autoridades locales. Podrán participar expertos locales y extranjeros, pero, en este último caso, la formación tendrá que formar parte de un programa más amplio de intercambio de conocimiento y recursos.

6. MODELO DE FINANCIACIÓN. El modelo de financiación de un sistema de salud debe ser equitativo para que el pago de los usuarios por los servicios consumidos sea asumible, sin generarles una situación de pobreza que les impida el acceso.

7. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN. La falta de información y de gestión del conocimiento impide conocer las necesidades sanitarias del país y comprobar si las estrategias y programas están siendo eficaces y cuáles es su desempeño. Es esencial que **nuestras acciones de cooperación utilicen los sistemas de información locales y los apoyen para mejorar su gestión.** Se debe evitar siempre la creación de sistemas de información paralela o la formulación de intervenciones que no incluyan un sistema de medición del impacto o de los resultados.

8. TECNOLOGÍA Y PRODUCTOS MÉDICOS. Debe estar asegurada la existencia de tecnología y productos médicos adaptados al contexto y si queremos garantizar su utilidad y sostenibilidad, aumentar la calidad de los servicios y proteger a los más vulnerables.

9. ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS. Se deben crear **partenariados público-privados** con las empresas, la sociedad civil, la academia y otros sectores como el educativo, de infraestructuras, comunicación o transporte con el objetivo de establecer visiones, estrategias y regulaciones conjuntas para construir un sistema de salud de calidad. En España existen muchos gremios, organizaciones, centros de estudios, profesionales, etc. que trabajan en el ámbito de la salud y que pueden aportar recursos humanos y expertise a los agentes de cooperación que trabajan en países de renta media y baja.

10. LIDERAZGO LOCAL. Las autoridades del país deben ser las que lideren, decidan y ejecuten sus planes, programas y proyectos si queremos que nuestra intervención sea eficaz, respetuosa y tenga algún impacto a medio y largo plazo. Son los Ministerios de Salud de los países los responsables últimos de la salud global de la población de su país y los que tienen, o deberían tener, la competencia y la información de todo el sistema. La cooperación debe apoyarlos, a través del diálogo y una relación de confianza, para que puedan mejorar su gestión gradualmente.

4.5 ¿CÓMO PODEMOS PONER TODO ESTO EN PRÁCTICA SIN CREAR MÁS CAOS?

A la hora de aterrizar estos principios de cooperación y esta visión estratégica en acciones concretas en el sistema de salud de un país tendremos distintas opciones. Podremos trabajar a nivel más micro o más macro pero sin perder de vista los principios básicos descritos anteriormente. Fortalecer el sistema consiste en ir más allá de intervenir sólo sobre los **medios** (recursos humanos, equipo y materiales) llevando a cabo actividades de formación y capacitación para el personal sanitario o proporcionando equipos técnicos o donaciones de material de salud sexual y reproductiva, por ejemplo. Las formaciones suelen generar aprendizaje y transferir conocimientos y los materiales pueden contribuir a cubrir necesidades presentes pero es necesario trabajar de forma más sistémica si queremos influir en el sistema a medio-largo plazo.

En la mayoría de las ocasiones, el sistema no funciona ni adecuada ni eficazmente porque los distintos pilares que lo conforman no están interconectados, no hay una **organización**. Y, por otro, el sector sanitario además de ser un sector de servicios, es también un **gestor**

de conocimiento. Por ello, es esencial invertir en conocimiento y verlo como un activo, que no se desgasta con el uso como otros activos como el equipamiento o las instalaciones, sino al contrario, que genera más conocimiento, desarrollo y progreso siempre que haya una dinámica de trabajo creativa e innovadora.

Cabe mencionar que invertir en conocimiento y organización será esencial, siempre y cuando existan los medios técnicos y materiales, porque si no esa inversión tampoco será de ayuda. Igualmente, si se invierte en la compra de material tecnológico (i.e. mesas quirúrgicas) pero no hay una organización eficiente ni se gestiona el conocimiento eficazmente tampoco servirá demasiado.

“Para saber si hay una fuga en una tubería hay que poner agua en ella”

(Juan Pita)

Aún sabiendo la importancia de trabajar paralelamente en medios, organización y gestión del conocimiento, hay muchas razones que impiden que esto suceda. La falta de conocimientos o experiencia en el fortalecimiento de sistemas de salud, la desinformación acerca de la organización y gestión

del sistema de un país, la imposibilidad de llegar a abarcarlo o de acceder al diálogo con los responsables del mismo o la limitada disponibilidad de recursos económicos o humanos son solo algunas de ellas y pueden provocar que muchos actores lleguen a pensar que contribuir al fortalecimiento del sistema es una entelequia que está muy lejos de ser posible. Pero no es así: **se pueden llevar a cabo acciones pequeñas, desde el punto de vista presupuestario, que contribuyan de forma crucial al fortalecimiento del sistema. El quid es que estén integradas en el sistema de salud.**

INTEGRACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Cualquiera de las intervenciones que llevemos a cabo deberá estar aterrizada en su universo o contexto teniendo en cuenta por igual los medios, la gestión del conocimiento y la organización de dicho universo. A continuación se recoge un listado de aspectos a tener en cuenta con el fin de que la intervención en salud esté lo más integrada y pueda contribuir al fortalecimiento del sistema.

Aspectos relacionados con el actor de cooperación

- ✓ El actor debe contar con **estructura permanente en el país** para poder informar a los actores locales mediante un diálogo permanente y fluido, hacer el seguimiento necesario y establecer una relación de confianza.
- ✓ El actor debe estar **coordinado con otros actores** que trabajen en ese universo sanitario (micro o macro) para aumentar el impacto y evitar duplicidades y excesivos costes de transacción.
- ✓ La contribución (económica o de expertise) debe de tener **cierta dimensión temporal y de calidad** para que puedan rentabilizarse los esfuerzos y se pueda realmente contribuir al sistema. En este sentido se incluye la alternativa de unirse a otros procesos o programas de otros actores que ya estén en marcha y sí contengan la calidad y la temporalidad necesarias.

Aspectos relacionados con los actores del país

- ✓ Las **autoridades locales**, responsables últimos del sistema de salud, deben, no sólo conocer la intervención, sino estar involucrados en su **identificación, diseño, ejecución y seguimiento**.
- ✓ Los actores locales que estén involucrados en el universo en el que vayamos a trabajar deben ser quienes lideren el proceso, es decir, quienes tomen las **decisiones finales** ya que serán ellos los que asuman las últimas consecuencias de la intervención.
- ✓ La intervención programada debe estar **enmarcada en los programas, planes o visión del país**, independientemente del nivel al que vayamos a contribuir.
- ✓ En el caso de universos macro, será requisito indispensable, que haya un **plan de acción** al que la comunidad internacional pueda adherirse y un **mecanismo de financiación** al que puedan contribuir de forma armonizada (por ejemplo, un fondo común gestionado por el Ministerio de Salud del país).

Aspectos relacionados con la intervención en salud

- ✓ Se deben adoptar modalidades de cooperación alineadas con las estrategias locales, en las que el actor de la Cooperación Española se armonice, a nivel externo, con el resto de actores en el sector en el país y, a nivel interno, con el resto de actores españoles trabajen en el sistema de salud. Podemos decir que estos principios rigen la modalidad de **ayuda programática**¹.



Proyecto médicos del mundo Sedhiou Senegal.
Foto: © Miguel Lizana / AECID

- ✓ Que la intervención cuente con un **marco de actuación a corto, medio y largo plazo**. Si existe **previsibilidad en la ayuda concedida**, las autoridades locales podrán planificar mejor, priorizar y usar de forma eficiente y equitativa los recursos disponibles de acuerdo a las necesidades reales para dar respuestas más completas y profundas que vayan a las causas de los problemas y presenten soluciones participativas, equitativas y duraderas.
- ✓ Se deben firmar **acuerdos o convenios de colaboración** que recojan los compromisos y acciones mutuas relativos a la intervención y a la visión estratégica. El seguimiento y justificación de la contribución aportada por el actor de la Cooperación Española **no supondrá un esfuerzo ni tarea extra para el sistema** ya que la presencia y diálogo permanentes, el trabajo conjunto y los mecanismos de seguimiento del propio sistema proporcionarán la información suficiente para constatar los resultados alcanzados gracias a la contribución de los distintos actores.

POSIBLES INTERVENCIONES EN EL SISTEMA SANITARIO

Podremos llevar a cabo intervenciones a un **nivel más micro**: una unidad sanitaria (centro de salud u hospital), un área específica del sistema (la gestión de la información, los servicios quirúrgicos, etc.), una región geográfica concreta, etc. o a un **nivel más macro**: el sistema en su conjunto, a nivel nacional, en todas sus regiones, hospitales, etc.

La realidad concreta ('el problema') que vayamos a abordar deberá ser tratada como parte de un sistema más amplio y dinámico. Esto conlleva diseñar nuestras intervenciones no como una reacción ante una necesidad o acontecimiento puntual (por ejemplo, la compra o donación de un aparato de rayos X ante la falta del mismo) sino como una respuesta que exige una comprensión de los vínculos, conexiones, relaciones y comportamientos entre los elementos del sistema (¿está incluido en la cartera de servicios y recursos necesarios del centro sanitario ofrecer radiografías? ¿existe presupuesto para el mantenimiento y los consumibles? ¿existe personal que sepa utilizar, mantener y arreglar el aparato de rayos X? ¿se cobrará o será gratuito el servicio? ¿es prioritario en el hospital? ¿otros hospitales cercanos tienen o podrían necesitarlo también? ¿cuáles son los planes del Ministerio/oficina regional/hospital sobre esta cuestión? ¿han donado o tienen planeado donar otros donantes aparatos de rayos X?, etc.). Para comprender la complejidad es necesario hacerse preguntas constantemente e intentar dejar a un lado nuestros sesgos, buenas intenciones e ideas preconcebidas.

Para poder ilustrar este enfoque de trabajo se recogen a continuación tres ejemplos de posibles intervenciones y de cómo se traducirían a nivel práctico en distintas actividades que tengan en cuenta los tres activos de ese universo específico en el que intervenimos (medios, organización y gestión del conocimiento).

¹ La modalidad de ayuda programática consiste en canalizar los fondos directamente al Gobierno socio para apoyar la ejecución de su plan nacional a través de los sistemas nacionales del país. Este tipo de cooperación se caracteriza porque: (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), y (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).

| EJEMPLO DE INTERVENCIÓN: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA A NEONATOS EN LAS UNIDADES SANITARIAS DE LA REGIÓN MÁS DESFAVORECIDA DEL PAÍS | | | |
|---|---|--|--|
| ACTIVOS | MEDIOS | ORGANIZACIÓN | GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO |
| Actividades para llevar a cabo en cada uno de los activos | Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> Formación especializada con expertos locales y extranjeros. Provisión de incentivos y complementos salariales para favorecer la retención en zonas remotas. Recursos técnicos: <ul style="list-style-type: none"> Apoyo en la gestión de la cadena de suministros. Compra de medicamentos y equipos médicos. Construcción de infraestructuras y suministro de electricidad y agua en el marco de los planes y procesos locales. | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo al fortalecimiento institucional a nivel descentralizado. Asistencia técnica para fortalecer el sistema integrado de gestión de la información e informatización de los registros médicos. Apoyo al programas de extensión de la salud en zonas rurales. Elaboración de pactos con ONGDs para la 'sub-contratación' por el Gobierno del país en la prestación de servicios en zonas remotas a las que el Estado no llega. | <ul style="list-style-type: none"> Plan de intercambio de experiencias y casos clínicos entre hospitales hermanados. Mapeo de recursos sanitarios (humanos, materiales, infraestructura) coordinado con el nivel central. Recogida de datos sobre los neonatos en esa parte del país para alimentar los informes y encuestas nacionales. Apoyo a estudios locales de investigación clínica con universidades y centros de investigación españoles internacionales. |

| EJEMPLO DE INTERVENCIÓN: APOYO AL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO | | | |
|---|---|---|---|
| ACTIVOS | MEDIOS | ORGANIZACIÓN | GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO |
| Actividades para llevar a cabo en cada uno de los activos | Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> Formación inicial pre-servicio (acompañada de la compra de material, habilitación de infraestructura, dotación de fondos, etc.) y siempre liderada y supervisada por las instituciones locales responsables de la formación y de la prestación de los servicios. Formación continua (integrada en el plan de formación reglado oficial) en zonas descentralizadas para favorecer la retención de profesionales. Contribución presupuestaria para el pago de salarios de especialistas. Recursos técnicos: <ul style="list-style-type: none"> Adquisición de equipos médicos adaptados a las necesidades del hospital. Planificación del mantenimiento de los equipos. | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo de asistencia técnica, si es demandada por el hospital o Ministerio de Salud, en la formulación del plan de desarrollo de los servicios especializados. Apoyo en la planificación y contratación del personal médico especializado. Elaboración de protocolos de procedimientos y guías de actuación en coordinación con el hospital y con el Ministerio. Organización de cursos de formación en dirección clínica y de unidades sanitarias. | <ul style="list-style-type: none"> Programas de intercambio de conocimiento entre hospitales de ambos países. Elaboración de material didáctico en la lengua del país. Provisión de profesionales senior españoles para cubrir temario en los programas de formación básica o universitaria preservicio del personal sanitario. Facilitación de hermanamientos con centros españoles para el establecimiento de centros de excelencia en algunas especialidades médicas en determinadas zonas del país. |

Aunque estemos contribuyendo al fortalecimiento de un área en concreto o del sistema de un hospital, no deberemos perder nunca de vista lo que ocurre a nivel nacional e intentaremos establecer redes y colaboraciones con otros actores locales e internacionales trabajando en otras regiones, áreas del sistema, etc.

| EJEMPLO DE INTERVENCIÓN: FONDO COMÚN* DE APOYO AL PLAN DE SALUD DEL PAÍS | | | |
|--|--|---|--|
| ACTIVOS | MEDIOS | ORGANIZACIÓN | GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO |
| Actividades para llevar a cabo en cada uno de los activos (si no existiera o fuese deficiente) | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo técnico, si es demandado por las autoridades locales, en la formulación de una estrategia nacional de recursos humanos, si no existiera o fuese deficiente, y en la evaluación de las necesidades del personal sanitario en el país Contratación de recursos humanos para zonas remotas. Asistencias técnicas locales de larga duración, integradas en la estructura del Ministerio, para apoyar las actividades de planificación y gestión así como de coordinación de actores. Asistencia técnica, incluida como parte del equipo local, para aumentar las capacidades en los procesos de licitación y adquisición de bienes y servicios. | <ul style="list-style-type: none"> Trabajo con organizaciones de base para el fortalecimiento de la rendición de cuentas. Fortalecimiento de capacidades del Ministerio de Salud en registro, licencia, acreditación. Apoyo a experiencias piloto de informatización de algunos procesos en hospitales concretos. Apoyo a la creación y desarrollo de un sistema de seguridad social u otros sistemas de financiación (según sus preferencias y prioridades) mediante: apoyo técnico de expertos en el país, intercambio de conocimiento, financiación de AT. | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo al desarrollo y gestión del sistema de información y documentación sanitaria del país. Financiación de material y equipos para la recogida de datos a nivel descentralizado así como de los salarios del personal encargado. Financiación de centros de investigación e innovación médica en el país. Apoyo a la publicación de informes anuales de desempeño del sector sanitario. |

* Fondo común: Instrumento mediante el cual diferentes donantes aportan recursos financieros a una misma cuenta gestionada por el Ministerio de Salud del país para la financiación de planes/programas de desarrollo del sistema de salud. Los fondos comunes pueden financiar la totalidad de un plan o programa sectorial o estar marcados para determinadas partidas de gasto o grupos específicos de actividades.

5. DOCUMENTACIÓN CONSULTADA



AECID (2008) *Guía Técnica de Ayuda Programática*. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

AECID (2014) *Guía de Modalidades e Instrumentos de Cooperación de la AECID*. Manuales Cooperación Española.

AECID (2016) *Guía de Recursos para el Diálogo de Políticas en el Sector Salud*. Manuales Cooperación Española.

Aranaz, J.M. (2008) *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. España: Fundación MAPFRE y Ediciones Díaz de Santos.

CDA (2019) *Do no harm: A brief introduction from CDA. Collaborative Learning Projects. Practical Learning for International Action*. Recuperado de: <https://cdacollaborative.org/what-we-do/conflict-sensitivity/?src=handout>

Clifford, G.D. (2016) The use of sustainable and scalable health care technologies in developing countries. *Innovation and entrepreneurship*. Vol. 3 35-46.

Garay, J. (2015) Equidad en salud, la llave para un cambio transformacional. San José de Costa Rica: *Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)*.

García Armesto, S. (2010). *España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición*. 2010; 12(4): 1-240. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.

Jowett, M. (2016) *Spending targets for health: no magic number*. Health Financing Working Paper 1. WHO/HIS/HGF/HF Working Paper. Ginebra: WHO Document Production Services.

Kruk, M. (2018) *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*. The Lancet Global Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Sistema Nacional de Salud España 2010*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información Sanitaria.

Novales, B. y Freres, C. (2016) 10 años de la agenda de eficacia de la ayuda ¿Qué queda de París? Recuperado en: https://elpais.com/elpais/2016/04/08/planeta_futuro/1460121449_027457.html

OCDE/PNUD (2014) *Hacia una cooperación al desarrollo más eficaz : Informe de avances 2014*. OECD Publishing.

OMS (2003) *Informe sobre la salud del mundo. Forjemos el futuro*. Francia: WHO.

OMS (2007) *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for Action*. Ginebra: WHO Document Production Services.

OMS (2010) *La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: WHO Document Production Services.

OMS (2010) *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: WHO Document Production Services.

OMS (2014) *Global Health Expenditure Atlas*. Ginebra: WHO Document Production Services.

OMS (2016) *Recovery Toolkit. Supporting countries to achieve health service resilience*. Ginebra: WHO Document Production Services.

OMS (2017) *Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives*. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

Repullo, J.A y Iñesta, A. (2006) *Sistemas y Servicios Sanitarios. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Repullo, J.A. y Segura A. (2006) Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 80: 5.

Rodríguez, M. (2019) *Estadística de gasto sanitario público 2017: Principales resultados*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Ruiz, L. (2004) *Claves para la Gestión Clínica*. España: McGraw-Hill.

Savigny, D. (2009) *Systems thinking for health systems strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research. Francia: WHO.

Seguí-Gómez, M. (2013) *Sistemas de salud. Modelos*. En Martínez, M. A. (2013) *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud*. España: Elsevier España.

Vidal, D. (2014) Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*. Vol. 20: 1.

