

Revisión de tema

LLEVANDO EL CONOCIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD A LA ACCIÓN

Camilo Alberto Caicedo Montaña¹, Alexander Gómez Rivadeneira²

1. MD., Especialista en Gestión de la Salud Pública, Docente Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas

2. MD., MSP., Docente Facultad de Medicina, Coordinador Especialización en Gestión de la Salud Pública, Fundación Universitaria Sanitas

RESUMEN

Todos los sistemas de salud en el mundo atraviesan una constante transformación y se adaptan a los cambios que ocurren en nuestras sociedades, por tanto, es nuestro deber como profesionales de la salud generar nuevo conocimiento y llevarlo hacia la acción, para que los servicios de salud mejoren de forma permanente. Este documento de revisión temática sintetiza la fundamentación teórica reciente sobre los sistemas de salud, y analiza tres propuestas de mejora para el futuro: desde la perspectiva de la firma PricewaterhouseCoopers como referente empresarial, el Foro Económico Mundial de 2015 como referente de las organizaciones multilaterales y la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad de Harvard, como referente académico. Para concluir, se discute la «LISTa» de mejora hecha por Julio Frenk y sus implicaciones para la innovación.

Palabras clave: Sistemas de salud, servicios de salud, Reforma de la atención de salud, gestión del conocimiento, innovación, salud pública.

DOI: 10.26852/01234250.9

TRANSFERRING THE KNOWLEDGE OF THE HEALTHCARE SYSTEMS INTO ACTION

ABSTRACT

Every healthcare system around the world is going through constant transformation and adapt to the changes experienced in our societies. It is then our duty as healthcare professionals to generate new knowledge and transform it into action so that health services keep constantly improving. This document is a thematic review summarizing the recent theoretical foundations of healthcare systems and analyzes three proposals for improvement moving forward: from the perspective of PricewaterhouseCoopers as a business benchmark, the 2015 World Economic Forum as a point of reference for multilateral agencies,

Recibido: 1 de agosto de 2017

Aceptado: 9 de septiembre de 2017

Correspondencia: cacaicedo@unisanitas.edu.co

and the T.H. Chan School of Public Health from Harvard University, as an academic reference. To conclude, the improvement LIST developed by Julio Frenk is discussed, together with its implications for innovation.

Keywords: Health systems, Health services, Health care reform, Knowledge management, Innovation, Public health.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud se transforman al mismo ritmo de la evolución histórica de la humanidad, son el reflejo de cada sociedad y de la forma en la que conciben la salud. En las décadas más recientes los avances tecnológicos y académicos han llevado a cambios cada vez más rápidos en la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud.

El siglo XXI se ha caracterizado hasta el momento por tres fenómenos trascendentales en el tema:

1. La aparición de nuevos problemas en salud debido a la globalización.
2. La debilidad económica global que llevó a que los gobiernos prioricen la consecución de unas metas comunes: los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
3. La pérdida del liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), situación que ha permitido establecer nuevas alianzas con entidades privadas y de la sociedad civil

Ante el futuro, nuevos fenómenos continuarán transformando nuestras sociedades y los sistemas de salud deben adaptarse rápidamente a los cambios. El papel de los profesionales de la salud es protagónico en este proceso, pues recae en nosotros la responsabilidad de generar conocimiento técnico y científico que asegure sistemas de salud con excelencia y mejor capacidad de respuesta.

Como parte de este deber, presentamos esta revisión temática sobre los fundamentos teóricos más recientes sobre sistemas de salud y los aportes de mejora a partir de tres miradas: la empresarial, desde la firma PricewaterhouseCoopers (PwC); la política multilateral, desde el Fondo Económico Mundial; y la académica, con la propuesta de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de

la Universidad de Harvard. Para finalizar se discutirá la propuesta de la «LISTa» de mejora de Julio Frenk y sus implicaciones para la innovación de los sistemas sanitarios.

GENERALIDADES

Los sistemas de salud son el principal vehículo de respuesta social en salud (1), la definición más aceptada proviene del Informe sobre la Salud en el Mundo (WHR, *World Health Report*) del año 2000 y establece que son “aquellos sistemas que incluyen las organizaciones, instituciones y recursos que producen actividades cuyo propósito primario es mejorar la salud” (2, 3). Acorde a este informe un sistema de salud incluye actores diversos, los cuales pueden ser agrupados en cuatro categorías (4, 5):

1. El gobierno y sus agentes.
2. Los prestadores de los servicios.
3. Los financiadores de los servicios.
4. La población, quienes actuamos como pacientes, desde antes de nacer e incluso después de la muerte y también, como prestadores y representantes sociales.

Todos los sistemas de salud tienen una estructura que está definida por sus partes relacionadas entre sí, y procesos similares que llevan a resultados similares (6, 7), por lo que sus diferencias radican en cómo se organizan para prestar servicios de salud y los recursos que utilizan. Para este fin existen múltiples clasificaciones, la más utilizada es la creada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (8, 9) que utiliza diferentes criterios. Además, se debe resaltar que la mayoría de sistemas de salud en el mundo, tienen una naturaleza mixta, y tienen un menor o mayor grado de fragmentación.

ANTECEDENTES

La historia de los sistemas de salud es paralela al desarrollo mismo de la humanidad; para lograr un mayor entendimiento resaltaremos tres generaciones de reforma a los sistemas de salud (10):

1. La primera generación de reformas vio la fundación de los Sistemas Nacionales de Salud y la extensión de los sistemas de Seguro Social a los países de medianos ingresos durante la primera mitad del siglo pasado.
2. La segunda generación fue la de la ruta de la promoción de la salud hacia la cobertura universal a través de la Conferencia Conjunta de Atención Primaria en Salud llevada a cabo en Alma Ata, Kazajistán durante 1978 y que influenció los años siguientes.
3. La tercera generación de reformas inició en los años de la década de 1980 y sigue en curso, buscando una reorientación financiera como respuesta a las crisis económicas.

El caso de América Latina es especialmente llamativo por su liderazgo, cada vez más importante. La Reunión de Punta del Este en 1967 y el Consenso de Washington de 1973, iniciaron una serie de reformas nacionales en la región que llevaron a que los sistemas de salud de América Latina sigan siendo un referente global en la actualidad (11-13).

METAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Las metas de los sistemas de salud fueron establecidas como objeto de seguimiento mundial por la OMS desde el año 2000 (3). En resumen:

- *Mejorar la salud de las personas.* La OMS evalúa esta meta con tres medidas por país: la probabilidad de morir antes de los cinco años, la probabilidad de morir entre los 15 y 59 años, y la esperanza de vida al nacer; y evalúa la inequidad con una medida de 0 a 1, en la que 1 es la igualdad perfecta (población con una esperanza de vida de 100 años) y 0 es la inequidad extrema (sin esperanza de sobrevivir la infancia) (14).
- *Responder a las expectativas legítimas de las personas.* La OMS evalúa esta meta con dos parámetros definidos en la Encuesta Mundial de la Salud (WHS, por el inglés *World Health Survey*) del año 2002 (14):
- Respeto por las personas y comunicación clara, respeto a la confidencialidad, y autonomía para participar en la toma de decisiones en salud, con un peso del 50 %
- Orientación al usuario, incluye la atención oportuna (20 %), calidad de servicios básicos (15 %), acceso a las redes de apoyo (10 %) y libre escogencia (5 %).
- *Asegurar la equidad en la contribución financiera, protegiendo a la población de efectos financieros negativos* como que se comprometa la capacidad de un individuo de conseguir sus necesidades básicas, como el agua o los alimentos diarios, de tal forma que la riqueza no sea una ventaja en el sistema de salud. El WHR del año 2000 evaluó esta meta con un índice que va del valor de 0 (inequidad extrema) a 1 (equidad perfecta en la contribución).

FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El WHR del año 2000 definió cuatro funciones esenciales de los sistemas de salud:

1. Legitimación.
2. Generación de recursos.
3. Financiación.
4. Prestación de servicios.

Luego, en 2007 la OMS estableció seis componentes de los sistemas de salud (5) (tabla 1):

1. Prestación de servicios.
2. Talento Humano en salud.
3. Información en salud.
4. Productos médicos, vacunas y tecnologías.
5. Financiación.
6. Liderazgo y gobernanza.

A continuación, se entrará en detalle en cada una de las cuatro funciones esenciales.

TABLA 1. COMPONENTES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

COMPONENTE	CARACTERÍSTICAS
Prestación de servicios	Servicios de salud con altos estándares de calidad para quienes los necesitan.
Talento Humano	Talento Humano en Salud bien capacitado, suficiente y adecuadamente distribuido, que labora responsable, justa y eficientemente.
Información en Salud	Generación, análisis, diseminación y uso de información confiable y oportuna de los determinantes y el estado de salud, y el desempeño del sistema de salud.
Productos médicos, vacunas y tecnologías	Acceso equitativo y uso científico de productos, vacunas y tecnologías seguras, eficaces y costoefectivas.
Financiación	Fondos adecuados que permitan el acceso a los servicios requeridos, evitando el empobrecimiento e incentivando la eficiencia de las intervenciones dadas.
Liderazgo y gobernanza	Estrategia y marcos políticos gubernamentales dirigidos a la regulación, rendición de cuentas y construcción de un mejor sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Organización Mundial de la Salud (2).

Función 1. Legitimación

Proviene del inglés *Stewardship*, introducido en el Informe Mundial de la Salud del año 2000, y hace referencia a la “función del gobierno responsable del bienestar de una población, preocupado por la confianza y legitimidad de cómo sus actividades son vistas por la ciudadanía” (2) (14). Suele ser llevada a cabo por los Ministerios de Salud y sus agencias, que en conjunto deben cumplir con tres actividades clave (15):

- Rectoría, entendida como la formulación de una visión a corto y largo plazo del sistema (4, 8, 16, 17).
- Modulación, la cual exige establecer, implementar y monitorear las reglas de juego del sistema, y ejercer regulación (8, 15), es decir, asegurar el cumplimiento de estas normas.
- Inteligencia, que corresponde a utilizar adecuadamente la información en salud para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Esta función de legitimación se enfrenta a múltiples dificultades en su visión: los Ministerios de Salud no se suelen proyectar suficiente hacia el futuro, desconociendo a otros actores y sectores implicados en la generación de salud, por lo que se comportan como *ministerios miopes*; suelen generar normas rígidas, numerosas y difíciles de modificar, similar a una *visión en túnel*; además,

se caracterizan por la falta de capacidad de identificar las evasiones de las regulaciones que ellos mismos han creado, incluyendo la corrupción institucional, comportándose como si tuvieran *un ojo ciego*.

Función 2. Generación de recursos

Esta función de los sistemas de salud incluye la identificación y el desarrollo de los recursos requeridos para el sistema (Talento humano, insumos, fármacos y conocimiento). En esta función la mayoría de países tienen dificultad en términos de desequilibrios, por ejemplo, muchos países experimentan diferentes grados de escasez de personal, y en otros, la sobreoferta puede ser absoluta; en algunos países los recursos pueden concentrarse en las grandes ciudades, mientras algunas regiones pueden quedar desprovistas; e incluso en un mismo espacio pueden contarse con las personas requeridas y entrenadas, pero sin disponer de las tecnologías e insumos suficientes.

Función 3. Financiación

La tercera función es la financiación la cual consiste en movilizar dinero, desde las fuentes primarias (hogares y empresas) y fuentes del gobierno (17, 18) hacia la acumulación en fondos comunes (mancomunación) y posteriormente, su administración para pagar a los proveedores y poder asegurar que a las personas no se les

sea negado ningún servicio porque no puedan pagarlo. La administración de estos recursos, el aseguramiento, la gestión de los riesgos de los pacientes y la compra activa de los servicios de salud puede conformar una función independiente en algunos sistemas de salud, recibiendo el nombre de “articulación”.

La función de financiación puede ser optimizada a través de la innovación, buscando mecanismos de recaudo novedosos, aumentando la base de beneficiarios a través de alianzas con la sociedad civil y otros sectores, y llevando sistemas contables de alta precisión.

Función 4. Prestación de servicios

La función de prestación es la que más se acerca a la población, por lo que es la más sensible y polémica. Es la combinación de recursos dentro de un proceso de producción que ocurre dentro de una estructura organizacional definida y conduce a una serie de productos, y estos a su vez resultados en salud.

En primer lugar, los servicios de salud deben diseñarse según sus características, según Frenk y Londoño (15) se pueden clasificar en dos grandes grupos dependiendo de su volumen, en servicios personales y servicios de salud pública. Por otra parte, Mills y Ranson (8) proponen una clasificación de siete grupos acorde al tipo de servicio prestado: 1) servicios gubernamentales, 2) servicios de seguridad social, 3) servicios no gubernamentales, religiosos o sin ánimo de lucro, 4) servicios específicos (medicina legal, escolar, militar, ocupacional), 5) consulta independiente, 6) prestadores de medicina alternativa, y 7) los sectores informales y no calificados.

Cuando estos servicios de salud, como los brindados por los hospitales y clínicas se vuelven más autónomos hay un riesgo de que el sistema se empiece a fragmentar y esta fragmentación tendrá consecuencias de eficiencia y de equidad a menos que se introduzcan políticas explícitas que aseguren cierto grado de integración entre entidades, como describió Dixon (17) en tres tipos de integración: horizontal, cuando los prestadores están a un mismo nivel organizacional; vertical, aquella en la que una sola organización tiene varias funciones (prestación y aseguramiento, por ejemplo); y virtual, cuando

los trabajadores trabajan de una forma conjunta en una misma red sin formar parte de una organización única.

OTROS SECTORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Otros sectores de la sociedad fuera del sistema de salud pueden tener cierto grado de influencia sobre éste (4, 7), por ejemplo, el sector trabajo puede influenciar el sector de la salud cuando el desempleo lleva a estrés psicológico y aumenta el riesgo de tener comportamientos nocivos, asimismo, la salud de los trabajadores influenciará la productividad y la rentabilidad de las empresas. La relación con otros sectores como transporte, ambiente, agricultura, ambiente, soporte social, educación, justicia y gobierno con el sistema de salud también ha sido descrita (7).

RETOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La ley de mejoría de Berwick establece que “cada sistema está diseñado para obtener los resultados que alcanza” (19), y esto significa que cada sistema de salud está en constante cambio y evolución, acorde a las sociedades contemporáneas, por lo que se enfrenta progresivamente a nuevos retos y en algunos casos, continúa afrontando los retos que permanecen acumulados debido a la brecha existente entre los logros que podrían alcanzarse si los sistemas de salud funcionaran bien y los logros que dichos sistemas alcanzan en la realidad. Quizá uno de los retos más importantes es la contención del costo pues todas las naciones se enfrentan a ella, hacia 2020 se proyecta gastar el triple del dinero en salud en comparación al actual (10 trillones de dólares), aumentando un 21 % en países como Estados Unidos y 16 % para miembros de OCDE. La mayoría de países desarrollados y con poblaciones envejecidas, tendrán tasas de inflación altas y llegarán a sus techos financieros en algún momento entre 2015 y 2025, con consecuencias impredecibles.

En general los retos de los sistemas de salud pueden ser vistos desde dos perspectivas (2, 7, 15), en primer lugar, desde la población existen retos acumulados como la inequidad, las muertes y las discapacidades evitables, y la promoción y protección de los derechos

de los pacientes, además de retos emergentes como las condiciones desatendidas, los cambios en la demanda de servicios y las presiones políticas por mejores y más diversificados servicios de salud.

Por su parte, desde la perspectiva de las instituciones hay retos acumulados como la necesidad de mejorar la calidad de los servicios, la baja capacidad resolutive y una administración deficiente de los recursos; de igual forma han aparecido retos emergentes como un gasto de bolsillo alto, un sistema de incentivos inadecuados, la fragmentación institucional y una transmisión no asertiva de la información a los pacientes y a la comunidad.

LECCIONES APRENDIDAS

A partir de los retos ya mencionados, existen dos mecanismos para aprender lecciones de los sistemas de salud y poder utilizarlas al afrontar los retos existentes: el primero, es un mecanismo global, en el que existen experiencias compartidas con enseñanzas similares; el segundo mecanismo es aprender de un país a otro, las innovaciones del sistema de salud de un país pueden ser útiles para otros y adaptarse a las circunstancias locales.

Lecciones aprendidas globalmente

Globalmente se han identificado diez lecciones clave para fortalecer los sistemas de salud, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos (20), los cuales son:

La innovación en modificar patrones del comportamiento humano es fundamental.

1. La adaptación de los sistemas de salud a las circunstancias locales y la diversificación de los servicios hacen que un sistema tenga sostenibilidad.
2. Se debe empoderar a toda la comunidad para convertirla en agentes de cambio en salud en vez de beneficiarios pasivos.
3. El horizonte debe expandirse más allá del sector salud, las alianzas intersectoriales son esenciales.
4. Proveer soluciones para las necesidades de alta prioridad del gobierno, y poder abordar a poblaciones móviles o socialmente poco aceptadas.

5. Comprometer al gobierno en todos los niveles y en todas las etapas, haciendo retroalimentación y juntando esfuerzos en búsqueda de alianzas.
6. Motivar la formación de sinergias comprometiendo a todos los actores del sistema.
7. Identificar aliados estratégicos para lograr construir fuertes estructuras de colaboración.
8. Conectar con otros innovadores a través de «iniciativas en paraguas» para no duplicar esfuerzos.
9. Recolectar y comunicar los resultados en sistemas de información robustos para promover el consenso entre los tomadores de decisiones.

Lecciones aprendidas de un sistema de salud a otro

El trabajo conjunto para encontrar soluciones comunes previene la duplicación de esfuerzos e incrementa la posibilidad de éxito. Para que un sistema de salud pueda aprender de otro existen tres mecanismos (20):

1. Evaluación comparativa (*Benchmarking*): tablas de comparación y clasificaciones de los diferentes sistemas de salud mediante indicadores de proceso y evaluaciones por resultados, especialmente promovidas por la OMS y el Banco Mundial.
2. Evitar los errores: cada país debe contar con un encargado de “relaciones internacionales” que evalúe las prácticas de otros países o regiones para evitar caer en errores parecidos.
3. Transferencia de políticas: de igual forma que con el mecanismo anterior, se debe observar cómo otros países organizan sus servicios de salud, lo cual puede potenciar las ideas innovadoras.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las oportunidades de mejora de los sistemas de salud, a partir de los retos ya mencionados, son amplias y diversas, en aras de sintetizar las diferentes perspectivas, seleccionamos tres propuestas que han tenido relevancia en diferentes ámbitos, la primera, el estudio de la firma consultora PwC y analizado por Johnson & Stoskopf (5)

para orientarnos desde una perspectiva empresarial en salud y considerando la perspectiva microeconómica; en segundo lugar, la publicación del Foro Económico Mundial de 2015 sobre el salto (*Leapfrogging*) que deben dar los sistemas de salud de medianos y bajos ingresos, para enfocarnos desde la visión de las entidades multilaterales, con una perspectiva macroeconómica y adicionalmente, la propuesta del sistema global de salud hecha por la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad de Harvard, que complementa las dos anteriores, desde un punto de vista académico.

PwC

Un estudio comisionado a PwC sobre el futuro de los sistemas de salud arrojó tres conclusiones de alta relevancia en el tema (5):

1. Ninguna nación tiene la confianza en que su sistema de salud sea sostenible económicamente.
2. La meta es la sostenibilidad, que requiere información, mediciones adecuadas y transparencia; condiciones que no se cumplen en gran parte de los sistemas sanitarios.
3. Parece ser que la convergencia caracterizará los esfuerzos de reforma de los sistemas, que buscan el liderazgo suficiente para mantener los sistemas de salud más allá de 2020.

PwC añade en su análisis siete factores críticos para poder lograr que los sistemas de salud logren ser sostenibles más allá de 2020:

1. Tener un suelo común, es necesario llegar a un consenso político a nivel nacional sobre la división entre los sectores privado y público, generando alianzas innovadoras.
2. Crear un repositorio digital, con información clínica y administrativa que pueda ser usada para la evaluación de programas e investigación de los resultados, aumentando trazabilidad y transparencia en la toma de decisiones.

3. Realignar los esquemas de incentivos buscando estabilizar los desequilibrios distributivos de los recursos que existen al interior de los sistemas de salud.
4. Estandarizar la calidad y la seguridad de los sistemas de salud, generando mecanismos de comparación estandarizables.
5. Iniciar procesos de distribución estratégica de los recursos para aumentar su disponibilidad y uso eficiente.
6. Aceptar la innovación y los procesos tecnológicos, incluyendo iniciativas del sector privado, voluntario y de las organizaciones académicas.
7. Retomar la atención en salud centrada en el paciente.

Foro Económico Mundial 2015

Por su parte, el Foro Económico Mundial (WEF, por el acrónimo en inglés de *World Economic Forum*) del año 2015 alarmó sobre las condiciones políticas y económicas favorables para las economías en crecimiento, acorde al Reporte del Banco Mundial de 1993 (21) el gasto en salud puede ser significativamente alto, y otras estadísticas han informado que entre 1995 y 2012 el gasto total en salud aumento 7,4 % por año en economías emergentes y se espera que hacia 2022 se aumente dicho gasto en un 10,7 % por año. Razón por la cual propone como objetivo para dicho año tener sistemas de salud con tres grandes niveles de innovación:

1. Nuevas tecnologías.
2. Nuevos modelos operativos.
3. Nuevos patrones de comportamiento.

A este conjunto de factores lo denominan un “salto” (*Leapfrogging*) de los sistemas de salud, alrededor de los seis componentes de los sistemas de salud definidos por la Organización Mundial de la Salud en 2007 como se resume en la tabla 2, este proceso de avance progresivo hacia el salto es denominado “escalaje” en el documento del WEF y puede ser de tres tipos:

- Escalaje horizontal o replicación: consiste en la imitación de un modelo a gran escala del sistema o paralelo

TABLA 2. SALTOS EN INNOVACIÓN PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

COMPONENTE	SALTO EN TECNOLOGÍA	SALTO EN LOS MODELOS OPERATIVOS	SALTO EN EL COMPORTAMIENTO
Prestación de servicios	Soporte remoto y control de adherencia a los tratamientos	Generar valor con la expansión geográfica, la formación de redes y el uso de telesalud	Aproximación con las ciencias sociales para modular efecto en la demanda de servicios
Talento Humano	Mejoría de los servicios en términos de calidad, costo y accesibilidad	Fortalecer la cadena de valor en la producción de servicios de salud	Prolongar la vida útil de los equipos médicos a través de su buen uso
Información en Salud	Uso de tecnologías para para soportar las decisiones clínicas	Atención centrada en el paciente, empoderar en salud a las comunidades	Incrementar conciencia sobre el impacto financiero de la salud
Productos médicos, vacunas y tecnologías	Mejorar la efectividad de los diagnósticos y tratamientos a través de nuevas tecnologías	Definir estándares globales para medir los resultados en salud	Mejorar elecciones de alimentos y fármacos a través de etiquetado
Financiación	Bancarización y uso de tarjetas inteligentes para brindar aseguramiento	Micro-aseguramiento para poblaciones en riesgo financiero	Ajustar cobros del aseguramiento acorde a estilos de vida saludable
Liderazgo y gobernanza	Historias clínicas electrónicas integradas a nivel nacional	Promover gobernanza intersectorial de la salud	Creación de impuestos a productos insanos, promoviendo subsidios a productos saludables

Fuente: Modificada por los autores a partir del Foro Económico Mundial (20).

a este. Por ejemplo, una clínica municipal de bajo costo expande sus servicios a todo el país, es importante tener en cuenta que la expansión de los servicios sin correlación con las necesidades en salud y el nivel de la complejidad de la atención puede ser contraproducente en términos de sostenibilidad.

- Escalaje funcional o diversificación: Es la búsqueda de estrategias adicionales a un proyecto una vez se han alcanzado las metas originales, por ejemplo, una clínica de bajo costo empieza a entregar medicamentos a domicilio, permitiendo acercar al paciente a los servicios sanitarios.
- Escalaje vertical: Es la integración del modelo al sistema de salud completo al adaptarlo, o el modelo transforma al sistema. Por ejemplo, la clínica de bajo costo se vuelve un proveedor oficial o entra al esquema de aseguramiento, teniendo en cuenta que algunos países plantean restricciones a este tipo de operaciones.

A partir de estos tres tipos de escalaje, los tres niveles de innovación y las posibles aplicaciones a los componentes básicos de los sistemas de salud descritos en las tablas 1 y 2, los diferentes sistemas de salud pueden avanzar hacia un futuro con innovación y sostenibilidad.

Escuela de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad de Harvard

Como tercera postura incluimos la visión académica, en una serie de cuatro artículos, la Escuela de Salud Pública de Harvard analizó la situación de los sistemas de salud al iniciar la segunda década del siglo XXI, encontrando que tres circunstancias hacían de ese momento (y del presente) un momento único para la salud global (22):

1. La promoción de la seguridad global, la gobernanza efectiva y los derechos humanos, que es cada vez más relevante.
2. El aumento de la importancia percibida de la salud, y un aumento del flujo de recursos al sector en diferentes países.
3. Nuevas iniciativas que fortalecen los sistemas sanitarios para alcanzar los ODS, en este sentido, la tecnología y la innovación van de la mano para lograr mejores resultados en salud y sostenibilidad a largo plazo.

Frente a esta situación Julio Frenk, como decano en ese entonces de dicha facultad, revisa tres conceptos erróneos sobre los sistemas de salud, y sobre estos

elementos conceptuales formula dos oportunidades de mejora clave para los mismos, los cuales se describen a continuación.

En estos reportes Frenk (22) identifica tres concepciones erróneas son particularmente relevantes:

1. El sistema como una caja negra, con elementos internos tan complicados dentro de intrincados mecanismos de interrelación, que son difícilmente entendibles o replicables.
2. El sistema como un agujero negro en el que no hay dinero suficiente para alcanzar los resultados esperados, como si absorbieran enormes cantidades de energía, pero ninguna luz sale de estos.
3. El sistema como una lista de lavandería, entendido como un enfoque de “inventario”, una mera lista de organizaciones y personas no coordinadas ni integradas, que no persiguen en conjunto una meta común ni trabajan alineadamente.

Se debe construir un conocimiento suficiente para abrir la caja negra, mediante intervenciones específicas que permitan mejorar el desempeño de los sistemas de salud, las cuales se pueden abreviar en el acrónimo LIST, que profundizaremos a continuación por su posible impacto en los siguientes años.

UNA «LISTA» PARA LA MEJORA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El acrónimo LIST se utiliza como una “LISTa” de propuestas de mejora que pueden afrontar las tres concepciones erradas que fueron identificadas por la Universidad de Harvard. Dichas actividades incluyen (22):

1. L, por el desarrollo del *Liderazgo*, una visión estratégica con conocimiento técnico, habilidades en política y orientación ética para liderar los procesos. Se alinea con la postura del WEF, que reconoce que se necesita un liderazgo robusto para adoptar nuevas tecnologías, modelos operativos y patrones de comportamiento.
2. I, por las inversiones a largo plazo para la construcción de *Instituciones*, los vehículos mediante los cuales los humanos movilizamos nuestros talentos, valores e

intereses hacia el alcance de metas compartidas, conforme estas Instituciones tengan mayor articulación y logren alinearse en la atención en salud centrada en el paciente, los sistemas de salud en conjunto avanzarán en ese mismo sentido.

3. S, de mejora en el diseño del *Sistema* orientada hacia la calidad de los servicios, lo cual se puede realizar mediante un que asegure la mejor combinación posible de recursos y de conocimiento, brindando sostenibilidad y apoyo del sector académico.
4. T, de *Tecnologías* que salven vidas, que incluyen vacunas, medicamentos, mosquiteros, equipos médicos, entre otros, adecuadamente evaluados y financiados. En este sentido también se debe rescatar la innovación en salud, mediante el conocimiento se traduzca en nuevas ideas que permitan mejorar la atención de los pacientes y comunidades, y estas propuestas sean llevadas a la acción, los sistemas de salud estarán más cerca de cumplir sus metas y funciones.

CONCLUSIÓN: LLEVANDO EL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN

Se debe resaltar dentro de lo anterior que una oportunidad de mejora clave de los sistemas de salud es la generación del conocimiento sobre los mismos, en la cual se suman esfuerzos a través de la realización de este documento. A manera de conclusión reforzaremos cinco conceptos que son trascendentales en esta construcción continua de conocimiento sobre los sistemas de salud.

En primer lugar, los sistemas de salud son los principales instrumentos para cerrar la brecha entre el conocimiento y la acción en salud, movilizándolo el poder de la evidencia para promover la consecución y adecuada distribución de las tres metas: mejorar la salud, responder a las expectativas de las personas y asegurar la equidad en la contribución financiera.

En un segundo punto, es importante resaltar el débil liderazgo de las entidades legitimadoras de los diferentes sistemas, es una función que debe ser mejorada a nivel global en la formulación de un marco común para el monitoreo y la evaluación de las intervenciones, que permita la comparabilidad de la información, la transparencia de los métodos y la responsabilidad de

la comunidad internacional. Esta función de “legitimación global” debe ser llevada a cabo por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial e incluso alianzas globales. América Latina se caracteriza por sus aportes académicos en este campo, y puede llevar un liderazgo mundial en la reforma de los sistemas de salud con innovación.

Como tercer punto de discusión es relevante recordar que las cuatro funciones esenciales pueden ser integradas de forma vertical u horizontal, pero se ha propuesto un enfoque adicional, una integración virtual con “diagonalización”, en el que intervenciones explícitas que son usadas para conducir las mejoras del sistema de salud y que puedan ser llevadas a cabo por una o más instituciones, no sólo dentro del sector salud, sino también fuera del sector. Haciendo partícipes a las redes de prestación de servicios a los tomadores de decisiones de toda la sociedad en un gran pacto por la salud, que fortalezca las instituciones y sus procesos.

A lo largo del documento se han descrito los seis componentes clave de los sistemas de salud, y dentro de las propuestas de mejora el componente de información es primordial para lograr sostenibilidad de los sistemas de salud más allá de 2020, por lo que nuestra cuarta conclusión toma relevancia: se deben generar mecanismos para crear conocimiento compartido mediante un repositorio global de evidencia del desempeño de los diferentes sistemas, que permitan integrar las tecnologías

favorablemente a los sistemas de salud y mejorar los servicios sanitarios con calidad, centrados en el paciente y con un alto nivel de precisión individual.

Para finalizar, cada reto, lección aprendida o innovación en un sistema de salud a nivel local o nacional, debe ser acompañado del fortalecimiento del mismo y puede ser escalado hacia el nivel global; es decir, cada vez que se realizan propuestas de mejora (como las de PwC, el WEF y la Escuela de Salud Pública de Harvard), o un sistema de salud se transforma hacia el futuro, todos avanzamos como humanidad, no solo para que a largo plazo se pueda estar más cerca el logro de los objetivos comunes que nos hemos planteado, sino para lograr un proceso de mejora continua acorde a las cambiantes necesidades de salud de las poblaciones.

DECLARACIÓN DEL CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores del artículo “Llevando el conocimiento de los sistemas de salud a la acción” declaramos que al momento de la elaboración y de la remisión del trabajo no tenemos ningún conflicto económico, comercial, personal o de cualquier otro tipo.

FINANCIACIÓN

Los autores declaramos no tener ninguna fuente de financiación para la realización del artículo.

REFERENCIAS

1. Frenk J. La respuesta social organizada: Los sistemas de salud. Cap. 4 en: La salud de la población: Hacia una nueva salud pública (3ª edición). Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica; 2003. pp. 98-123.
2. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance [Internet]. 2000 [Consultado: 2015 Ago]; Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
3. Organización Mundial de la Salud. Everybody's business: Strengthening Health Systems to Improve health outcomes: WHO Framework to action [Internet]. 2007 [Consultado: 2015 Ago]; Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
4. Murray CJL, Frenk J. Sistemas de salud: Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos [Internet] 2000 Dic [Consultado: 2015 Ago]. Ginebra, Suiza. (3):149-162. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/58011>
5. Johnson JA, Stoskopf CH. Introduction to Health Systems. Capítulo 1 en: Comparative Health Systems: Global Perspectives. (1ª edición). Sudbury, MA, Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers; 2010. pp. 3-17.

6. Gómez A, Pineda F. Sistemas de salud: definiciones, componentes y evaluación. Monitor Estratégico - Superintendencia de Salud de Colombia [Internet]. 2013 Jul [Consultado: 2015 Ago]; (4) 84-92. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MonitorEstrategico/Monitor-Estrategico004-2013.pdf>
7. Johnson JA, Stoskopf CH. Global Health: Systems, Policy and Economics. Capítulo 3 en: Comparative Health Systems: Global Perspectives. (1ª edición). Boston, MA, Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers. 2010; pp. 75-114.
8. Mills AJ, Ranson MK. The design of health systems. Capítulo 12 en: Merson, M., Black, R, Mills, AJ., Global Health: Diseases, programs, systems and policies (3ª edición). Burlington, MA, Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers. 2012; pp. 615-653.
9. Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y sociedad [Internet]. 2000 [Consultado: 2015 Ago]; 23, 2: 83 y sucesivas. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-139.pdf>
10. Eslava JC. La salud pública en la primera mitad del siglo XX: Buscando reconocimiento profesional. 1ª Edición. Bogotá D.C.: UN Editorial, 2004.
11. Mesa C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Repositorio de Documentos de la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL). [Internet]. 2005 [Consultado: 2015 Ago] Santiago de Chile, Chile. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf;jsessionid=54DB8420C93F0F95682AA0AF086F42C1?sequence=1
12. Reunión de Jefes de Estado Americanos. Declaración de los presidentes de América. Punta del Este, Uruguay. 1967. Disponible en: <http://www.summit-americas.org/declaracion%20presidentes-1967-span.htm>
13. Fidel C, Valencia E. (Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina [Internet] 2012 [Consultado: 2015 Ago] Buenos Aires, Argentina, pp. 27-31. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20130219123514/DesEncuentrosEntreReformasSociales.pdf>
14. McKee M, Khoshaba B, Karanikolos M. Evaluating health care systems. Capítulo 5.10 en: Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., Lang, I. Oxford Handbook of Public Health Practice (3ª edición). Oxford, Reino Unido. Oxford University Press. 2013. pp. 428-439.
15. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo. [Internet] 1997 [Consultado: 2015 Ago] Washington, CO, Estados Unidos. Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>
16. Saltman R, Ferroussier O. The concept of stewardship in health policy. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet] 2000 [Consultado: 2015 Ago], Ginebra, Suiza; pp. 732-739. Disponible en: [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)732.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)732.pdf)
17. Dixon A. Funding and delivering health care. Capítulo 5.2 en: Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., Lang, I. Oxford Handbook of Public Health Practice (3ª edición). Oxford, Reino Unido. Oxford University Press; 2013. pp. 346-355.
18. Friel S. Improving equity. Capítulo 5.8 en: Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., Lang, I. Oxford Handbook of Public Health Practice (3ª edición). Oxford, Reino Unido. Oxford University Press. 2013. pp. 406-417.
19. Steel N, Melzer D, Lang I. Improving quality. Capítulo 5.9 en: Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., Lang, I. Oxford Handbook of Public Health Practice (3ª edición). Oxford, Reino Unido. Oxford University Press. 2013. pp. 418-427.
20. Foro Económico Mundial. Health Systems Leapfrogging in Emerging Economies: From concept to Scale-Up and System transformation [Internet] 2015 [Consultado: 2015 Ago]. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Health_Systems_Leapfrogging_Emerging_Economies.pdf
21. Banco Mundial. World Development Report 1993: Investing in Health. [Internet] 1993 [Consultado: 2016 Jun] New York, NY, Estados Unidos-Oxford University Press. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
22. Frenk J. The Global Health System: Strengthening National health systems as the next step for global progress. PLoS Medicine, 2010; 7(1).