



Reformar LOS SISTEMAS SANITARIOS

Deben fortalecerse los sistemas sanitarios, que son la primera línea de defensa de los países frente a una crisis

Genevieve Fernandes

Millones de contagios, cientos de miles de muertes y confinamiento generalizado. En solo seis meses, la pandemia de COVID-19 ha trastocado nuestro mundo. Al adaptarnos, aprendemos sobre el virus —en especial que la inmunidad transitoria podría exponer a las personas a sus rebrotes— y sobre los efectos a largo plazo en los pulmones, corazón, riñones y cerebro de los recuperados.

Pese a estas incógnitas, la COVID-19 ha expuesto varias desigualdades bien conocidas y profundamente persistentes. Aquellos con comorbilidades, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias y diabetes, tendrían más complicaciones a causa de la COVID-19, y estos factores de riesgo afectan de manera desproporcionada a quienes se encuentran en una situación socioeconómica desfavorable.

Las mujeres soportan el peso de cuidar a los enfermos y los niños, tienen mayor riesgo de sufrir violencia doméstica en las cuarentenas y los confinamientos, y se ven afectadas por los trastornos en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y por la pérdida de empleos en el sector informal.

Esta pandemia también ha revelado la desigualdad entre los países. En general, los países ricos tienen sistemas sanitarios mejor financiados y pueden permitirse congelar temporalmente sus economías e inyectar miles de millones de dólares en paquetes de estímulo económico. En cambio, la mayoría

de los países pobres tienen sistemas sanitarios con financiamiento y personal insuficientes, sistemas de agua y saneamiento deficientes, poblaciones numerosas, deuda creciente, altísimas tasas de desempleo y una capacidad fiscal limitada para proporcionar alivio económico.

Peor aun, mientras luchamos contra la pandemia actual, otra podría atacar en cualquier momento. A este riesgo inminente se agrega la amenaza de fenómenos climáticos extremos y desastres naturales, y de crisis económicas recurrentes, todo lo cual devastaría a las comunidades y los sistemas sanitarios.

En toda crisis natural y de origen humano, el sistema sanitario de un país es la primera línea de defensa y, si no es resistente, se verá sobrecargado y colapsará, lo cual agravará el impacto en la salud y la desigualdad. Alemania, Corea del Sur, Nueva Zelanda, la provincia china de Taiwan y Vietnam —que han logrado controlar la COVID-19 mejor que otros países— han demostrado resiliencia en sus sistemas de salud.

Sistemas sanitarios resilientes

Margaret Kruk, profesora de salud pública de Harvard, define la resiliencia del sistema sanitario como “la capacidad de los trabajadores de la salud, las instituciones y las poblaciones de prepararse y responder eficazmente ante las crisis; mantener las funciones básicas cuando se desata una crisis y,



basándose en sus enseñanzas, reorganizarse cuando sea preciso” (Kruk *et al.*, 2015). Ante una crisis, un sistema sanitario resiliente está en condiciones de enfrentar el shock, seguir prestando servicios y volver a funcionar normalmente una vez que ha sido controlada, y de ese modo generar resultados sanitarios positivos en todo momento.

Sin embargo, un sistema sanitario no funciona en forma aislada, sino dentro de un marco socioeconómico y político, lo cual se refleja claramente en los efectos sanitarios directos e indirectos de las pandemias y otros shocks en las poblaciones vulnerables. Un sistema sanitario resiliente pos-COVID-19 también debe abordar estas vulnerabilidades y desigualdades y responder de manera sostenible a las diversas crisis futuras.

Según la creciente literatura y las experiencias de los países en cuanto al ébola y la COVID-19, podemos esbozar cinco rasgos generales de un sistema sanitario nacional resiliente.

Primero, debe ser vigilante. Los países deben fortalecer sus sistemas actuales de vigilancia de enfermedades y, de forma sistemática, recopilar y analizar información proveniente de los servicios de salud pública y privada para evitar o sofocar los brotes. Se han desarrollado y adaptado varios sistemas de vigilancia de enfermedades simples y efectivos en entornos de bajos recursos. Por ejemplo, a principios de la década de 1980, el virólogo T. Jacob John estableció un novedoso sistema en el sur de India mediante un conjunto estandarizado de síntomas (hoy se llamaría “vigilancia sindrómica”) para detectar y limitar brotes de enfermedad (John *et al.*, 1998). Este sistema nacional de vigilancia también debe aumentar en forma gradual su capacidad de supervisar regularmente esos hechos en las regiones y países vecinos y en todo el mundo, lo que requiere fortalecer tanto las capacidades como la diplomacia.

Segundo, debe tener capacidad de reacción. La respuesta precoz define a los sistemas sanitarios de Alemania, Nueva Zelanda, Corea del Sur y la provincia china de Taiwan, al igual que en estados como Kerala en India, que han logrado controlar eficazmente la COVID-19. La capacidad de reacción exige preparación, lo cual puede requerir años de planificación e inversión, mucho antes de que se desate una pandemia. Singapur y la provincia china de Taiwan reaccionaron ante el mortífero brote de SARS de 2003 con planes de respuesta elaborados y simulacros anuales en los hospitales, mientras que en Corea del Sur, luego del brote de MERS de 2015, el Gobierno invirtió mucho en protocolos operativos estándar e incentivó la investigación y el desarrollo de herramientas de diagnóstico rápido en sus empresas biomédicas. Los países pueden tener planes y protocolos de preparación para emergencias, pero estos deben estar alineados con personas y equipos dedicados, con autonomía en la toma de

decisiones para responder con rapidez, al igual que con inversiones que fortalezcan la infraestructura sanitaria y la fuerza de trabajo y procedimientos de emergencia de adquisición y reposición ante una escasez.

Tercero, debe ser flexible y adaptable. El personal de los hospitales de varios países se ha transferido a las salas de COVID-19. En enero y febrero se capacitó y asignó a casi 3.000 trabajadores de la salud de Camboya para implementar la detección rápida y la trazabilidad de contactos. En febrero de 2020, en China se instalaron rápidamente hospitales provisionales; se habilitaron lugares amplios, como estadios y centros de exposiciones para aislar y atender a las personas con síntomas de COVID-19 de leves a moderados y reducir la carga de los hospitales. En todo el mundo, los hospitales ofrecen algunos de sus servicios de salud mediante consultas telefónicas y de video. Esas prácticas muestran el potencial del uso flexible de los recursos existentes —ya sea la fuerza de trabajo o las instalaciones sanitarias— y la adaptación a una situación que cambia rápidamente.

Cuarto, es tan resiliente como las comunidades a las que sirve. Los equipos de salud pública de los distritos deben comprometerse e incorporar a los dirigentes locales y a los voluntarios de la comunidad en funciones estructuradas durante las emergencias; la ampliación de las funciones durante los tiempos normales podría mejorar la gobernanza participativa. En Tailandia, más de un millón de voluntarios sanitarios de las aldeas han supervisado la COVID-19 en las comunidades. En Kerala, el gobierno capacitó a más de 300.000 jóvenes voluntarios y los destinó a brindar servicios sociales en las comunidades locales en confinamiento y apoyo en los hogares en cuarentena (OMS, 2020). Los líderes y voluntarios locales cuentan con la confianza de sus comunidades, y cuando los equipos de salud de los distritos se asocian a estos actores, se puede asegurar una comunicación bidireccional y persuadir a las comunidades para que adopten el comportamiento recomendado.

Quinto, y lo más importante, debe ser equitativo. Las personas de los países ricos y pobres sin una cobertura de salud eficaz han tenido dificultades para realizarse las pruebas y buscar un tratamiento oportuno para la COVID-19 y otras emergencias sanitarias. Ahora más que nunca es necesaria una cobertura sanitaria universal, al margen del nivel socioeconómico, la ubicación geográfica, el género, la edad o las enfermedades preexistentes (OMS, 2010). Los países deben invertir en la cobertura sanitaria universal, en particular ampliando la cobertura del seguro médico y fortaleciendo los servicios de atención primaria, con el fin de garantizar la detección precoz y la respuesta a la COVID-19 y otras enfermedades contagiosas. Esto evitará la sobrecarga de las instalaciones sanitarias

secundarias y terciarias y el cese de la prestación de otros servicios sanitarios esenciales. Lo más importante es que la cobertura sanitaria universal evitará que las familias caigan en la pobreza durante este tipo de emergencias de la salud pública.

Los gobiernos también tendrán que fortalecer tres áreas interrelacionadas para garantizar la resiliencia del sistema sanitario. *Primero, se necesita con urgencia un enfoque de gobierno multisectorial* mediante el cual se creen y activen mecanismos para que las autoridades de salud trabajen en forma estrecha con sus contrapartes en otros sectores públicos pertinentes, como educación, bienestar social, finanzas y comercio, y el medio ambiente.

Segundo, colaboración con el sector de salud privada. En varios países de ingreso bajo y mediano, los establecimientos privados son el primer punto de contacto de atención de salud y prestan el grueso de los servicios. No se puede ignorar este sector, el cual debe mantenerse comprometido bajo el control público.

Tercero, se requiere una comunicación clara, constante, transparente y oportuna a través de diversos canales; por ejemplo, opiniones que resulten confiables para audiencias internas (ministerios del sector público) y externas (el público). Dichos canales deben incluir e incorporar el intercambio de opiniones. Una buena comunicación fomentará la confianza del público en el gobierno y el comportamiento necesario para frenar la transmisión y controlar los brotes.

Cómo lograrlo

El *financiamiento* es crucial para lograr que el sistema sanitario tenga las características de resiliencia descritas precedentemente, que abarcan aspectos interdependientes. Los gobiernos deben aumentar los recursos financieros nacionales para el sistema de salud pública con mecanismos como la reasignación presupuestaria, la reforma y gestión tributaria, y los impuestos sobre el lujo y los vicios, al igual que la colaboración con los sectores privado y filantrópico. En 2013, un año después de adoptar los impuestos sobre el alcohol y el tabaco, Filipinas generó USD 1.200 millones, lo que permitió inscribir a otros 45 millones de ciudadanos en la cobertura sanitaria universal.

Un paso significativo de los gobiernos es reducir las ineficiencias en su gasto en salud. Esto se lograría con estrategias como la reforma de las estructuras de incentivos y pagos para abordar el uso excesivo de servicios, el control de los sobrepagos de los medicamentos y la promoción de los genéricos, las compras conjuntas de medicamentos y la lucha contra la corrupción.

Los países más pobres que sufren shocks económicos tendrán dificultades para recaudar fondos para el financiamiento nacional de la salud, por lo que se necesita urgentemente una respuesta mundial

coordinada. Los países más ricos, los donantes y los organismos multilaterales deben redoblar la asistencia para el desarrollo. Instituciones como el Banco Mundial y el FMI han adoptado medidas iniciales con el aumento del financiamiento de emergencia, el alivio de la deuda y el apoyo para la suspensión del servicio de la deuda. El apoyo futuro, aparte del financiamiento de emergencia incondicional, debería respaldar el fortalecimiento y la resiliencia generales del sistema sanitario y proteger el gasto social y las redes de seguridad para los más vulnerables.

La gobernanza es clave para una respuesta eficaz de los sistemas sanitarios resilientes frente a la COVID-19 y las futuras emergencias de salud pública. Una gobernanza eficaz exige un liderazgo comprometido de los partidos políticos y las estructuras que refleje responsabilidad y transparencia, y mecanismos para lograr autonomía en la toma de decisiones e incentivos para los funcionarios de la salud pública en todos los niveles de gobierno.

El compromiso mundial de cooperación para las vacunas y terapias de COVID-19 comienza con el apoyo colectivo a la OMS. A pesar de sus deficiencias, ningún otro organismo internacional tiene la capacidad técnica, normativa y de convocatoria para congregar a los países con el fin de garantizar el acceso equitativo a los bienes públicos mundiales frente a emergencias de salud pública. Con el reciente anuncio de Estados Unidos de retirarse de la OMS y las amenazas al financiamiento general, la cooperación internacional, como se demostró en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2020, es más importante que nunca (Sridhar y King, 2020).

Como señaló la expresidenta de Liberia, Ellen Johnson Sirleaf, “no importa donde esté, el coronavirus es una amenaza para todos”. Ningún gobierno puede por sí solo resolver completamente la crisis de la COVID-19; se necesitan la cooperación y la solidaridad mundiales. **FD**

GENEVIE FERNANDES es becaria de investigación en gobernanza de salud mundial y salud respiratoria en la Universidad de Edimburgo.

Referencias:

- John, T. J., R. Samuel, V. Balraj y R. John. 1998. “Disease Surveillance at District Level: A Model for Developing Countries.” *Lancet* 352 (9121): 58-61.
- Kruk, M. E., M. Myers, S. T. Varpilah y B. T. Dahn. 2015. “What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola.” *Lancet* 385 (9980): 1910-12.
- . 2020. “Responding to COVID-19—Learnings from Kerala.” Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010. “Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage.” Ginebra.
- Sridhar, D., y L. King. 2020. “US Decision to Pull out of World Health Organization.” *BMJ* 370:m2943.