

LA ESTRUCTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el Informe sobre la salud en el mundo del año 2000, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos encaminados a mejorar la salud de los individuos y la colectividad, en sus vertientes de calidad (alcanzar el mejor nivel posible respecto a las necesidades reales y sentidas de la población) y equidad (responder a todos sin discriminación, con las menores diferencias posibles entre los individuos).

Los sistemas de salud cumplen ciertas funciones: prestación de servicios, sin olvidar el equilibrio necesario entre las actividades curativas, preventivas y de promoción y rehabilitación de la salud; gestión de recursos humanos, materiales y de infraestructura; garantizar los recursos económicos necesarios para el correcto funcionamiento; determinar el grado de participación financiera de los usuarios sin impedir su acceso a los servicios, y coordinación de actividades, tanto dentro de una estructura determinada como entre niveles de asistencia, entre otras.

El modelo de organización de los servicios de salud en cualquier país no es ajeno al modelo de desarrollo social y económico del mismo. La distribución dichos servicios y sus recursos (por ejemplo, entre las zonas urbanas y rurales, o entre la atención primaria y hospitalaria), está determinada por variables que no son estrictamente sanitarias y que son las que determinan el conjunto de estructuras y sectores del país.

Cuadro 1. Elementos comunes en los sistemas de salud de los países en desarrollo.

1. Un **sector público** financiado por el Estado, vía impuestos, que comprende los establecimientos de los Ministerios de Salud y que utilizan las mayorías sociales.
2. Un **sector privado** poco extenso pero bien dotado, para los que puedan disponer de seguros privados, centrado fundamentalmente en la atención de especialidades médicas y quirúrgicas, tecnología médica y hospitales monográficos.
3. Un sector de **seguro obligatorio** (Seguridad Social), para trabajadores por cuenta ajena, reducido por la escasa incidencia de la industrialización y del funcionariado en estos países.
4. Un **sector “privado social”**, no lucrativo, disperso, de centros de salud y hospitales, gestionados y presupuestados por órdenes religiosas, Fundaciones, ONGDs u OIGs.
5. Un **sector sanitario militar**, cuya importancia está en relación con la extensión y el papel del ejército en la sociedad.
6. La **medicina tradicional**, basada en plantas medicinales, en la experiencia o en creencias, adquiere en algunos países o comunidades una expresión de gran base poblacional.

El rasgo fundamental de estos sistemas sanitarios mixtos es su incapacidad para atender las necesidades de salud de la mayoría de la población y su

dependencia respecto a la evolución negativa de las economías nacionales. De hecho, entre un 40% y un 60% de la población en América Latina, un 60-80% en Asia y un 90% en África no cuentan con ningún tipo de protección sanitaria.

El fortalecimiento de los sistemas de salud constituye una de las cuatro orientaciones estratégicas de las OMS, junto a: reducir el exceso de mortalidad de las poblaciones pobres y marginadas, hacer frente a los principales factores de riesgo para la salud y situar la salud en el centro del programa de lucha a favor del desarrollo. El objetivo es salvar vidas y mejorar la existencia, sabiendo que los más pobres no sólo tienen una vida más breve, sino que en parte está dominada por la discapacidad.

A nivel global, podemos decir que, en los últimos 50 años, el curanderismo ha sido progresivamente sustituido por una atención sanitaria más organizada, con una reducción de la mortalidad en niños y madres, con un incremento sustancial de la esperanza de vida y unas unidades sanitarias que cuentan con personal, tecnología y medicamentos. El hospital forma parte de una compleja red de estructuras, personas e intervenciones que procuran mantener y mejorar la salud de un individuo concreto a lo largo de su vida, mediante políticas de acción que combinan la prestación de servicios y su financiación.

Basándose en el principio de cobertura sanitaria universal, se ha atribuido clásicamente a los gobiernos la responsabilidad de satisfacer *todas* las necesidades sanitarias de *todos* sus habitantes. Sin embargo, dicho concepto no tiene en cuenta ni las limitaciones de los recursos disponibles ni las de los propios gobiernos. En el extremo opuesto, la privatización de la asistencia favorece las desigualdades y excluye a los más desfavorecidos. En su Informe 1999, la Organización Mundial de la Salud propone un “nuevo universalismo” en el que, reconociendo los límites de los gobiernos, les atribuye la responsabilidad en el liderazgo y financiación de los servicios de salud. Defiende la complementariedad coordinada entre la atención pública y privada para hacer llegar a la población una atención esencial de calidad, definida por criterios de eficacia y aceptabilidad social, con elección explícita de prioridades, y sin discriminar a ningún grupo social.

Cuadro 2. Características del “nuevo universalismo” en la cobertura sanitaria propuesto por la OMS.

- Cobertura sanitaria universal: toda la población debe estar incluida entre los beneficiarios, sea por ciudadanía o lugar de residencia.
- Cobertura universal significa cobertura para todos, no cobertura para todo. Los servicios básicos deben ser económicamente accesibles para todos, mientras que otros menos prioritarios pueden serlo previo pago, según los recursos nacionales disponibles.
- La forma de pago por los servicios no debe limitar el acceso de los más pobres a los mismos. Para no perjudicar a los desempleados o trabajadores estacionales u ocasionales, el pago no debe realizarse en el momento en el que se utiliza el servicio en cuestión.
- Los servicios pueden provenir de fuentes varias (públicas, privadas, altruistas, etc), con tal de que se respeten ciertos estándares de calidad y gestión.

(Informe Mundial de la Salud, 1999)

Lamentablemente, los sistemas de salud pueden hacer un mal uso de su poder y desperdiciar el potencial de que disponen. Una mala estructura, gestión, organización y financiación pueden frenar el acceso digno de los más pobres a la salud.

En un sistema de salud, es preciso coordinar la atención pública y privada, sobre todo cuando los recursos de ambas se confunden entre corrupción, abusos, desvíos, pagos informales, reventa de medicamentos y falta de control de calidad, donde los más perjudicados son siempre los más pobres, los que más necesidades tienen. Si las autoridades sanitarias asumen su papel de coordinación y reglamentación, con los incentivos apropiados, formación e información adecuadas, el resultado puede ser un mejor funcionamiento del sistema y una mejor respuesta a la demanda.

LA ATENCIÓN SANITARIA POR NIVELES

La ubicación de los servicios de salud debe estar encaminada a permitir el más fácil y rápido acceso de la población a los mismos según sus necesidades. Para ello, los recursos de salud deben establecerse de forma escalonada de acuerdo al grado de complejidad de la asistencia requerida, así como al número de habitantes a cubrir y el área geográfica donde viven. En estos conceptos se basa la regionalización, cuyos principios se recogen en el Informe Dawson, elaborado en 1920.

Cuadro 3. Principios de la regionalización (Informe Dawson).

1. Integración de la medicina preventiva y curativa.
2. Una red de unidades (centros de salud y hospitales) que brindan servicios a un territorio geográfico determinado.
3. Supervisión de las unidades más complejas por las más simples.
4. Establecimiento del concepto “nivel de atención”: primario, cuyos servicios los prestan los médicos generales y otros profesionales sanitarios, y secundario, con personal especializado, al que los pacientes son referidos desde el nivel anterior.

El sistema de salud ideal es un sistema integrado que abarca medidas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, que implica a la propia comunidad beneficiaria, en el que el elemento más apto responde a cada problema, minimizando las barreras internas.

La **atención primaria** es el primer contacto de la población con el sistema de salud, constituyendo la puerta de entrada al mismo. Es asimismo una estrategia de cómo concebir la organización de la atención en su conjunto. La prevención, el fomento de la salud y la solución de los problemas comunes deben constituir la principal línea de acción. En este nivel de atención se pueden solucionar el 80% de los problemas de salud y requiere un nivel de complejidad técnico y material pequeño, aunque alto en los aspectos organizativo y funcional.

Existen una serie de elementos conceptuales de la Atención Primaria:

- En primer lugar, se trata de una atención *integral*, es decir, que da respuesta (inicial o completa) a los problemas de salud con actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Se encuentra *integrada* en un conjunto, de modo que facilita el acceso desde cualquier puerta de entrada a otros servicios o a un nivel de asistencia superior o especializada.
- Es *continuada y permanente*, es decir, no se limita al problema presente, sino que aporta un seguimiento y no depende del momento en que se produzca la necesidad. Desarrolla su actividad 24 horas al día, todos los días del año, y abarca desde el principio al final de la vida.
- Es *descentralizada*, es decir, cercana a la población, lo cual la hace *accesible geográficamente*, sin olvidar otros obstáculos que pueden limitar la accesibilidad.
- Es *activa*, porque no espera a que los problemas llamen a su puerta, sino que sale a su encuentro, por ejemplo en encuestas epidemiológicas o campañas de vacunación.

La definición de los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) se hizo en Alma-Ata, entonces URSS, en septiembre de 1978. Así quedaron establecidas las bases que regirían la estrategia de salud promovida por la OMS con el objetivo de lograr la “salud para todos en el año 2000”.

Cuadro 4. Resumen de la declaración de Alma-Ata (12-9-78).

- I. La salud, como estado de bienestar físico, mental y social, es un derecho humano fundamental y un objetivo que exige la intervención de muchos otros sectores, además del sanitario.
- II. La grave desigualdad existente en el estado de la salud de las poblaciones es social, política y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos. La promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial.
- IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación de su atención en salud.
- V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos. Uno de los principales objetivos debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esta meta.
- VI. La APS se basa en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias, a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. Representa el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud.
- VII. La APS:

- se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad
- comprende, al menos, las siguientes actividades :
 1. Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes
 2. Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada
 3. Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
 4. Asistencia materno-infantil, incluida la planificación familiar
 5. Inmunización contra las principales enfermedades
 6. Prevención y lucha contra las principales enfermedades endémicas locales
 7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
 8. Suministro de medicamentos esenciales
- entraña la participación coordinada de los sectores conexos del desarrollo nacional y comunitario (agricultura, industria, educación,...)
- fomenta la participación comunitaria en la planificación, organización, funcionamiento y control de la APS, sacando el mayor partido posible de los recursos nacionales y locales
- incluye un sistema de referencia adecuado y da prioridad a los más necesitados
- se basa en el personal de salud con inclusión de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, trabajadores de la comunidad y personas que practican la medicina tradicional, trabajando como un equipo de salud.

VIII. Es preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar entre sí, ya que el logro de la salud por un país beneficia a los demás países.

X. Es necesaria la mejor utilización de los recursos mundiales, de los cuales una parte importante se dedica a armamento, pudiendo asignarse una proporción adecuada a la APS.

En los años 90, se propuso organizar la dispensación de atención primaria a través de **distritos sanitarios**, con el Centro de salud como piedra angular del sistema, para dar respuesta rápida a la creciente demanda de atención de salud, en parte tras la frustración provocada por los rendimientos cada vez menores de los enfoques verticales de los años setenta y ochenta. Los hospitales de referencia eran componentes básicos de este modelo. Además,

el distrito sanitario encajaba bien en el movimiento de descentralización, con el que la mayoría de los países se habían comprometido, al menos en teoría.

El Centro de Salud constituye la unidad básica, polivalente y descentralizada del sistema de salud para responder a la demanda asistencial. Gracias a la concentración de recursos, es responsable de forma integral de todas las acciones de salud en la población asignada, al igual que en los centros de trabajo, escuelas y otras unidades de producción comunitarias que se encuentren en el territorio previamente delimitado. La ubicación concreta de un Centro de Salud se basa en criterios de accesibilidad (se considera que la distancia máxima que puede cubrirse a pie en caso de necesidad es de 5km, o una hora de trayecto), recursos necesarios (materiales y humanos) y de actividad, que debe ser suficiente para mantener la competencia.

Para cumplir estas funciones existe en cada centro un equipo de salud formado por profesionales sanitarios, no sanitarios y agentes comunitarios, con distinto nivel de calificación y de tareas. Cuenta además con una serie de elementos de apoyo, tal como la farmacia, laboratorio, radiología, salud dental, atención a la mujer, salud mental, medicina comunitaria y salud pública.

Los Promotores de salud o agentes de salud comunitarios fueron considerados tras la declaración de Alma-Ata como elementos básicos del sistema. Son miembros activos de la comunidad, elegidos y apoyados por ésta, que conocen la lengua y costumbres locales, lo que permite pensar que en condiciones de difícil accesibilidad a los servicios de salud pueden hacer frente a los principales problemas de salud de su aldea si adquieren una formación básica eficaz. Sin embargo, sometidos a las tensiones que se dan dentro de la propia comunidad y dadas las evidentes dificultades de seguimiento y financiación, los resultados han sido dispares con los años. Su éxito parece depender de que consigan su integración real en el equipo de salud y en el sistema en general.

La atención secundaria, también llamada **atención especializada**, trata pacientes referidos por la atención primaria de salud. Se puede desarrollar en el Centro de Salud o de forma ambulatoria por médicos especialistas y personal de enfermería especializado, o bien en hospitales de referencia, de tamaño pequeño o medio, también llamados distritales, comarcales, departamentales o regionales. Estos hospitales desarrollan actividades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia, además de los servicios generales y complementarios de apoyo como Laboratorio, Radiología, Farmacia y otros. La atención de nivel terciario se desarrollan en unidades hospitalarias de alta complejidad (Cirugía Cardiovascular por ejemplo, o unidades de grandes quemados) y en Institutos de investigación.

Para que el sistema de referencia entre niveles funcione adecuadamente, deben establecerse (consensuarse) los mecanismos necesarios, en particular el sistema de información en ambas direcciones, el transporte sanitario y el abastecimiento logístico.

A mediados de los años noventa muchos países estaban creando sistemas de distritos, estableciendo organismos de adquisición de fármacos y definiendo un paquete mínimo de servicios. Sin embargo, como en los años posteriores a Alma-Ata, a las iniciativas no siguió la llegada de fondos, sobre todo en el África subsahariana, por lo que los resultados se hicieron esperar. Con el descenso del PIB per cápita en términos reales entre 1990 y 2002, el gasto

total en salud de muchos países africanos se estancó o descendió, y en consecuencia el presupuesto asignado a los distritos. La asistencia exterior no compensó esta situación, ya que también las aportaciones per cápita se estancaron hasta 1999.

Las precarias condiciones de trabajo en el sector público han hecho que muchos profesionales sanitarios se hayan pasado al sector privado. El absentismo es otro problema importante que ha afectado a los ya escasos recursos humanos, en relación con unas condiciones laborales desfavorables, unos salarios insuficientes y la paulatina desmoralización del personal. En varios países, además, la epidemia de VIH/SIDA agravó lo que se estaba convirtiendo en una crisis aguda de recursos humanos. Los salarios reales de los funcionarios públicos siguieron descendiendo en la década de 1990: en seis años cayeron un 21% desde su nivel de 1990 en el Togo, un 34% en Burkina Faso, un 35% en Guinea-Bissau y un 41% en el Níger. La «seminaritis», el comportamiento predatorio y el pluriempleo se convirtieron en la norma, contribuyendo así a la escasez de personal sanitario en el sector público.

El siguiente cuadro muestra un ejemplo de distrito sanitario funcional, que tardó unos ocho años en implementarse, en uno de los distritos más pobres de Níger, con una cobertura de 250.000 personas. Mejoraron la frecuentación de la consulta prenatal, de menores de 5 años y la cobertura vacunal, así como las hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y transfusiones. El traslado de enfermos graves al hospital experimentó asimismo un notable incremento, gracias a una subvención específica y a un mecanismo de recuperación de costos.

Cuadro 5. Combinación de diversas iniciativas emprendidas para facilitar el acceso eficaz a los servicios de salud en Ouallam (Níger), 1996-2003

Iniciativas encaminadas a incrementar la demanda de servicios	Iniciativas encaminadas a incrementar la utilización de servicios	Iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de los casos en el centro de salud	Iniciativas encaminadas a facilitar el traslado urgente al hospital	Iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de los casos en el hospital
Se crearon comités sanitarios	Se creó un plan de cobertura sanitaria	Se implantaron procedimientos normalizados de diagnóstico, tratamiento y envío de pacientes	Se empezaron a utilizar radios alimentadas con energía solar y un servicio de ambulancias	Se rehabilitaron las infraestructuras materiales
Se debatió y negoció un plan de cobertura sanitaria	Se abrieron otros siete centros de salud	Se empezó a distribuir vitamina A, se intensificó la cobertura vacunal y se comenzó a detectar y tratar la malnutrición	Se implantaron mecanismos de recuperación de costos para las ambulancias	Se empezaron a practicar intervenciones quirúrgicas y transfusiones de sangre
Se negociaron tarifas para los traslados de urgencia		Se implantaron servicios periféricos	Se renegociaron las tarifas de los traslados de urgencia	Con el personal del centro se negoció y se llevó a cabo una reorganización interna
Se fortaleció la credibilidad del centro de salud mediante la mejora de la calidad asistencial		Se discutieron con las enfermeras los resultados del envío de pacientes		Se implantó un sistema de historias clínicas
Se discutieron los envíos y los traslados de urgencia para incrementar la aceptabilidad del envío de pacientes al hospital de distrito		Se uniformaron los procedimientos y los criterios de envío de pacientes		Se creó una unidad de rehabilitación nutricional
				Se mejoraron los servicios de laboratorio y radiología
				Se implantó el aseguramiento de la calidad

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 (OMS)

El entorno en el que hubo que crear los sistemas de distritos sanitarios era claramente desfavorable y, con los problemas citados, su puesta en marcha ha sido lenta. Lleva tiempo transformar un distrito administrativo en un sistema de salud funcional. Sin embargo, allí donde han alcanzado el punto crítico de su transformación en estructuras estables y viables, los distritos han ofrecido resultados creíbles y patentes. Tomando en consideración todos los elementos, la experiencia del último decenio indica que, para los gobiernos, los distritos sanitarios siguen siendo una forma racional de desplegar la atención primaria por medio de redes de centros de salud o estructuras descentralizadas equivalentes, respaldadas por hospitales de referencia.

El reto ahora es ampliar masivamente su implantación en un entorno adverso en el que la exclusión se ve agravada por la comercialización galopante del sector sanitario, incluidos los servicios de salud públicos o sin ánimo de lucro. El segundo reto es adaptar las estrategias de dispensación de atención de salud a la situación específica y los esquemas de exclusión de cada país. Al mismo tiempo, ya no cabe experimentar con proyectos de distritos sin tener en cuenta el contexto más amplio de las limitaciones transversales que afectan a todo el sistema. Si no existe un verdadero compromiso de fortalecer los servicios de los distritos sanitarios, lo más probable es que hablar de prioridades sanitarias resulte mera palabrería.

Debe prestarse atención a tres cuestiones fundamentales: la financiación del sector sanitario, la crisis de recursos humanos y la responsabilidad de los sistemas sanitarios y los proveedores de atención de salud ante sus clientes. El desarrollo de tecnologías debe imbricarse en estrategias organizacionales viables que estructuren y garanticen una atención ininterrumpida. En realidad, el problema es más organizativo que técnico.

En resumen, un Sistema sanitario bien equilibrado basado en la atención primaria de salud debe:

- Abarcar a la totalidad de la población sobre bases de equidad y participación responsable, bien mediante sistemas públicos de salud, bien mediante la combinación en proporciones variables de los sectores público y privado, incluidas ONGs, OIGs y Fundaciones.
- Incluir componentes del sector salud y de otros sectores cuyas actividades interrelacionadas contribuyen a la salud.
- Llevar los elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud al primer punto de contacto entre los individuos y el sistema sanitario.
- Apoyar la prestación de atención primaria de salud en el escalón local como una prioridad importante.
- Facilitar, en los escalones intermedios, la atención profesional y especializada necesaria para resolver los problemas de salud más técnicos, que no pueden resolverse en el plano local, así como la formación y orientación permanentes para el personal sanitario, las comunidades y los agentes de salud comunitarios.

- Facilitar, en el escalón central, servicios de expertos en planificación y gestión, atención de salud especializada, formación para especialistas, los servicios de ciertas instituciones como laboratorios centrales y apoyo logístico y financiero (existen experiencias de financiación descentralizada, en base a la “recuperación de costos” y reinversión de las plusvalías de las unidades productivas de la zona de salud).
- Facilitar la coordinación de todo el sistema, con el envío de casos entre los diversos escalones o entre los diversos componentes de cada uno de ellos cuando sea necesario.

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El constante incremento de los costos de salud responde tanto al envejecimiento de la población (transición demográfica) como a la transición epidemiológica, ya que es más costoso hacer frente a las enfermedades no transmisibles, más difíciles de tratar y que exigen una mayor inversión en tecnología.

Algunos gobiernos han considerado tradicionalmente los costos sanitarios como un puro gasto, más que como una inversión, y han intentado minimizarlo al máximo. En algunos países pobres, el presupuesto de salud es de apenas el 2% del PIB, lo que significa que incluso las medidas más baratas y eficientes no pueden llevarse a la práctica, y que el presupuesto per cápita destinado a la salud está muy por debajo de los 12 dólares al año que sugiere el Banco Mundial para establecer un paquete mínimo de medidas preventivas y curativas. A la falta de fondos se une la carencia en instalaciones, material y personal adiestrado. Lo cierto es que la asignación inadecuada de recursos para la salud perpetúa el ciclo de la pobreza.

Entre los síntomas frecuentes que acompañan a la mala calidad de los servicios públicos de salud en los países en desarrollo se encuentran la falta de medicamentos esenciales, estructuras inaccesibles, absentismo laboral, equipos y vehículos que no funcionan, todos ellos generadores de desconfianza y susceptibles de mejoría en la eficiencia.

El camino más obvio para **ampliar las fuentes de financiación**, en particular a cargo del gobierno, consiste en aumentar los impuestos o reducir otros gastos públicos. En algunos países, ciertos impuestos como los que gravan el consumo del tabaco o del alcohol están expresamente destinados a contribuir a la financiación de los servicios de salud. Por otro lado, el PNUD ha puesto de manifiesto en diversos informes cómo la condonación de la deuda externa y la disminución de los gastos militares liberarían recursos suficientes para aumentar ostensiblemente los presupuestos sociales y en concreto el de salud.

El **seguro de enfermedad obligatorio** ha sido una estrategia de uso generalizado en todo el mundo para aumentar la asignación de fondos al sector salud. Sin embargo, en los países en desarrollo, apenas el 5 al 10% de la población nacional disfruta de un salario periódico regular sujeto a reducciones por concepto de Seguridad Social y, en consecuencia, la fracción de población que se beneficia de este tipo de programas es igualmente reducida. Por ello,

han surgido graves dudas respecto a su repercusión en la distribución equitativa de los servicios de salud en el ámbito nacional.

Las **aportaciones del usuario** pueden contribuir a mejorar la calidad de la asistencia, completando los ingresos provenientes de otras fuentes, sin sustituir en ningún caso al gobierno en su responsabilidad. Fomentan la autosuficiencia de las poblaciones rurales a la hora de controlar y gestionar los programas de salud con sus propios recursos, de forma descentralizada. Sin embargo, el sistema de pago por el interesado en el momento de utilizar los servicios de salud puede frenar el acceso de los más desfavorecidos.

Entre las modalidades de pago, no es lo mismo pagar al acto (cada vez que el paciente acude al Centro de Salud o al hospital) que por proceso, sin importar el número de visitas que se realicen, ni es lo mismo pagar una vez al año, como en el sistema de Seguridad Social, independientemente del número de episodios que se tengan. A la hora de establecer o favorecer uno u otro sistema, deberemos tener en cuenta los siguientes criterios:

1. **Continuidad de la asistencia:** la forma de pago no debe impedir que el paciente acuda a revisión o que complete el tratamiento requerido.
2. **Solidaridad social (no discriminación):** puesto que hay enfermedades más caras de tratar que otras, la forma de pago no debe impedir que los pobres se beneficien de, por ejemplo, una intervención quirúrgica. Las enfermedades de larga duración, como la tuberculosis o la lepra, deben financiarse con subsidios externos a la comunidad o programas nacionales específicos.
3. **Aceptabilidad:** en diferentes contextos culturales, según la proliferación de alternativas de atención sanitaria o donde los ingresos se producen sólo en cierto momento del año, ciertos métodos pueden ser inaceptables (como el pago por adelantado o la cuota fija).
4. **Tendencia al sobreconsumo:** la forma de pago debe moderar, si no evitar, la utilización innecesaria de los servicios de salud.

Los fondos aportados por organismos de **ayuda exterior** bilaterales o internacionales pueden ser sumamente importantes, llegando en ocasiones a ser más cuantiosos que el presupuesto estatal para gastos en salud. Deben arbitrarse los medios necesarios –con inclusión de algunos acuerdos institucionales– para armonizar la ayuda exterior y las políticas sanitarias nacionales.

En la ayuda exterior tiene mucha importancia la continuidad y la regularidad. No hay que olvidar que la inversión de capital en instalaciones de salud crea la necesidad de fondos periódicos para sufragar su funcionamiento, con lo que aumenta la presión sobre el presupuesto ordinario de gastos.

Como destaca la OMS en su Informe anual 2000, la mayor parte de la población de los países pobres, sobre todo la de menos recursos y que menos se beneficia de los sistemas subsidiados o de pago anticipado (tipo Seguridad social) ligados al empleo, tiene que pagar de sus bolsillos la atención sanitaria. Para reducir el riesgo individual y favorecer la equidad en el acceso, los sanos deben subsidiar la atención dispensada a los enfermos y los ricos, la dispensada a los pobres, mediante sistemas de pago anticipado con una clara

contribución de la financiación pública, que canalice la ayuda exterior y los ingresos fiscales.