5 Una agenda para la acción

97 Aprender de la experiencia
102 La base del cambio
114 Conclusión

5

Una agenda para la acción

Aprender de la experiencia

Ningún país parte de cero en la manera de financiar sus servicios sanitarios. Todos tienen implantado algún tipo de sistema sobre el que trabajar de acuerdo a sus valores, limitaciones y oportunidades. Este proceso puede y debe nutrirse de las experiencias internacionales y nacionales. A partir de la revisión de los mejores datos disponibles descritos en los capítulos anteriores, ahora es el momento de sacar las conclusiones principales y sugerir la manera en que los países pueden tomar las medidas necesarias para conseguir la cobertura universal.

1. Pagar por la salud mediante fórmulas que no impidan el acceso a los servicios

La conclusión más importante es que, a nivel mundial, se depende demasiado **de los pagos directos como fuente de ingresos nacionales para la salud.** La obligación de pagar directamente por los servicios en el momento que se necesitan (tanto si el pago se realiza de manera formal o informal) impide que millones de personas reciban atención médica cuando la necesitan. Además, para aquellos que buscan tratamiento, puede acarrear una dificultad financiera grave e, incluso, el empobrecimiento. Muchos países podrían tomar más medidas para proteger a estas personas, garantizando que la mayor parte de la financiación sanitaria nacional proceda de un sistema de prepago que, al ser malcomunado, pueda repartir los riesgos financieros entre toda la población. El prepago y los fondos mancomunados no sólo eliminan las barreras económicas para el acceso a los servicios, sino que además reducen la incidencia de los gastos sanitarios catastróficos, dos objetivos clave en el avance hacia la cobertura universal.

Existen datos fehacientes de que la recaudación de fondos mediante el prepago obligatorio construye el camino más eficiente y equitativo posible hacia la cobertura universal. En los países que se han acercado más a la consecución de la cobertura sanitaria universal, el prepago está estandarizado y se organiza a través de impuestos generales y/o contribuciones obligatorias al seguro médico. Ningún mecanismo es intrínsecamente superior, ni existe siempre una clara distinción entre ambos. Las contribuciones obligatorias de los empresarios y de los trabajadores al seguro médico son un impuesto real, fijado para financiar la salud. Dicho esto, los países que dependen en gran medida de las contribuciones de las empresas y/o de los empleados, procedentes de los impuestos aplicados a la nómina por el ingreso de prepago, tendrán que considerar la diversificación de sus fuentes de financiación a

medida que envejezca la población, ya que un porcentaje cada vez menor de la población total estará asalariada y contribuirá a los fondos de prepago con los impuestos de la nómina. Muchos ya lo están haciendo.

Casi todos los países tienen la capacidad de recaudar fondos adicionales para la salud, ya sea dando a la sanidad una mayor prioridad en el gasto público o bien aumentando los ingresos adicionales por las tasas que están infrautilizadas, tal y como se explica en el Capítulo 2. Los impuestos sobre los productos perjudiciales como, por ejemplo, el tabaco y el alcohol, mejoran la salud a la vez que se recaudan fondos adicionales; pero en muchos países no se han aprovechado suficientemente.

Si queremos que el sistema sea sostenible, las contribuciones al sistema sanitario deben ser asequibles y justas. La valoración de la imparcialidad de las contribuciones puede ser compleja cuando la gente contribuye mediante diversos tipos de impuestos y/o seguros. Por ejemplo, el pago del seguro no puede basarse en los ingresos, pero esto se podría compensar con un conjunto de sistemas fiscales progresivos, en el que los ricos contribuyan con una proporción mayor de sus ingresos que los pobres. Lo importante es que las contribuciones globales estén basadas en la solvencia económica.

La universalidad sólo puede lograrse cuando los gobiernos cubran los gastos sanitarios de las personas que no puedan hacer frente a dichas contribuciones. Independientemente de lo rico que sea un país, algunas personas son sencillamente demasiado pobres para contribuir por medio de los impuestos sobre la renta y/o las cotizaciones al seguro, o únicamente pueden contribuir con una pequeña cantidad. Con algunas excepciones destacadas, pocos países donde el gasto sanitario procedente de los ingresos de las administraciones públicas y del seguro obligatorio es inferior al 5,6% del PIB (producto interior bruto) están cerca de alcanzar la cobertura universal, porque son incapaces de conseguir suficientes provisiones para subsidiar a los pobres.

La eliminación de los pagos directos no garantizará necesariamente el acceso económico a los servicios sanitarios, mientras que la eliminación de los pagos directos sólo en los centros estatales puede hacer poco para mejorar el acceso o reducir la catástrofe financiera en algunos países. Los costes del transporte y el alojamiento también disuaden a los pobres de utilizar los servicios, al igual que las barreras no financieras como las restricciones a las mujeres para que viajen solas, el estigma asociado a algunas enfermedades y las barreras del idioma. Muchas soluciones posibles a estos problemas no se encuentran en el ámbito del financiamiento, pero algunas sí. Por ejemplo, en algunos países se han utilizado las transferencias condicionadas de dinero en efectivo en el sector de la sanidad para ampliar la cobertura, especialmente para las medidas de prevención, mientras que las transferencias no condicionadas de dinero en efectivo suelen emplearse en los ministerios de economía o de seguridad social para reducir las desigualdades de los ingresos y permitir que la gente pueda comprar los bienes y los servicios que necesiten, incluidos los servicios sanitarios.

No se pueden eludir las decisiones difíciles en el camino hacia la cobertura universal. Ningún país puede garantizar el acceso a todos los servicios sanitarios que puedan promover, proteger o mejorar la salud. Se deben tomar decisiones sobre el alcance de la cobertura de la población, los servicios sanitarios y los costes con los fondos disponibles. Las elecciones que hagan los países serán pragmáticas en parte (por ejemplo, el grado de rentabilidad de un procedimiento determinado), y en parte estarán basadas en los valores sociales que reflejen las actitudes de un país respecto a la solidaridad social y la autosuficiencia.

Sin embargo, en última instancia, la cobertura universal requiere el compromiso de cubrir al 100% de la población. Llegados a tal punto, habrá que tomar decisiones difíciles relacionadas con el porcentaje de servicios sanitarios y el porcentaje de sus costes que se podrán cubrir con los fondos mancomunados.

2. Consolidar los fondos mancomunados de financiación y adoptar el sistema de prepago obligatorio

Es imposible conseguir la cobertura universal mediante planes de seguro cuando la afiliación a los mismos tiene carácter voluntario. Las personas de bajo riesgo, generalmente jóvenes y sanas, elegirán no hacerlo, a la vez que es difícil garantizar las contribuciones realizadas por los trabajadores por cuenta propia. La participación voluntaria podría ayudar a la gente a ver los beneficios del prepago y, sin duda, alguna protección frente al riesgo financiero es mejor que ninguna. No obstante, a largo plazo, la participación deberá ser obligatoria si se ha de cubrir al 100% de la población.

Los fondos reducidos no son viables económicamente a largo plazo. Estos fondos resultan vulnerables. Una enfermedad o un procedimiento de coste elevado pueden agotar sus reservas. Los seguros comunitarios y los microseguros tienen cabida allí donde es difícil plantear y reagrupar los fondos para la salud por otras vías y pueden ser un medio útil para fomentar la solidaridad, a la vez que se promueven los beneficios del prepago. También pueden ofrecer un grado de protección de los participantes frente a los riesgos financieros pero, en última instancia, cuanto más grande, mejor, y la consolidación de la mancomunación tiene que formar parte de la estrategia desde el principio. Esto también es aplicable a los pequeños fondos gestionados por el gobierno, como los presupuestos sanitarios regionales. En algunos casos, la cobertura adecuada en las regiones más pobres sólo se puede conseguir cuando existe una subvención directa a partir de los fondos mancomunados centrales o cuando las regiones pueden compartir los costes.

La estructura de varios fondos que sirven a diferentes grupos de población no es eficiente porque duplica los esfuerzos y aumenta el gasto de los sistemas de administración e información. Por ejemplo, cuando un ministerio de sanidad y un departamento de seguridad social llevan a cabo obras sociales de manera paralela para diferentes grupos de población, las consecuencias de la duplicación y la ineficiencia se magnifican.

Cuando coexisten varios fondos también es más difícil lograr la equidad y la protección contra los riesgos. Garantizar que toda la población tenga acceso a beneficios similares suele requerir que los ricos y los pobres paguen y estén cubiertos con el mismo fondo. Mientras tanto, la protección contra el riesgo financiero también aumenta cuando las personas de distintos ingresos y riesgos sanitarios pagan al mismo fondo y perciben del mismo fondo.

La existencia de varios fondos puede lograr la igualdad y la protección económica en algunas circunstancias, pero esto requiere una capacidad administrativa considerable. Si estos grupos están organizados sobre una base geográfica no competitiva (por ejemplo, la financiación estatal que cubre a la población de una provincia o región) o sobre una base competitiva (varias aseguradoras que compiten por los consumidores), es posible alcanzar la equidad y la protección económica, si existe una financiación pública suficiente y la participación es obligatoria. Pero, para que esas estructuras funcionen es necesario garantizar «la puesta en común a través de fondos mancomunados», creando un único fondo «virtual» a través de la nivelación de riesgos, mediante el cual se transfieran los fondos desde las aseguradoras o regiones que cubren a las personas de bajo riesgo hasta los que cubren a la población de riesgo elevado. Este enfoque es muy exigente desde el punto de vista administrativo y requiere la capacidad de vigilar los riesgos y los gastos de manera efectiva y de recoger y transferir los fondos a través de los fondos mancomunados.

3. Utilizar los recursos de manera más eficiente y equitativa

Todos los países pueden mejorar su eficiencia, a veces en gran medida, liberando así los recursos necesarios para garantizar un progreso más rápido hacia la cobertura universal. Centrarse únicamente en los medicamentos (mejorar, por ejemplo, la orientación para la prescripción o garantizar la transparencia en las compras y la licitación) puede reducir el gasto de manera significativa en muchos países, sin que ello implique una pérdida de calidad. En el Capítulo 4 se describen otras fuentes de ineficiencia y algunas sugerencias para resolverlas.

La fragmentación genera problemas a la hora de aunar recursos **e ineficiencias en la compra y prestación de servicios.** Las aportaciones de ayuda al desarrollo para la salud pueden aumentar este problema sin pretenderlo. La financiación de estrategias basadas en los programas no tiene por qué proceder siempre de flujos de financiación paralelos que requieran cada uno de ellos de sus propios procedimientos administrativos y de vigilancia, aunque a menudo estén organizados de esta manera.

La compra y la contratación activas o estratégicas de servicios sanitarios ayudan a los países a avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal, pero no deben tomarse a la ligera. Los funcionarios del Estado responsables de la compra y/o la contratación tienen que asignar los recursos en función de la rentabilidad, del desemoeñoy de la información sobre las necesidades de la población. Esto requiere un buen sistema de información y una gestión y análisis certeros de la información. La evaluación precisa de las necesidades de salud pública, los patrones de distribución del gasto y la rentabilidad de las intervenciones también mejoran la calidad y la eficiencia.

Se precisan incentivos para proporcionar servicios eficientes, equitativos y de calidad, tanto si los prestadores de servicio sanitarios son públicos como privados. No existen evidencias que demuestren que los proveedores de servicios con participación o financiación privada sean más o menos eficientes que las alternativas con participación o financiación del Estado. Desde la perspectiva de la política de financiación sanitaria, para decidir la mejor forma de prestación de servicios se requiere un enfoque pragmático más que ideológico.

El pago de tarifas por el servicio prestado suele fomentar la sobreprestación para los que pueden pagar (o quienes están cubiertos por el seguro) y que haya escasez de los mismos para los que no pueden costeársela. Más allá de esta realidad, los mecanismos de pago se deben evaluar por sus méritos. Por ejemplo, utilizando la capitación de servicios en el caso de las consultas externas y las formas de pago basadas en el caso, como los grupos relacionados por el diagnóstico, se reducen los incentivos por sobreprestación, fomentados por el pago de honorarios por el servicio prestado, en el caso de la atención hospitalaria. Pero estos enfoques pueden crear otros problemas, como el alta hospitalaria temprana, seguida de la readmisión, para conseguir un pago adicional. Muchos países están probando una combinación de procedimientos de pago y procedimientos administrativos para potenciar sus puntos fuertes y reducir sus debilidades.

Las intervenciones de prevención y promoción pueden ser rentables y pueden reducir la necesidad de tratamientos posteriores. Sin embargo, en términos generales, existe una presión mucho mayor sobre los políticos para que garanticen el acceso al tratamiento y muchos sistemas de financiación se centran principalmente en el pago de este servicio en lugar de en los modelos de prevención y promoción basados en la población. Además, al dejar que la gente tome sus propias decisiones, no suelen invertir lo suficiente en la prevención. Esto significa que a veces es necesario que los gobiernos financien la prevención basada en la población y las actividades de promoción independientemente del sistema de financiación de los servicios personales vinculados, en gran medida, al tratamiento y la rehabilitación.

La gestión eficaz es la clave para mejorar la eficiencia y la igualdad. Algunas normas básicas de buena gestión se establecen fuera del sector sanitario (por ejemplo, la gestión financiera y las auditorías), pero no hay ninguna razón por la que la salud no deba ser pionera en este ámbito. Por ejemplo, los responsables políticos que trabajan por la salud pueden hacer mucho para reducir las pérdidas, especialmente en los contratos. Pueden mejorar la calidad de la prestación de servicios y la eficiencia del sistema, incluso mediante la regulación y la legislación.

Las lecciones descritas anteriormente son un claro ejemplo de la larga experiencia de muchos países y pueden ayudar a que los líderes políticos decidan la mejor forma de avanzar. Pero si sólo se adoptan ciertos elementos o se importa lo que se ha demostrado que funciona en otros entornos, no será suficiente. **La estrategia de financiación sanitaria debe ser de cosecha propia y estar orientada hacia la cobertura universal más allá de los terrenos conocidos.** Es imperativo que los países desarrollen sus propias capacidades de análisis y comprendan los puntos fuertes y débiles del sistema actual, de manera que puedan adaptar las políticas de financiación sanitaria en consecuencia, aplicarlas, controlarlas y modificarlas a lo largo del tiempo.

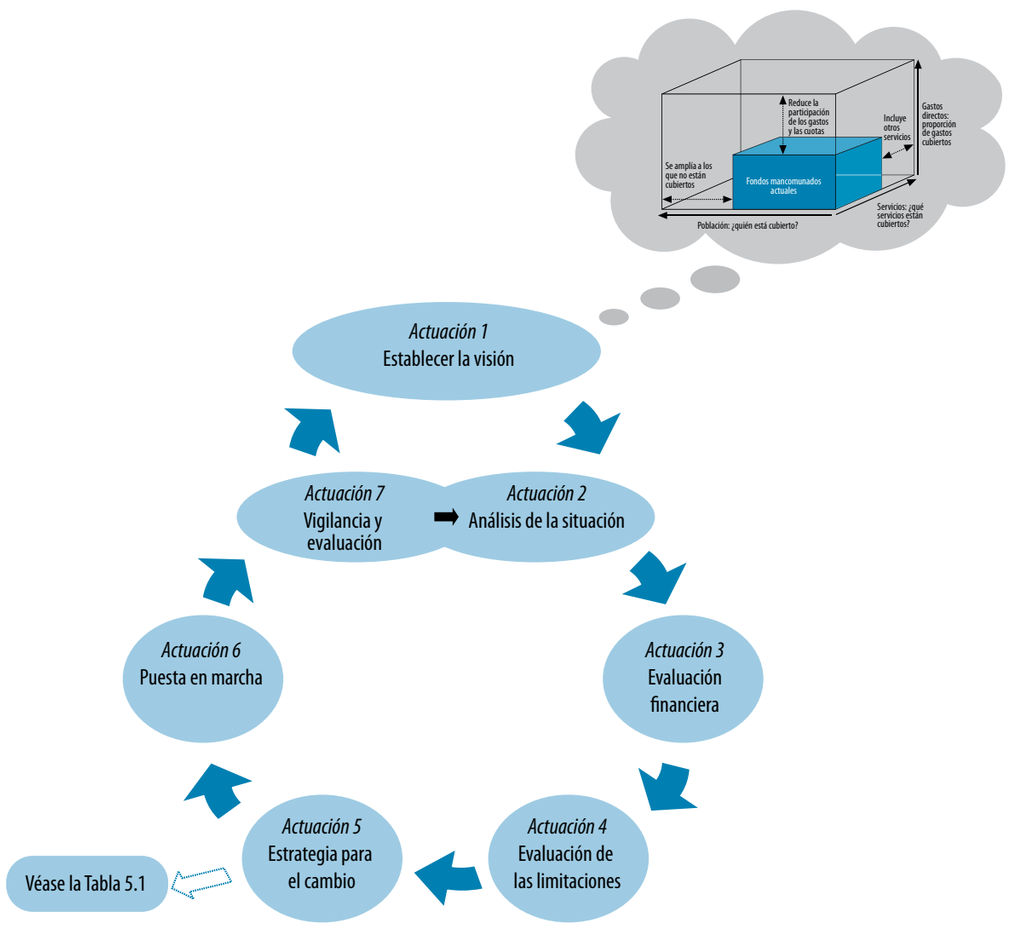
Estas lecciones hacen referencia, fundamentalmente, a los retos técnicos de la reforma de la financiación sanitaria, pero el trabajo técnico sólo es un elemento del diseño y la aplicación de las políticas. Para generar la reflexión y el cambio se necesitan otro tipo de actuaciones, descritas en el siguiente apartado.

La base del cambio

El ciclo de decisiones de financiación sanitaria que se presenta aquí (Figura 5.1) pretende ser una guía más que un mapa y, si bien los procesos previstos se representan como procesos conceptualmente independientes, en realidad se superponen y siguen evolucionando.

Las siete actuaciones aquí descritas no sólo son aplicables a los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos elevados que han alcanzado altos niveles de cobertura y protección contra los riesgos financieros también deben implicarse en una autoevaluación continua para garantizar que el sistema de financiación continúe consiguiendo sus objetivos frente a los cambios permanentes de las tecnologías y las actuaciones diagnósticas y terapéuticas, las demandas crecientes y la evolución de las limitaciones fiscales.

Figura 5.1. **El proceso de toma de decisiones de la financiación sanitaria**



El diseño y la estrategia de aplicación de la financiación sanitaria implican una adaptación continua, más que un progreso lineal hacia una perfección teórica. El ciclo se completa (Actuación 7) cuando un país revisa cuánto ha avanzado en sus objetivos planteados (Actuación 1), lo que le permite volver a evaluar sus estrategias y diseñar nuevos planes para corregir cualquier problema. Es un proceso basado en el aprendizaje continuo, la realidad práctica de la retroalimentación del sistema en constante revisión y ajuste.

Los sistemas de financiación sanitaria deben adaptarse, no sólo porque siempre hay un margen de mejora, sino porque los países a los que sirven también cambian: las características epidemiológicas evolucionan, los recursos van y vienen, y las instituciones evolucionan o se deterioran (Figura 5.1).

Actuación 1: establecer la visión

El establecimiento de una visión de futuro basada en la comprensión del presente es crucial, porque los caminos que elijan los países para conseguir la cobertura universal serán necesariamente distintos. El compromiso para la cobertura universal reconoce los objetivos de la reducción de las barreras financieras al acceso a los servicios y el aumento y mantenimiento de la protección frente al riesgo financiero. Sin embargo, reconoce que a lo largo del camino habrá compromisos según la proporción de la población, los servicios y los costes que se podrán cubrir en cualquier nivel dado de recursos. Destacar las decisiones que debe tomar un país es importante. Por ejemplo, en un país donde la mayoría de la gente cree que las personas deben tener alguna responsabilidad financiera sobre su propia salud, se podría decidir cubrir sólo una parte de los costes totales de los servicios con los fondos mancomunados y pedir que los hogares contribuyan directamente en la parte restante, al menos en algunos servicios. En otros países donde el concepto de solidaridad social sea fuerte, tal vez sea preferible cubrir un mayor porcentaje del coste total, aunque esto pueda significar una oferta de servicios más reducida. El reconocimiento de estos valores y la posibilidad de que den una visión general del sistema es importante para determinar cómo se debe llevar a cabo el trabajo técnico. También se puede orientar a las autoridades en la gestión de los compromisos establecidos respecto a la cobertura, que surgirán inevitablemente a medida que evolucione el sistema de financiación.

Actuación 2: análisis de la situación - entender el punto de partida

El análisis de la situación debe centrarse en los dos elementos de la cobertura universal desde el punto de vista de la financiación: el acceso a los servicios necesarios y la protección frente al riesgo financiero. Identificar quién está cubierto con los fondos mancomunados, para qué servicios y con qué porcentaje del coste, mostrando la diferencia existente entre lo que se está cumpliendo en la actualidad y lo que quiere lograr el país (tal y como queda definido en la Actuación 1). Cuando se planifica el futuro, el análisis

de la situación debe tener en cuenta factores internos y externos al sistema sanitario que puedan afectar a los progresos realizados hacia la cobertura universal (Cuadro 5.1). Esto no es sólo un proceso técnico. Si bien es la base de una estrategia sólida de desarrollo, disponer de la información correcta (por ejemplo, la incidencia actual de catástrofes financieras asociadas a los pagos directos por los servicios sanitarios) puede dar el impulso necesario para que se produzca el cambio político (*1*).

Actuación 3: evaluación financiera

Para crear un marco de financiación global del sistema sanitario se tiene que valorar la disponibilidad actual y la previsible de los fondos para la salud procedentes del gobierno, los hogares, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y los socios externos. Esta evaluación debe incluir el análisis de la proporción de recursos públicos asignados al sector a lo largo del tiempo. La ausencia de continuidad entre la política, la planificación y el presupuesto es un motivo de preocupación para muchos países. Las herramientas analíticas, como un marco de gastos a medio plazo (un proceso de planificación y formulación de presupuestos que establece metas fiscales de tres años, basado en las proyecciones macroeconómicas, y que asigna los recursos a las prioridades estratégicas dentro de estos objetivos) puede ayudar a crear una imagen global de la financiación y proporcionar los datos necesarios para el diálogo entre los ministerios de sanidad y el de economía (*2*).

En algunos países, esta fase implica el diálogo con las instituciones financieras internacionales y los socios externos para analizar los recursos que pudieran estar disponibles y la forma de canalizarlos hacia las figuras gubernamentales y las no estatales. Los responsables políticos también querrán determinar si el gasto del gobierno estará limitado y cómo se podrían aumentar los límites del gasto. Por último, se deberán tener en cuenta las funciones complementarias de las distintas fuentes de financiación del sistema sanitario.

En el Capítulo 2 se propuso una serie de opciones para ayudar a los países a aumentar los fondos nacionales adicionales o alternativos para la sanidad. Los países deben considerar, al menos, si la sanidad está recibiendo la parte del gasto público que le corresponde y deben contemplar la posibilidad de aumentar los impuestos sobre el tabaco, el alcohol y otros productos nocivos para la salud. Estos impuestos pueden contribuir de manera significativa a los fondos adicionales, a la vez que mejoran directamente la salud de la población. Casi todos los países podrían aplicar al menos una de las opciones sugeridas en el Capítulo 2.

Comprender el lenguaje de los economistas resulta esencial para recaudar más fondos para la salud. Cuando se considera al ministerio de sanidad como un administrador eficiente y prudente de los recursos públicos, que puede demostrar el progreso y los buenos resultados, es más probable que se gane la confianza y la credulidad del ministerio de economía, entre otros. Ser capaz de hablar el lenguaje de los economistas también mejorará su capacidad para abogar por la financiación suplementaria. El punto crítico de este esfuerzo es la capacidad de un ministerio de sanidad para apoyarse en los análisis de la política sanitaria a la hora de redactar la documentación necesaria e involucrarse en el diálogo con los ministerios de economía y hacienda.

Cuadro 5.1. **Elementos clave del análisis de la situación de la financiación sanitaria**

Protección frente al riesgo financiero

- Qué fondos están disponibles respecto a las necesidades y cuáles son las fuentes. Qué prioridad da el gobierno a la sanidad en sus decisiones sobre el gasto.
- Cuánto tiene que pagar la gente de su bolsillo por los servicios sanitarios (p. ej., los pagos directos) y cuál es el efecto de la protección frente al riesgo financiero sobre el gasto catastrófico y el empobrecimiento.
- Quién paga qué en otras contribuciones al sistema sanitario. (Esto permite analizar la equidad percibida de las contribuciones económicas).
- Quién está cubierto por los fondos mancomunados, para qué servicios y en qué porcentaje de los costes.

El acceso a los servicios necesarios

- Es difícil medir directamente el acceso económico a los servicios, puesto que el análisis tenderá a centrarse en los niveles actuales de cobertura para las intervenciones importantes para luego realizar una evaluación de las razones de la baja cobertura, especialmente en los grupos vulnerables, y el grado de mejora de este acceso por los cambios en el sistema de financiación.

Eficiencia

- Cuáles son los principales problemas de eficiencia en el sistema, sus consecuencias y sus causas

Las características y las capacidades de los sistemas sanitarios

- Descripción y cuantificación sistemáticas de los acuerdos de recaudación y puesta en común de los fondos, así como su utilización para financiar o prestar servicios. Esto no sólo incluye el seguimiento de los fondos, sino también entender cómo fluyen a través del sistema, desde su origen hasta su utilización, incluidos los fondos externos, teniendo en cuenta dónde y cómo se fragmenta el sistema y dónde y cómo están mal alineados los instrumentos políticos. También se deben considerar los acuerdos del gobierno, en concreto, para quién y para qué los adquieren los organismos responsables.
- Disponibilidad, distribución y patrones de uso de los centros sanitarios (públicos y privados), personal sanitario (del estado y privado) e insumos principales como los medicamentos y las tecnologías. El resultado de esta evaluación determina la viabilidad de diferentes enfoques para incrementar la cobertura, por ejemplo, es poco probable que las transferencias condicionadas de dinero en efectivo funcionen, si los centros no están ubicados cerca de las personas identificadas por tener una baja cobertura.

Factores externos al sistema sanitario

- Las variables demográficas, como las tasas de crecimiento de la población, la estructura por edades, la distribución geográfica y los patrones de migración, la participación laboral, el alcance del trabajo informal, etc., tienen implicaciones en la velocidad que adquiere el aumento de las necesidades y la viabilidad de los distintos métodos de obtención de ingresos.
- Principales enfermedades y cambios previsibles, con consecuencias financieras en la ampliación de la cobertura con el paso del tiempo.
- Alcance de las actuales redes de seguridad social que reducen el impacto financiero (a largo plazo) de la enfermedad o las barreras financieras del acceso a los servicios.
- Aspectos relevantes de la administración pública y el marco jurídico para entender de cuánto margen se dispone para la modificación del sistema de financiación en el marco de las normativas y las leyes existentes. Las cuestiones principales son cómo se paga a los profesionales sanitarios y si estos acuerdos están vinculados a las normativas de la Administración General del Estado. Qué se necesitaría para modificarlas en caso necesario Cómo se distribuye la toma de decisiones sobre los recursos financieros a través de los niveles gubernamentales (es decir, cuestiones de descentralización político-administrativa). Cómo se elaboran los presupuestos en el sector público. Cuánto margen tienen los organismos públicos (p. ej., los hospitales públicos) para la redistribución de los fondos entre las partidas contables.

Actuación 4: evaluación de las limitaciones

Una vez realizado el trabajo preliminar, en esta etapa es importante que los responsables políticos identifiquen a los principales partidarios del cambio y dónde puede existir una oposición significativa. La evaluación de las posibles limitaciones permite que los responsables que toman las decisiones puedan

identificar las áreas políticas que requieran una amplia consulta, con quién se debe consultar y de qué manera. La culminación de esta valoración sería la decisión política de avanzar.

En esta fase los responsables políticos también identifican lo que es técnica y políticamente factible y determinan cómo el gobierno puede basarse en las demandas sociales y apoyarlas para el buen funcionamiento del sistema sanitario. Este proceso se superpone con las actuaciones posteriores y se debe repetir periódicamente. Lo que es imposible hoy podría ser posible mañana. Los puntos clave a recordar son:

- Lograr la cobertura sanitaria universal no es sólo una cuestión técnica, sino que es la expresión de la percepción de la solidaridad social de un país. El impulso de la adopción es siempre político, al menos en parte.
- Los sistemas de financiación de la sanidad son resistentes al cambio, en parte porque cualquier cambio invade los intereses de partes interesadas con poder. Ante las fuerzas compensatorias y los intereses creados fuertemente arraigados, el apoyo para el cambio tiene que ser sólido y estar respaldado desde los niveles más altos.
- Esta dinámica suele ser la contraria en la base. Las encuestas de población suelen revelar el deseo del cambio o de la mejora del sistema sanitario de un país. Los movimientos que surgen desde las raíces de la sociedad para la reforma sanitaria y los grupos sociales (incluyendo las organizaciones de consumidores preocupados por condiciones específicas) pueden ser una vía para el cambio, tanto a nivel nacional como internacional. La comunicación entre estos grupos y el ministerio de sanidad contribuye a que la salud adquiera y mantenga una mayor relevancia en la agenda política. Este ha sido el enfoque adoptado, por ejemplo, por el gobierno de Bangladesh, en su proyecto para revitalizar y ampliar los centros de salud comunitarios. Los grupos de gestión comunitaria ayudan en la planificación, la gestión y la interacción entre los profesionales sanitarios y la población a la que asisten (*3*).
- El enfoque proactivo para la esfera política ha dado sus frutos en muchos países. La promoción, la comunicación y los argumentos basados en la evidencia pueden llegar muy lejos a la hora de obtener la ayuda política y financiera necesarias para intentar conseguir la universalidad.

Actuación 5: diseñar y formalizar las estrategias y los objetivos del cambio

Esta es la actuación más lenta y laboriosa. También es el centro de atención de la mayoría de las publicaciones sobre financiación sanitaria y constituye la mayor parte del apoyo técnico prestado a los países, a veces bajo el supuesto de que las demás actuaciones ya han sido, o serán, completadas. En realidad, el resto de actuaciones se han pasado por alto con frecuencia o se han hecho demasiado deprisa, a pesar de que constituyen la base del trabajo técnico. El desarrollo de las estrategias y los objetivos en esta fase debe surgir del análisis de la situación y la evaluación del marco de financiación (Actuaciones 2 y 3).

A partir del análisis de la situación y la evaluación precisa de los escenarios probables de financiación puede comenzar el trabajo técnico detallado

sobre la estrategia, centrándose en las tres etapas principales de financiación sanitaria: la recaudación de fondos, la agrupación de los mismos y su utilización para garantizar que los servicios estén disponibles.

La Tabla 5.1 se basa en los principales mensajes de los Capítulos 1-4 para ilustrar el alcance y la naturaleza de las decisiones fundamentales que se deben adoptar.

Tabla 5.1. **Decisiones técnicas necesarias para la Actuación 5**

Objetivo principal	Elementos	Decisiones
Recaudar los fondos suficientes.	**Suficiencia** (esta parte está estrechamente relacionada con la Actuación 3 y se realizarán otras actuaciones al mismo tiempo)	1. Elegir la combinación de impuestos y/o cotizaciones a la seguridad social que se pedirán a los hogares. Decidir sobre cualquier otro mecanismo para conseguir fondos destinados a la salud a nivel nacional, por ejemplo, las contribuciones de las empresas. Tratar de garantizar un flujo de fondos estable y predecible hacia el sistema.
	Equidad de las contribuciones	2. Desarrollar un mecanismo para cubrir a las personas que no pueden hacer frente a la contribución. Esto puede lograrse mediante subvenciones cruzadas, ya sea a través de ingresos de las administraciones públicas o mediante la creación de contribuciones a la seguridad social más elevadas para las personas que pueden pagarlas para cubrir a los no contribuyentes. 3. Implantar un sistema de contribuciones de los hogares que sean asequibles.
	Eficiencia en la recaudación	4. Mejorar la eficiencia en la recaudación de fondos, garantizando que las personas que deben contribuir lo hagan.
	Sostenibilidad económica	5. Hacer estimaciones basadas en la evidencia sobre el potencial del aumento de los fondos (internos y externos) en el futuro y hacerlos coincidir con las necesidades previstas y con el crecimiento de las necesidades (vinculadas a la Actuación 3)
Reducción de las barreras económicas	**Viabilidad económica y acceso**	6. Basándose en la Decisión 1, establecer acuerdos institucionales y administrativos para recaudar y aunar las contribuciones procedentes de las diversas fuentes (con la consiguiente reducción de la dependencia de los desembolsos directos en los países donde estos son elevados). 7. Determinar si las cuotas de usuario se han utilizado para promover la calidad, como un complemento de los salarios al nivel de la atención primaria. En sustitución de las cuotas de usuario, es importante reemplazar no sólo la financiación total que se haya planteado, sino también la financiación de las actividades que se pagaban anteriormente con los honorarios. Los fondos adicionales también estarían obligados a satisfacer el aumento de la demanda previsto. Esto reduce al mínimo la posibilidad de sustituir los pagos extraoficiales por los oficiales. 8. Determinar si existen grupos de personas o algunas intervenciones específicas para las que se deban emprender actuaciones de demanda (bonos, transferencias de dinero) para asegurar el acceso adecuado.
	Equidad de la mancomunación	9. Realizar aportaciones obligatorias al sistema sanitario (impuestos y/o seguro) tan pronto como sea posible. Esto asegurará que la gente contribuya cuando esté sana y no sólo cuando se sientan enfermos. Se deberá evitar que la gente pueda decidir no hacerlo, ya que reduce el grado de cobertura de los pobres y los vulnerables. 10. Si hay varios fondos mancomunados, reducir la fragmentación mediante la fusión de los mismos en un fondo mayor o poniendo en práctica un mecanismo de igualación de riesgos entre ellos para garantizar que la gente de los distintos fondos sea tratada por igual. 11. Definir quién es elegible para obtener los servicios a través del fondo (o fondos), los servicios que se deben prestar y cualquier nivel de co-pago. Elaborar un calendario para la ampliación de estos parámetros, de acuerdo con el plan de sostenibilidad financiera descrita anteriormente.
	Eficiencia de la mancomunación	12. Minimizar la fragmentación en la administración de los fondos, en la medida de lo posible.

Objetivo principal	Elementos	Decisiones
Usar los recursos de manera inteligente	**Eficiencia en la utilización de los recursos**	13. Diseñar e implementar mecanismos de pago a los proveedores que creen incentivos para mejorar la calidad y la eficiencia. 14. Desarrollar medidas complementarias que fomenten la calidad y la eficiencia, puesto que todos los métodos de pago a los proveedores tienen ventajas e inconvenientes. Entre los elementos importantes se incluye la lucha contra el despilfarro y la corrupción, así como el diseño de un proceso de selección de medicamentos rentables, las adquisiciones y las cadenas de suministros (véase el Capítulo 4 para obtener más detalles). 15. Decidir cómo distribuir los recursos combinados entre los diferentes tipos de servicios sanitarios y los distintos niveles de atención, garantizando al mismo tiempo que esto no cree obstáculos en la coordinación de la asistencia entre los niveles. 16. Participar en las compras/contrataciones estratégicas para garantizar la mejor relación calidad-precio. 17. Decidir si es necesario desarrollar un fondo mancomunado independiente para la promoción y la prevención de la salud. 18. Seguimiento periódico de los resultados y la eficiencia del uso de los fondos.
	Igualdad en la utilización de los recursos	19. Decidir cómo distribuir los recursos agrupados entre las regiones geográficas, teniendo en cuenta el tamaño relativo de la población, la relación relativa de ingresos y pobreza, las necesidades sanitarias relativas y las diferencias inevitables en los costes de la prestación de servicios (por ejemplo, debido a una baja densidad de población). 20. Determinar si persisten las desigualdades en la cobertura y los resultados de salud que el sistema de financiación no puedan abordar y que requieran una actuación para el resto del sistema sanitario (por ejemplo, la distribución de los centros de salud o los recursos humanos) o en otros sectores. Decidir qué otros ministerios y organizaciones ciudadanas pueden contribuir mejor para solucionar estos problemas; diseñar y poner en práctica las soluciones conjuntas.

Actuación 6: puesta en marcha, incluida la evaluación de las estructuras organizativas y las normativas

En esta fase, algunos países sólo tendrán que hacer pequeños cambios para mantener sus logros. Otros tendrán que iniciar la reforma, constituyendo nuevas instituciones y organizaciones. Por ejemplo, un país puede tomar la decisión de desarrollar un fondo para el seguro médico como una autoridad semiestatal para eludir las limitaciones de la centralización y la adquisición dentro del sistema público de gestión económica. Sin embargo, a veces, basta con adaptar las instituciones existentes (por ejemplo, cuando se organiza el seguro obligatorio a través del sector privado). Cuando el fondo del seguro obligatorio existe como un organismo público, es posible que se necesiten leyes y normativas nuevas o que se tengan que reforzar o derogar las ya existentes.

La legislación puede ayudar sin duda al desarrollo de los sistemas de financiación sanitaria para obtener la cobertura universal y también puede ayudar a proteger el derecho del individuo a recibir asistencia sanitaria. Recientemente, las nuevas leyes y los nuevos derechos constitucionales han dado lugar en varios países a que cada vez haya más gente que acuda a los tribunales para defender su derecho al acceso a los servicios sanitarios (*4*). Es demasiado pronto para saber las implicaciones que tendrá esto en la consecución de la cobertura universal, aunque los investigadores han encontrado en algunos casos que los pobres y los vulnerables se han beneficiado menos de este derecho a la compensación legal que los grupos más acomodados, que son más elocuentes a la hora de expresar sus necesidades (*5*).

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan muchos países en esta fase de puesta en marcha es la falta de una capacidad técnica y organizativa. Pueden ser necesarios contables, actuarios, auditores, economistas y abogados en diferentes marcos y, a veces, la experiencia puede ser escasa. Por lo tanto, podría ser necesario que los países volvieran a evaluar las prioridades educativas/formativas para desarrollar las habilidades requeridas y diseñar estrategias para atraer y retener a los profesionales cualificados desde el extranjero.

La ampliación de la cobertura de los servicios suele verse obstaculizada por la escasez de profesionales sanitarios y los planes de financiación tienen que garantizar una oferta adecuada de personal sanitario adecuadamente capacitado. Los planes de financiación también deben mejorar la calidad y la cantidad de los servicios prestados, así como garantizar los medicamentos y las tecnologías apropiadas que estén disponibles. Por el contrario, los responsables de la toma de decisiones deben ser conscientes de las implicaciones de la financiación a la hora de reformar otras áreas del sistema sanitario.

Muchos cambios necesitarán una acción intersectorial, en la que el personal del ministerio de salud trabaje con otros ministerios.

Actuación 7: vigilancia y evaluación

Los responsables tienen que saber en qué situación se encuentra su país. Deben ser capaces de evaluar tanto su situación como el momento, ya se encuentren inmersos en la reforma de planificación que dará lugar a un sistema de cobertura universal, en la transición o bien cumpliendo sus objetivos declarados. Necesitan saber si el país se está acercando o alejando de la cobertura universal.

Los sistemas de financiación no responden necesariamente a los cambios según lo previsto. Por lo tanto, es necesario que estemos preparados para lo inesperado y que seamos capaces de hacer ajustes rápidos. Para ello, los responsables necesitan un flujo constante de información precisa. En el Cuadro 5.1 se indica el tipo de información necesaria para realizar un análisis significativo de la situación, relacionado en gran medida con la forma en que se estén utilizando los recursos disponibles. En este punto nos encargaremos de la necesaria evaluación de los resultados para que un país determine si se está acercando o alejando de la cobertura universal.

El seguimiento tiene que centrarse en si las personas tienen acceso a los servicios sanitarios necesarios y los problemas financieros a los que se enfrentan al pagar por ellos. Parte de la información necesaria para realizar una evaluación exacta resulta difícil de obtener. Por ejemplo, aunque es relativamente fácil medir el porcentaje de personas que están cubiertas por un régimen específico de seguro médico, esto no es un indicador de la cobertura real, porque también nos gustaría conocer los porcentajes de los servicios necesarios y los costes que están cubiertos.

En los sistemas caracterizados por la combinación de servicios públicos y privados, financiados en parte por el seguro y en parte por los ingresos fiscales, la perspectiva puede ser compleja. En teoría, todo el mundo puede utilizar los servicios estatales, pero en la práctica, las personas de las zonas más alejadas puede que no tengan acceso físico a ellos o que no los utilicen si la calidad es deficiente o si ellos la consideran deficiente. De este modo,

identificar quién está realmente cubierto por los servicios financiados con fondos públicos puede ser difícil, incluso con datos fiables de encuestas a domicilio bien diseñadas.

En la Tabla 5.2 proponemos indicadores que han demostrado sistemáticamente su validez como factores probados de predicción de los grupos que están cubiertos y el alcance de la protección ofrecida frente a los riesgos financieros, la magnitud de los desembolsos y su influencia en los gastos catastróficos y el empobrecimiento de los hogares. Evidentemente, no cubren todos los efectos posibles del sistema de financiación sanitaria en la vida de las personas. Por ejemplo, quienes ya se encuentran en una situación de pobreza no se arruinarán por los pagos de salud, pero se hundirán aún más en la miseria. También se dispone de otros indicadores de los países que tienen la capacidad adicional de vigilancia, como el índice de pobres que se han empobrecido aún más por tener que pagar por los servicios sanitarios, pero aquí enumeramos un conjunto mínimo de indicadores que se utilizan generalmente (*6–8*)

Aquí no proponemos indicadores de la cobertura. Lo que nos gustaría conocer es la proporción de la población, desglosada por variables esenciales como la edad, el sexo y la situación socio-económica, que no tiene acceso a los servicios necesarios debido a las barreras económicas u otros obstáculos posibles. No obstante, la mayoría de los países no dispone de esta información y la oferta de servicios necesarios puede variar considerablemente en función de las distintas enfermedades o los patrones demográficos. Sugerimos que es posible que cada país quiera controlar un conjunto diferente de intervenciones para la cobertura efectiva. Todos los años se proporciona un posible conjunto de indicadores en las *Estadísticas sanitarias mundiales* (*9*) a pesar de que hacen referencia principalmente a los países de ingresos bajos, donde predominan las enfermedades transmisibles.

El flujo regular de datos en estas áreas, así como los descritos para el análisis de la situación en el Cuadro 5.1, dependerá de dos cosas:

- Un sistema de información sanitaria operativo que proporcione información sobre la cobertura de los que la necesitan, a ser posible desglosada por la edad, el sexo, el nivel socio-económico y otros indicadores de vulnerabilidad o privación. Esto requiere que los responsables de la gestión de los datos administrativos del sistema sanitario tengan buenas conexiones con los organismos nacionales de estadística.
- Un sistema de control de los flujos financieros. Las cuentas nacionales de salud proporcionan una información crucial, al igual que las encuestas intermitentes a los hogares, para medir el gasto de los pagos directos y la protección frente al riesgo financiero.

Los responsables políticos deben esforzarse para crear un sistema unificado de información financiera que no esté desglosado por programas, por la descentralización administrativa o por los niveles de protección de la población. Los problemas surgen cuando los fondos de los donantes para proyectos y programas llevan un seguimiento por sistemas paralelos de información financiera que no se comunican entre sí. También es vital obtener información de todos los participantes del sistema sanitario, tanto públicos como privados. En muchos países, los sistemas oficiales de

Tabla 5.2. **Seguimiento del seguro universal frente al riesgo financiero**

Objetivos y actuaciones	Indicadores asociados	Interpretación
1. Reunir fondos suficientes para la salud: ¿qué proporción de la población, de los servicios y de los gastos se puede cubrir?	1. Gasto sanitario total *per capita*	1. Debe estar asociado a las necesidades de la población, pero el requisito mínimo medio en todos los países de ingresos bajos se ha calculado en US$ 44 en 2009, llegando a los US$ 60 en 2015.
	2. Gasto sanitario total como un porcentaje del producto interior bruto	2. Esto también refleja la disponibilidad de los fondos, porque el gasto sanitario total y el PIB suelen aumentar con el PIB *per capita*. Los países de las Regiones de la OMS de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental se han fijado un objetivo del 4%, aunque éste podría no ser suficiente por sí sólo. Con este gasto, los 40 países, más o menos, de todo el mundo con un PIB *per capita* inferior a US$ 1000 no reunirían los niveles mínimos de necesidades de financiación.
	3. El gasto sanitario nacional como porcentaje del gasto total del gobierno[a]	3. Indica el compromiso del gobierno con la salud. Los países del África subsahariana se han fijado una meta de asignar el 15% del gasto público a la salud. Los Estados Miembros de la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental están debatiendo un objetivo del 8% del gasto público destinado al ministerio de sanidad.
	4. Gasto sanitario total de un gobierno como porcentaje del producto interior bruto	4. Indica la capacidad y la voluntad del gobierno de proteger a la población de los costes de la asistencia. Conseguir una cobertura casi universal por menos del 4-5% del PIB es difícil, aunque en el caso de muchos países de ingresos bajos y medios es un objetivo ambicioso a corto plazo y se tiene que planificar a largo plazo.
2. Los niveles de protección frente al riesgo financiero y la cobertura de los grupos vulnerables: una combinación de quién está cubierto y qué porcentaje de los gastos	5. Los desembolsos directos como porcentaje del gasto sanitario total, con información sobre qué grupos de población se ven más afectados	5. La evidencia empírica demuestra que esto está estrechamente relacionado con la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento por los pagos directos del propio bolsillo. Cuando los pagos directos por los servicios sanitarios y el gasto sanitario total son inferiores al 15-20% se producen pocas catástrofes financieras o empobrecimiento. Muchos países tienen todavía proporciones más elevadas y los países de la Región de la OMS del Pacífico Occidental han establecido un objetivo del 20-30%.
	6. Porcentaje anual de los hogares que sufren una catástrofe financiera por los pagos sanitarios directos, con información sobre los grupos de población que se ven más afectados	6. Lo ideal sería que se pudiera medir directamente, aunque el indicador 5 está muy relacionado con las catástrofes financieras.
	7. Porcentaje anual de los hogares que sufren empobrecimiento por los pagos sanitarios directos, con información sobre los grupos de población que se ven más afectados	7. El mismo comentario que para el indicador 6.
3. Eficiencia de la utilización de los recursos[b]	8. Precio medio al consumo de los medicamentos genéricos en comparación con el precio internacional de referencia	8. Cuando es superior a la proporción 1:1, existe una fuerte evidencia de posibles ahorros.
	9. Porcentaje del gasto sanitario público destinado a los costes fijos y los salarios, en comparación con los medicamentos y los suministros	9. Esto es más difícil de interpretar, aunque la mayoría de los países saben cuándo es demasiado alto, por ejemplo, cuando no hay fondos suficientes para comprar los medicamentos. En algunos casos esto podría reflejar la insuficiencia de los fondos, más que la ineficiencia.

[a] El gasto sanitario general del gobierno capta el gasto sanitario de los ingresos de las administraciones públicas para todos los ministerios, todos los niveles gubernamentales y el seguro obligatorio de enfermedad combinado.

[b] Es difícil establecer indicadores válidos, fiables y comparables de la eficiencia del sistema sanitario. Los dos indicadores son sólo ejemplos y los países tendrán que centrarse en otras áreas de falta de eficiencia que sean especialmente importantes en sus propios contextos. Los posibles indicadores son: reparto del gasto total entre la atención primaria y la hospitalaria; tasa de derivación desde el nivel de asistencia primaria al de asistencia especializada; uso de medicamentos genéricos frente al de fármacos de marca comercial; cirugía ambulatoria frente a hospitalización; y gastos administrativos generales.

información sanitaria recogen pocos datos del sector no gubernamental, lo que hace difícil tener una visión completa del estado de la salud y de los patrones de uso de la población.

Una agenda para la comunidad internacional

Si bien los países pueden hacer mucho por sí mismos siguiendo la agenda señalada anteriormente, la comunidad internacional tiene un papel fundamental que desempeñar en el apoyo a los países que requieren ayuda adicional. Los socios para el desarrollo tienen que:

Mantener los niveles de asistencia o aumentarlos hasta el nivel necesario

Sólo la mitad de los países que declaran su ayuda oficial al desarrollo (AOD) y los desembolsos a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se encuentran en el camino de alcanzar los objetivos con los que se han comprometido a nivel internacional. El resto de países no están cumpliendo sus promesas, algunos con mucha diferencia. Mientras que algunos donantes se han comprometido a mantener sus compromisos de asistencia para 2010 a pesar de la recesión económica mundial, otros han reducido o aplazado sus compromisos. Esto es un motivo de gran preocupación y es de esperar que los socios estén a la altura de las promesas hechas en París, Francia y Accra, Ghana.

Garantizar que la ayuda sea más previsible

Cuando los países no pueden depender de una financiación constante, es difícil planificar el futuro. Algunos países de ingresos bajos dependen de recursos externos para financiar dos tercios de su gasto sanitario total, haciendo que los flujos previsibles de ayuda sean de vital importancia. Los socios para el desarrollo pueden ayudar estructurando los acuerdos contributivos que escapan de los compromisos anuales tradicionales (ODA), como hicieron los donantes del comité de ayuda al desarrollo de la OCDE en Accra, Ghana, comprometiéndose a ciclos de financiación de entre tres y cinco años.

Innovar para complementar el gasto sanitario de las poblaciones pobres

Se ha logrado mucho en este ámbito, en particular, por la Fundación Millennium para la Financiación Innovadora de la Salud, que ha desarrollado recientemente mecanismos para que las personas realicen aportaciones voluntarias a la salud mundial cuando pagan los billetes de avión, las habitaciones de un hotel o el alquiler de automóviles por Internet. Se estima que la venta de bonos garantizados por los países donantes, emitidos en los mercados de capitales internacionales, ha recaudado US$ 2 mil millones desde 2006. Aunque estos sistemas han dado resultados prometedores, se podría hacer mucho más en este ámbito. Por ejemplo, se calcula que un impuesto mundial por las transacciones de divisas podría superar los US$ 33 mil millones al año (véase el Capítulo 2).

Apoyar a los países en sus programas sanitarios en lugar de imponer prioridades de política exterior

El centro de atención de muchos socios exteriores en algunos programas de alto perfil es contrario al espíritu de la Declaración de París, Francia, de 2003 sobre la eficacia de la ayuda, que tiene por objeto permitir a los países receptores formular y ejecutar sus planes nacionales de acuerdo con sus propias prioridades. Lo que se necesita aquí es una reorientación hacia las contribuciones financieras acordadas para planes nacionales de salud, en los que la cobertura y el seguimiento de los resultados se llevan a cabo a nivel nacional.

Canalizar los fondos a través de las instituciones y los mecanismos fundamentales para la cobertura universal

Algunos países receptores han argumentado que los donantes no están dispuestos a utilizar los sistemas que se supone que ellos están reforzando y que prefieren establecer y utilizar sistemas paralelos: canalización de los fondos a los países; comprar insumos, como medicamentos, equipos y servicios; y supervisar los resultados (*10*). Una manera de fortalecer los sistemas nacionales sería canalizar los fondos externos a través del mecanismo de mancomunación de riesgo propio del país receptor. Esto podría adoptar la forma de un apoyo a nivel sectorial, según el cual los donantes especificarían que su financiación es para el sector sanitario, pero permitirían que fueran los gobiernos quienes decidieran sobre su distribución, a través de programas y actividades o a través de consorcios de seguros médicos. Los socios para el desarrollo también deberán tratar de fortalecer la capacidad nacional de estas instituciones.

Proyectos locales de apoyo para utilizar los recursos de manera más eficiente

Reducir la duplicación en la canalización de los métodos y distintos ciclos de aplicación, vigilancia y presentación de informes. Los costes de las transacciones que imponen a los países son considerables. En 2009 hubo más de 400 misiones internacionales de salud en Viet Nam (*11*). En Rwanda, el gobierno tiene que informar sobre más de 890 indicadores de salud a distintos donantes, de los que 595 están relacionados únicamente con el VIH y la malaria (*12*).

Un ejemplo de eficiencia al reducir la duplicación y la fragmentación de los esfuerzos de la ayuda internacional

La entrega fragmentada de la ayuda internacional donada conlleva grandes gastos administrativos indirectos para los donantes y los receptores, una duplicación innecesaria y variaciones en la orientación de las políticas y normas de calidad a nivel del país. Es imprescindible que los principales donantes se comprometan a alinear sus esfuerzos para reducir la fragmentación de la canalización y recepción de los fondos en los países receptores. Más de 140 iniciativas mundiales relacionadas con la salud se están ejecutando en paralelo, derrochando los recursos y sometiendo a los países receptores a una enorme presión (*11*).

Conclusión

Este es un momento interesante para financiar la salud. Se están reformando dos sistemas sanitarios extensísimos, uno en China y el otro en los Estados Unidos de América, comprometidos previamente con la utilización de mecanismos de libre mercado como base de financiación. China está trasladando su gran sistema sanitario otra vez en la dirección hacia la cobertura universal, financiado en parte por los ingresos generales. En marzo de 2010, el Presidente Barack Obama firmó el proyecto de reforma de ley de los Estados Unidos de América que amplía la cobertura de la atención sanitaria a 32 millones de estadounidenses sin un seguro médico previo. Aunque este informe propugna de alguna manera la adopción del principio de universalidad, la introducción de la reforma de los umbrales de elegibilidad de Medicaid extiende la cobertura financiada con fondos públicos a 20 millones de personas que antes no lo estaban.

Las reformas de China y los Estados Unidos de América destacan en parte, por el tamaño de los sistemas involucrados, pero estos países no están solos en la reevaluación de su propuesta de financiación de la asistencia sanitaria. Tal y como ha puesto de manifiesto este informe, la reforma de la financiación sanitaria se está llevando a cabo en muchos países, a muchos niveles de desarrollo económico. Variará la manera en que cada uno se ocupe de los desafíos a los que se enfrente, pero los programas que satisfacen más las necesidades de sus poblaciones incluirán algún tipo de prepago y mancomunación.

Pero más allá de esta verdad fundamental, no hay ninguna fórmula establecida para lograr la cobertura universal. Las respuestas de los países a los retos se determinarán en parte por sus propias historias y por la manera en que se hayan diseñado sus sistemas de financiación sanitaria, así como por las preferencias sociales en relación con los conceptos de solidaridad (*13*). Tan variadas como puedan ser las respuestas, se llevarán a cabo enfrentándose a las mismas presiones complejas. Hacer caso omiso de esas presiones sería fracasar en una de las tareas más importantes del gobierno, proporcionar asistencia sanitaria accesible para todos.

Cada país puede hacer algo para acercarse a la cobertura universal o mantener lo que ha logrado. Aunque la tarea pueda parecer desalentadora, los responsables políticos pueden obtener el ánimo observando a los muchos países que les han precedido en la lucha por establecer un sistema de cobertura universal y estas batallas están bien documentadas. Hay lecciones que aprender. Una de ellas hace referencia a la importancia de la solidaridad social, expresada a través del compromiso político, un tema que hemos retomado varias veces en este informe. Sería una simplificación extrema afirmar que la reforma siempre ha funcionado en aquellos países en los que existe una demanda desde la sociedad y una participación activa, pero esta coincidencia se ha producido con tanta frecuencia que bien merece una reflexión.

En Tailandia, fue uno de los factores que impulsaron el desarrollo del sistema de cobertura universal que proporcionó la atención sanitaria a los millones de tailandeses que, previamente, tenían que hacer frente a los pagos de su propio bolsillo o renunciar al tratamiento. Ninguna de estas opciones habría funcionado con Narin Pintalakarn mientras yacía entre los restos de su motocicleta el sábado 7 de octubre de 2006. Por suerte para Narin, hubo una tercera opción. Dependía de millones de contribuyentes, un centro especializado en traumatología situado a sólo 65 km de donde se estrelló y un cirujano con muchos años de experiencia. Ese día, todos los números estuvieron de parte de Narin. Y la unión hizo la fuerza. ■

Bibliografía

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework.* Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).
5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003,12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006,368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010.* Geneva, World Health Organization, 2010.
10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently.* World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all.* Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691