2 Más dinero para la salud

22 Mensajes importantes
23 Recaudación de recursos para la salud
24 Pero ¿cuánto cuesta la cobertura universal?
25 Garantizar una participación equitativa en el gasto público total en salud
28 Diversificación de las fuentes nacionales de ingresos
30 Búsqueda de fuentes de financiación interna para la salud
34 Ayuda económica exterior
36 Efecto de la crisis económica sobre la ayuda al desarrollo
38 Conclusión

Mensajes importantes

- Ningún país ha sido capaz todavía de garantizar el acceso inmediato de todas las personas a todos los servicios que podrían mantener o mejorar su salud. Todos se enfrentan a las limitaciones de recursos de uno u otro tipo, si bien esto es más crítico en los países de ingresos bajos.
- Todos los países podrían recaudar más fondos nacionales para la salud o diversificar sus fuentes de financiación si así lo desearan.
- Las opciones incluyen que los gobiernos den mayor prioridad a la salud en sus asignaciones presupuestarias, recauden los impuestos o cotizaciones a la seguridad de manera más eficiente y reúnan fondos adicionales a través de los distintos tipos innovadores de financiación.
- Los impuestos sobre productos perjudiciales como el tabaco y el alcohol son una de esas opciones: reducen el consumo, mejoran la salud y aumentan los recursos que los gobiernos pueden gastar en la salud.
- A pesar de estas innovaciones, la mayoría de los países más pobres tendrán que aumentar las contribuciones de los donantes durante un periodo considerable de tiempo. Los países donantes también pueden recaudar más fondos de manera innovadora para dirigirlos a los países más pobres, pero también deberán hacer más esfuerzos para cumplir con los compromisos internacionales establecidos para la asistencia oficial al desarrollo (AOD) y para proporcionar flujos de ayuda más previsibles y a largo plazo.

2

Más dinero para la salud

Recaudación de recursos para la salud

En 2009, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) anunció que el Servicio Nacional de Salud no podía ofrecer algunos medicamentos costosos para el tratamiento del cáncer renal, ya que no eran rentables (*1*). Los recortes provocaron cierto disgusto entre la población (*2*), pero fueron defendidos por el instituto como parte de los difíciles cambios, aunque necesarios, para racionar los recursos y establecer prioridades (*3*). El hecho es que los nuevos medicamentos y las nuevas tecnologías terapéuticas surgen mucho más rápido que los nuevos recursos financieros.

Todos los países, ricos y pobres, luchan por obtener los fondos necesarios para pagar los servicios sanitarios que sus poblaciones necesitan o demandan (que a veces son diferentes). Ningún país, al margen de su riqueza, puede ofrecer a su población entera todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida. No obstante, mientras que los sistemas sanitarios de los países ricos pueden enfrentarse a limitaciones presupuestarias, a menudo exacerbadas por la doble presión del envejecimiento de la población y la disminución de la población activa, el gasto sanitario sigue siendo relativamente alto. Los Estados Unidos de América y Noruega gastan más de US$ 7000 por habitante al año; Suiza, más de US$ 6000. Los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en su conjunto gastan una media de US$ 3600. En el otro extremo de la escala de ingresos, algunos países presentan dificultades para garantizar el acceso incluso a los servicios más básicos: 31 de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) gastan menos de US$ 35 por persona al año y cuatro de ellos gastan menos de US$ 10, aun incluyendo las contribuciones de los socios externos (*4*).

Pero en todos los países cabe la posibilidad de ampliar la protección frente al riesgo financiero y el acceso a los servicios sanitarios de una manera más equitativa. Rwanda, con un ingreso nacional por habitante de alrededor de US$ 400, ofrece a sus ciudadanos un conjunto de servicios básicos a través de un sistema de seguros médicos a un precio de sólo US$ 37 *per capita* (*4*). Rwanda no sólo se beneficia del apoyo financiero de la comunidad internacional de donantes, sino que el gobierno también asigna el 19,5% de su gasto total anual a la salud (*4*). Hay 182 Estados Miembros de la OMS con un nivel del producto interior bruto (PIB) por habitante comparable o superior (en algunos casos, muy superiores) al de Rwanda y, sin embargo, muchos se encuentran muy lejos de la cobertura sanitaria universal (*4*). Esto tiene que cambiar. Con unas pocas excepciones, los países no tienen motivo alguno para retrasar la mejora del acceso a los servicios sanitarios de calidad, al mismo tiempo que aumentan la protección del riesgo financiero. Esto costará dinero y los gobiernos deben empezar a pensar cuánto se necesita y de dónde provendrá.

Cuadro 2.1. **Tailandia restablece el límite de cobertura de la asistencia sanitaria**

Cuando en 2002 Tailandia presentó su plan de cobertura universal, que entonces se llamaba «el plan de los 30 baht», se ofreció una atención médica integral, que no sólo incluía lo básico, sino también servicios como radioterapia, cirugía y cuidados intensivos para accidentes y urgencias. Sin embargo, no cubría la diálisis. «Existía la preocupación de que (la diálisis) sobrecargara el sistema, puesto que los mayores riesgos para la salud responsables de las enfermedades renales, como la diabetes y la hipertensión, aún no estaban bien controlados», afirma el Dr. Prateep Dhanakijcharoen, Secretario General Adjunto de la Oficina de Seguridad para la Salud de Tailandia que dirige el programa. La diálisis es cara. La hemodiálisis cuesta en Tailandia unos 400 000 baht (US$ 12 000) por paciente al año, cuatro veces más que el umbral de los 100 000 baht al año, ajustado a la calidad de vida y establecido por la oferta de prestaciones del departamento del ministerio de sanidad para los medicamentos y los tratamientos incluidos en el programa.

Dicho esto, Dhanakijcharoen considera que el plan debería haber cubierto la enfermedad renal desde el principio. Esta opinión es compartida por el Dr. Viroj Tangcharoensathien, Director del Programa de Política Internacional de Salud del Ministerio de Salud Pública. Para Tangcharoensathien era simplemente una cuestión de justicia: «En Tailandia hay tres sistemas de asistencia sanitaria». «El plan por sí mismo no incluía la diálisis. Mientras tanto, la mitad de esas personas incluidas en el programa se encuentran en la quinta parte más pobre de la economía tailandesa». Otras personas compartían su sensación de injusticia, como Subil Noksakul, un paciente de 60 años de edad, quien gastó los ahorros de toda su vida en la diálisis durante un periodo de 19 años. «Una vez conseguí ahorrar 7 millones de baht», dice, «pero mis ahorros han desaparecido». En 2006, Noksakul fundó el Thai Kidney Club, que ha permitido a los pacientes con afecciones renales tener un mayor conocimiento sobre sus derechos y ha ejercido presión sobre el Ministerio de Sanidad para que ofrezca el tratamiento. Finalmente, en octubre de 2008, el entonces Ministro de Sanidad, Mongkol Na Songkhla, incluyó la diálisis en el programa.

Fuente: Pasaje extraído de (*5*).

Pero ¿cuánto cuesta la cobertura universal?

La cobertura universal no es un concepto que sirva para todo, ni la cobertura para todo el mundo significa, necesariamente, cobertura para todo. Como se describe en el Capítulo 1, avanzar hacia la cobertura universal significa encontrar la mejor manera de ampliar o mantener la cobertura en tres dimensiones fundamentales: quiénes reciben cobertura con los fondos mancomunados, qué servicios se cubren y qué parte del coste se cubre. Dentro de ese amplio marco, los responsables políticos deben decidir cómo se recaudarán y administrarán los fondos.

Tailandia ofrece medicamentos recetados, atención ambulatoria, hospitalización, prevención de enfermedades y promoción de la salud de forma gratuita a los pacientes, junto con servicios médicos más costosos, como la radioterapia y la quimioterapia para el tratamiento del cáncer, intervenciones quirúrgicas y cuidados intensivos en casos de accidente y urgencias. Todo esto lo logra por sólo US$ 136 por habitante, menos que el gasto medio en salud de los países de ingresos bajos o medios, que se sitúa en US$ 153 (*4*). Pero Tailandia no ofrece cobertura para todo. Hasta hace poco tiempo, el límite estaba, por ejemplo, en la diálisis en los casos de insuficiencia renal terminal (Cuadro 2.1). Otros países establecerán otros límites.

Para saber hasta qué punto se puede ampliar la cobertura en cualquiera de las tres dimensiones, se debe tener una idea de lo que cuestan los servicios. En 2001, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud estimó que se podría disponer de servicios básicos por unos US$ 34 por persona (*6*), casi lo que Rwanda gasta actualmente. No obstante, los cálculos no incluyeron el coste total de los antirretrovirales o del tratamiento de enfermedades no transmisibles; tampoco se tuvieron totalmente en cuenta las inversiones que se podrían necesitar para fortalecer un sistema de salud con el fin de extender la cobertura a las zonas aisladas.

Una estimación más reciente del coste de los servicios sanitarios fundamentales, realizada por la OMS para el Grupo de Trabajo de Expertos para la Innovación en la Financiación Internacional de los Sistemas Sanitarios, sugiere que los 49 países de ingresos bajos encuestados necesitarían gastar una media (no ponderada) menos de US$ 44 por habitante en 2009, aumentando a un poco más de US$ 60 dólares por habitante para el año 2015 (*7*). Esta estimación incluye el gasto de ampliación de los sistemas sanitarios para que puedan ofrecer todo el conjunto de intervenciones especificadas, entre ellas, las orientadas a las enfermedades no transmisibles y a las afecciones señaladas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Sin embargo, estas cifras son tan sólo un promedio (no ponderado) de los 49 países en esos dos puntos temporales. Las necesidades reales variarán según el país: cinco de los países de ese estudio tendrán que gastar más de US$ 80 por habitante en 2015, mientras que seis de ellos necesitarán gastar menos de US$ 40 [a].

Esto no significa que los 31 países que gastan menos de US$ 35 por persona en salud tengan que abandonar los esfuerzos para recaudar los fondos necesarios para acercarse a la cobertura sanitaria universal; pero tendrán que adaptar su expansión a sus recursos. También significa que, si bien la recaudación de fondos adicionales a nivel nacional está dentro de sus posibilidades, como veremos en los próximos dos apartados, también necesitarán ayuda externa en un futuro inmediato. Incluso con niveles altos de crecimiento interno y con presupuestos nacionales que dan prioridad a la salud, sólo ocho de los 49 países tienen alguna posibilidad de financiar el nivel necesario de servicios con recursos nacionales en 2015 (*7*).

Muchos países más ricos también necesitarán recaudar fondos adicionales para satisfacer las demandas de salud en constante evolución, impulsadas en parte por el envejecimiento de la población y los nuevos medicamentos, procedimientos y tecnologías que se están desarrollando para ello. Un aspecto clave en esta compleja cuestión es la disminución de la población en edad de trabajar de algunos países. Los responsables políticos se verán forzados a pensar en fuentes alternativas de financiación, debido a las contribuciones cada vez más limitadas de los impuestos sobre la renta o de las deducciones salariales de los seguros médicos (impuestos sobre la nómina).

En términos generales, hay tres maneras de recaudar fondos adicionales o de diversificar las fuentes de financiación: la primera es hacer que la salud tenga una mayor prioridad en el gasto actual, en especial en los presupuestos del gobierno; la segunda es encontrar fuentes de financiación nacional nuevas o diversificadas; y la tercera es aumentar el apoyo financiero externo. Revisaremos estas opciones una por una, siendo las dos primeras de importancia para los países en todas las etapas de desarrollo, ricos o pobres. El capítulo concluye considerando la ayuda al desarrollo para la salud de los países de ingresos bajos y medios.

Garantizar una participación equitativa en el gasto público total en salud

Incluso en los países donde la ayuda externa es importante, su contribución suele ser mucho menor que el dinero dedicado a la salud que se recauda a nivel nacional. Por ejemplo, la contribución media (no ponderada) de fuentes externas de los países de ingresos bajos en 2007 fue algo inferior al 25% del gasto sanitario total; el resto provino de fuentes internas (*4*). Por lo tanto, es fundamental mantener y, de ser necesario, aumentar los recursos

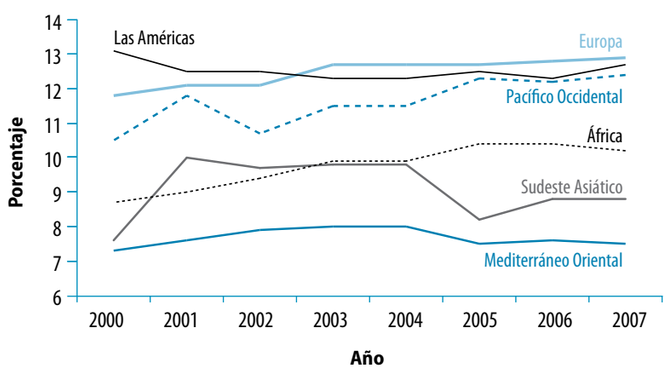
nacionales para la salud, incluso en los países más pobres (*8*). Esto resulta igual de importante en escenarios con mayores ingresos.

Los gobiernos financian las mejoras sanitarias tanto directamente, a través de inversiones en el sector de la salud, como indirectamente, a través del gasto en determinantes sociales como la reducción de la pobreza o la mejora de los niveles de la educación femenina. Aunque toma sólo el componente directo, la proporción del gasto total destinado al sector sanitario ofrece información importante sobre el valor que asignan los gobiernos a la salud, algo que varía mucho entre un país y otro. La Figura 2.1 muestra la participación media del gasto público en salud por regiones de la OMS para el periodo comprendido entre 2000 y 2007 (último año del que hay datos disponibles). Las cifras incluyen las contribuciones de los socios externos, canalizadas a través de los presupuestos del gobierno, tanto en el numerador como en el denominador, puesto que pocos países las publican por separado.

En promedio, los gobiernos de las regiones de las Américas, de Europa y del Pacífico Occidental destinan una cantidad mayor a la salud que el resto de regiones. El conjunto de los países africanos está aumentando su compromiso con la salud, así como los países de las regiones de Europa y del Pacífico Occidental. En el Sudeste Asiático, la prioridad relativa que se da a la salud se redujo entre 2004 y 2005, pero está aumentando de nuevo; mientras que los gobiernos de la Región del Mediterráneo Oriental han reducido su participación asignada a la salud desde 2003.

Parte de la variación entre regiones se puede explicar por las diferencias de riqueza de los países. En general, la salud exige una mayor proporción del gasto público total a medida que los países son más ricos. Chile es un buen ejemplo, ya que ha aumentado su proporción del gasto público en salud del 11% en 1996 al 16% una década más tarde, durante un período de fuerte crecimiento económico (*9*).

Figura 2.1. **Gasto público sanitario como porcentaje de los gastos totales de los gobiernos por regiones de la OMS, 2000–2007[a]**



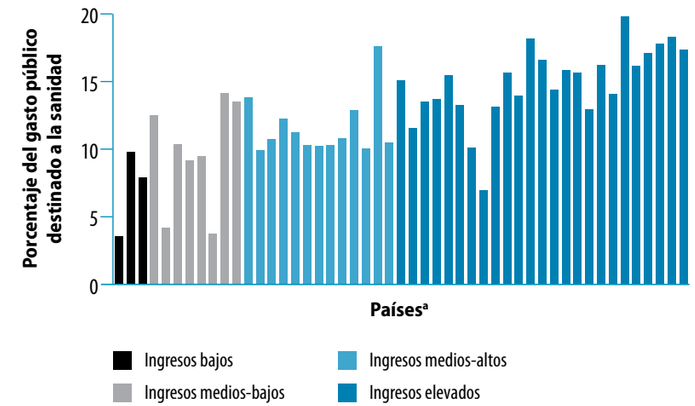
[a] Medias no ponderadas. El gasto público sanitario incluye el gasto en salud realizado por todos los ministerios y todos los niveles del gobierno. También incluye el gasto de las cotizaciones de la Seguridad Social obligatorias.
Fuente: (*4*).

Pero la riqueza relativa de un país no es el único factor en juego. Las variaciones sustanciales entre países con niveles de ingresos similares indican diferentes niveles de compromiso del gobierno correspondiente con la salud de su país. Esto puede ilustrarse de muchas maneras, pero aquí citamos a la Oficina Regional para Europa de la OMS, que cuenta con países de todos los niveles de ingresos. En la Figura 2.2, el eje de ordenadas muestra el porcentaje de gasto público total asignado a la salud y las barras del eje de abscisas representan los países de esa región, ordenados de menor a mayor nivel de producto interior bruto por habitante.

Las asignaciones presupuestarias para la salud en la Región de Europa de la OMS varían desde un mínimo del 4% del gasto público total hasta casi el 20%. Es importante destacar que, a pesar de que la prioridad dada a la salud en los presupuestos generales de los gobiernos suele aumentar con los ingresos nacionales, algunos gobiernos optan por asignar una gran parte de su gasto total a la salud, a pesar de contar con unos niveles de renta nacional relativamente bajos; mientras que otros que son relativamente ricos asignan porcentajes menores a la salud.

Este patrón también se puede observar a escala mundial. A pesar de que los compromisos gubernamentales respecto a la salud tienden a aumentar cuanto mayores son los niveles de renta nacional, algunos países de bajos ingresos destinan a la salud un mayor porcentaje del gasto público total que sus homólogos de altos ingresos: 22 países de ingresos bajos en todo el mundo destinaron más del 10% a la salud en 2007, mientras que, por otra parte, 11 países de ingresos altos asignaron menos del 10%.

Figura 2.2. **Parte del gasto público total asignado a la salud en la Región Europea de la OMS en 2007**



[a] Ordenado por PIB/habitante.
Fuente: (*4*).

Aunque la Región de África no registra el resultado más bajo en la Figura 2.1, el nivel relativamente bajo de inversión nacional en salud de algunos de sus países es motivo de preocupación, ya que es en el África subsahariana donde el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha sido más lento (*10*, *11*). En 2007, sólo tres países africanos (Liberia, Rwanda y Tanzania) habían cumplido con la Declaración de Abuja, Nigeria, de 2001, en la que los líderes africanos se comprometieron a «establecer la meta de asignar al menos el 15% de sus presupuestos anuales a la mejora del sector sanitario» (*12*). Lamentablemente, en 2007, 19 países africanos destinaron para la salud una cuota de los presupuestos totales del gobierno inferior a la destinada antes de la Declaración de Abuja, Nigeria (*4*).

Los gobiernos tienen, por consiguiente, la opción de volver a examinar las prioridades del presupuesto teniendo presente el tema de la salud. Aunque las necesidades de financiación varían en función de las diferencias en los costes, las estructuras de población por edades y los patrones de enfermedad, muchos gobiernos de países ricos y pobres podrían asignar a la salud muchos más recursos disponibles. Los beneficios podrían ser considerables. En conjunto, los países de ingresos bajos podrían recaudar para la salud (al menos) unos US$ 15 mil millones al año procedentes de fuentes nacionales, aumentando al 15% el presupuesto para sanidad del gasto público total (neto de los ingresos por ayuda exterior). El aumento de financiación de estos mismos países entre 2009 y 2015 sería de unos US$ 87 mil millones de dólares estadounidenses (*7*).

Los motivos por los que los países no dan prioridad a la salud en sus presupuestos son de muy diversa índole: fiscales, políticos y otros, tal vez,

vinculados a la percepción en los ministerios de economía de que los ministerios de sanidad no son eficientes. Además, la prioridad presupuestaria que los gobiernos dan a la salud refleja el grado en el que quienes están en el poder cuidan, o están obligados a cuidar, de la salud de su pueblo. Ocuparse de la cobertura sanitaria universal también significa tratar con los pobres y los marginados, quienes a menudo están políticamente privados de sus derechos y carecen de representación.

Esta es la razón por la que es tan importante que la salud sea un tema político clave y por la que la sociedad civil, unida por los eminentes defensores de la cobertura universal, puede contribuir a que los políticos sitúen la financiación sanitaria para la cobertura universal en una posición prioritaria dentro de su agenda política (*13*). Mejorar la eficiencia y la transparencia también puede convencer a los ministerios de economía y, cada vez más, a los donantes, de que el aumento de los fondos será bien utilizado (retomaremos este tema en el Capítulo 4).

Aprender el lenguaje de los economistas y el tipo de argumentos que los convenza de la necesidad de financiación adicional también puede ayudar a los ministerios de sanidad a negociar con un ministerio de economía. Asimismo, les ayuda a comprender la complejidad de los cambios en la manera de financiar la salud y también a aprovechar las oportunidades que surgen. Por ejemplo, es importante que los ministerios de salud den seguimiento a las negociaciones entre las agencias externas o donantes y el ministerio de finanzas con respecto al alivio de la deuda y al apoyo al presupuesto general (*14–16*). Se requiere que no solo comprendan estos procesos pero también que puedan discutir y negociar de manera informada con el ministro de finanzas para copartir los fondos disponibles.

Diversificación de las fuentes nacionales de ingresos

Hay dos formas fundamentales de aumentar los fondos nacionales para la salud: una es asignar una mayor cantidad de los recursos financieros existentes a la salud, tal como se comentó en la sección anterior y la otra es encontrar nuevos métodos para recaudar fondos o para diversificar las fuentes.

Una recaudación de impuestos y de contribuciones de seguros más eficiente aumentaría los fondos adicionales de manera eficaz. Mejorar la recaudación de impuestos es algo que todos los países podrían tener en cuenta, aunque puede ser problemático para muchos países de bajos ingresos con grandes sectores informales (*17*). Sin embargo, esto no significa que no se pueda hacer. A pesar de tratarse de una tarea compleja y, a menudo, de enormes proporciones, se han registrado mejoras en la recaudación de impuestos en varios escenarios, incluso en países con un gran sector informal; siendo Indonesia un ejemplo notable (Cuadro 2.2).

El tipo de reforma emprendido por Indonesia requiere inversiones y un nivel de tecnología e infraestructuras más allá del alcance de algunos países. También requiere mejorar la recaudación de impuestos de las corporaciones, no sólo de los individuos. De nuevo, esto puede resultar problemático en

países de ingresos bajos que acogen industrias extractivas. El bajo cumplimiento de los pocos grandes contribuyentes puede ocasionar considerables pérdidas de ingresos.

La creciente globalización y la colocación de activos corporativos en el exterior, a menudo en paraísos fiscales, aumentan la probabilidad de pérdida de ingresos tributarios, ya sea de forma no intencionada, a través de lagunas jurídicas, o mediante el uso ilegal de cuentas ocultas por parte de los particulares. Actualmente, todos los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos aceptan el Artículo 26 de su convenio tributario, que abarca el intercambio de información, y se han firmado más de 360 acuerdos de intercambio de información fiscal (*19*). Se espera que en el futuro las corporaciones mundiales y las instituciones financieras a su servicio sean más transparentes en las negociaciones, y que los países de acogida consigan un reparto más equitativo de los ingresos fiscales, algunos de los cuales, con suerte, se destinarán al gasto sanitario.

Pero el cumplimiento tributario también se puede fomentar cuando los ciudadanos creen estar recibiendo un buen trato por parte de los gobiernos. Un estudio de 2009 concluyó que, si bien la amenaza de la detección y el castigo fue un factor clave en el cumplimiento, la percepción de la calidad de la gestión del gobierno también fue importante (*20*). El cumplimiento fue notablemente mayor en Botswana, donde los servicios gubernamentales se perciben como buenos, y más bajo en algunos países vecinos, donde la calidad de los servicios públicos se percibe como más baja.

A corto plazo, los países de ingresos bajos con grandes economías informales tenderán a centrarse en los impuestos relativamente fáciles de recaudar, como los que se gravan sobre los empleados y a las empresas del sector formal, los derechos de importación o exportación de diversos tipos y el impuesto sobre el valor añadido (IVA) (*21*). Ghana, por ejemplo, cumple con el 70–75% de las necesidades de financiación para su Plan Nacional de Seguro Médico con fondos reunidos de impuestos generales, especialmente a través de un gravamen del 2,5% para el seguro médico nacional en el IVA, que asciende al 12,5%. El resto de la financiación proviene de otros fondos públicos y de socios para el desarrollo, mientras que las primas, las fuentes tradicionales de ingresos para el seguro, sólo suponen el 3% del ingreso total. El Plan Nacional de Seguro Médico basado en el IVA ha podido sustentar un aumento

Cuadro 2.2. **Indonesia aumenta los ingresos fiscales fomentando el cumplimiento**

Incluso antes de la crisis asiática de 1997–1998, la recaudación de impuestos no procedentes del petróleo en Indonesia fue en descenso, alcanzando un mínimo de un 9,6% del PIB en el año 2000. El régimen de política fiscal era complicado y la administración fiscal débil. A finales de 2001, el Ministerio de Hacienda decidió simplificar el sistema tributario y su administración. El objetivo era fomentar el cumplimiento voluntario, mediante el cual los contribuyentes se autoevaluarían y, a continuación, pagarían el impuesto sobre la renta declarada. El cumplimiento voluntario suele constituir el 90% del total de ingresos fiscales para un país y representa una línea de menor resistencia para los gobiernos que buscan mejorar los ingresos fiscales. Por el contrario, la recaudación obligatoria suele ser ardua, intensa en cuanto a trabajo y capital, y aporta un rendimiento relativamente bajo.

Este ministerio elaboró leyes y normativas claras, accesibles y que se aplicaron de forma coherente, y adoptó una política de tolerancia cero contra la corrupción. El Ministerio de Hacienda también introdujo procedimientos para resolver las disputas de forma rápida, barata e imparcial, y fomentó la transparencia, haciendo que todas las medidas adoptadas por la administración tributaria estuvieran sujetas al escrutinio público. Se mejoró el rendimiento y la eficiencia, en parte por la digitalización de un proceso que, previamente, se realizaba en papel. Siguieron los resultados positivos, con el aumento de la recaudación fiscal del 9,9% al 11% del PIB no relacionado con el petróleo, en los cuatro años siguientes a su implantación. Los ingresos fiscales adicionales se tradujeron en que el gasto general del gobierno podía aumentarse y el gasto sanitario se incrementó más rápidamente que otros.

Fuente: (*18*).

en el gasto sanitario total a través de fondos mancomunados generados a nivel nacional. Al mismo tiempo, ha disminuido la dependencia hacia el sistema de pagos directos, tales como las cuotas de usuario, como fuente de financiación (*22*).

Chile, un país de ingresos medio-altos, también presentó en el año 2003 un aumento del 1% en el IVA para financiar la salud. Incluso los países más ricos se ven obligados a diversificar sus fuentes de financiación, alejándose de las formas tradicionales del impuesto sobre la renta y las deducciones del seguro en los salarios. Una población que envejece implica un menor porcentaje de personas que trabajan y, por consiguiente, unas contribuciones basadas en los salarios que no llegan a cubrir todos los costes de la asistencia sanitaria. Alemania, por ejemplo, ha comenzado hace poco a inyectar dinero de los impuestos generales al sistema de la Seguridad Social a través de un nuevo fondo central llamado el *Gesundheitsfond.* Durante 30 años, el sistema de seguro médico francés ha sido financiado en parte por la *Contribution sociale généralisée,* que incluye gravámenes sobre bienes inmuebles y ganancias de capital, además de las formas más tradicionales de ingresos como los impuestos sobre la renta (*23*).

Búsqueda de fuentes de financiación interna para la salud

La comunidad internacional ha adoptado, desde el año 2000, varias medidas importantes para recaudar fondos adicionales con el fin de mejorar la salud en los países pobres. Estas medidas se describen aquí brevemente porque también ofrecen ideas a los países para recaudar fondos nacionales.

Una de las primeras medidas tomadas fue la tasa sobre el billete aéreo utilizada para financiar Unitaid, un servicio mundial de compra de medicamentos para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (*24*, *25*). Hasta la fecha, ha proporcionado casi mil millones de dólares estadounidenses que, en combinación con la ayuda para el desarrollo más tradicional, ha permitido que Unitaid financie proyectos en 93 países, por un total de US$ 1,3 mil millones de dólares desde 2006 (*26*). Al mismo tiempo, el poder adquisitivo de Unitaid ha dado lugar a importantes descensos en los precios de determinados productos, lo que a su vez ha aumentado las cantidades disponibles para mejorar la salud. Más recientemente, la Fundación Millenium para la Financiación Innovadora para la Salud lanzó una recaudación solidaria, llamada MassiveGood, con la que las personas pueden complementar los fondos Unitaid a través de contribuciones voluntarias cuando compran productos relacionados con los viajes y el turismo (*27*, *28*).

Se estima que la venta de bonos garantizados por los países donantes y emitidos en los mercados de capitales internacionales ha recaudado más de US$ 2 mil millones desde 2006 (*29*). Estos fondos se dirigen al Servicio Financiero Internacional para la Inmunización, vinculado a la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (GAVI). Los gobiernos de ocho países han comprometido los fondos necesarios para pagar estos bonos a su vencimiento, si bien el que los resultados de este mecanismo se conviertan en recursos adicionales obtenidos para la salud mundial dependerá, básicamente, de que los pagos se consideren parte del desembolso previsto para ayudas futuras o sean adicionales al mismo. No obstante, al menos permiten que las ayudas se entreguen de inmediato y no de forma aplazada.

Más recientemente, el Grupo de Trabajo de Expertos para la Innovación en la Financiación Internacional de los Sistemas de Salud examinó una oferta más amplia de opciones para complementar la financiación bilateral tradicional de ayuda (*30*). El grupo de trabajo concluyó que un impuesto sobre las transacciones monetarias tiene el potencial de recaudar la mayor cantidad de dinero a nivel mundial: una suma anual de más de US$ 33 mil millones; pero también recomendó otras opciones adicionales (*30*, *31*).

Estos avances han ayudado a identificar nuevas fuentes de financiación y han mantenido el impulso de una mayor solidaridad internacional en la financiación de la salud. Sin embargo, los debates sobre una financiación innovadora han ignorado hasta el momento las necesidades que tienen los países de encontrar nuevas fuentes internas de financiación para su propio uso: los países de ingresos bajos y medios, que simplemente necesitan recaudar más, y los países de ingresos altos, que deben innovar ante las cambiantes necesidades, demandas y modalidades de trabajo dentro del sector sanitario.

Como ayuda a este análisis, en la Tabla 2.1 se proporciona una lista de opciones para los países que tratan de aumentar o diversificar las fuentes nacionales de financiación, según el trabajo citado anteriormente. No todas las opciones se podrán aplicar en todos los contextos, y las posibilidades de generar ingresos de las que sí se apliquen variarán según el país, aunque hacemos algunas sugerencias sobre el nivel previsible de financiación que podría obtenerse en el plano nacional. Por ejemplo, aunque el impuesto a las transacciones de divisas propuesto por el grupo de trabajo de expertos tiene el potencial de recaudar grandes cantidades de dinero, las transacciones y los productos financieros en los que se basaría se concentran en los países de mayores ingresos. De hecho, 10 países de ingresos altos representan el 85% del mercado de divisas tradicional (*35*). Los volúmenes de transacciones son mínimos en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, por lo que esta tasa en particular no es aplicable a la mayoría de ellos. Hay algunas excepciones: la India tiene un mercado de moneda extranjera importante, con una facturación diaria de US$ 34 mil millones (*35*). Una tasa del 0,005% sobre las transacciones de divisas en este volumen de comercio podría darle a la India cerca de US$ 370 millones al año, si decide ponerla en práctica.

Los llamados «impuestos solidarios» sobre bienes y servicios específicos constituyen otra opción prometedora, que ofrece una probada capacidad para generar ingresos, con costes de administración relativamente bajos y sostenibilidad. Con el apoyo político, pueden aplicarse rápidamente. La tasa solidaria obligatoria sobre los billetes de avión, por ejemplo, podría requerir entre 2 y 12 meses para su aplicación (*30*).

La introducción de mecanismos relacionados con los impuestos puede ser políticamente sensible y siempre habrá grupos particulares de interés que opondrán resistencia a los mismos. Por ejemplo, un impuesto sobre las transacciones en divisas puede ser percibido como un freno para el sector bancario o como una falta de incentivo para los exportadores e importadores. Cuando en 2009 Gabón estableció un impuesto sobre las transferencias de dinero para recaudar fondos que subvencionaran la asistencia sanitaria de los grupos de bajos ingresos, algunas personas protestaron al considerarlo una restricción al comercio. Sin

Tabla 2.1. **Opciones nacionales para la financiación innovadora**

Opciones	Potencial de recaudación de fondos[a]	Supuestos/ejemplos	Comentarios
Tasa especial sobre las grandes empresas rentables: un impuesto/tasa que se impone a algunas de las grandes empresas económicas en el país	$$-$$$	Australia ha impuesto recientemente una tasa a las compañías mineras; Gabón ha introducido un impuesto sobre empresas de telefonía móvil; Pakistán aplica desde hace mucho tiempo un impuesto sobre las empresas farmacéuticas	Específico del contexto
Tasa sobre las transacciones de divisas: un impuesto sobre las transacciones de divisas en los mercados de divisas	$$-$$$	Algunos países de ingresos medios con importantes mercados de transacción de divisas podrían recaudar nuevos e importantes recursos	Es posible que deba coordinarse con otros mercados financieros, si se realiza a gran escala
Bonos diáspora: bonos del gobierno a la venta para los ciudadanos residentes en el extranjero	$$	Reduce el coste de endeudamiento del país (descuento patriótico); se han utilizado en la India, Israel y Sri Lanka, aunque no necesariamente para la salud	Para países con una población importante fuera del país
Impuesto sobre las transacciones financieras: un impuesto a todas las transacciones de cuentas bancarias o en las transacciones de los giros	$$	En la década de los 90 hubo un impuesto bancario en Brasil sobre las transacciones bancarias, aunque posteriormente fue sustituido por un impuesto sobre los flujos de capital hacia y desde el país; Gabón ha aplicado una tasa sobre las transacciones de los giros	Parece que ha habido una mayor oposición de los grupos de interés hacia este impuesto que respecto a otros (*32*)
Aportación solidaria con los teléfonos móviles: contribuciones solidarias que permiten que las personas y las empresas realicen donaciones voluntarias a través de su factura mensual de teléfono móvil	$$	El mercado mundial de servicios de telefonía móvil de contrato es de US$ 750 mil millones; así es que, con sólo percibir el 1% del mismo, se recaudaría una gran cantidad de dinero. Puede ser importante para países de todos los niveles de ingresos (*33*)	Los gastos de establecimiento y funcionamiento podrían ser entre el 1 y el 3% de los ingresos (*33*)
Impuesto al consumo de tabaco: un impuesto al consumo sobre los productos del tabaco	$$	Estos impuestos al consumo sobre el tabaco y el alcohol existen en la mayoría de los países, pero existe un amplio margen para aumentarlos en muchos de ellos, sin causar una caída de los ingresos	Reduce el consumo de tabaco y alcohol, lo que tiene un impacto positivo en la salud pública
Impuesto al consumo de alcohol: un impuesto al consumo sobre las bebidas alcohólicas			
Impuestos al consumo sobre los alimentos poco saludables (azúcar, sal): un impuesto especial sobre productos alimenticios e ingredientes poco saludables	$–$$	Rumania tiene previsto aplicar una tasa del 20% sobre los alimentos con elevado contenido en grasas, sal, conservantes y azúcar (*34*).	Reduce el consumo de alimentos nocivos y mejora la salud
Venta de franquicias de productos o servicios: similar al ProductRED del Fondo Mundial, mediante el que las empresas tienen licencia para vender los productos y un porcentaje de las ganancias está destinado a la salud	$	Venta de productos o servicios en franquicia, con porcentaje de las ganancias destinado a la salud	Este plan podría funcionar en países de ingresos bajos y medios, de maneras que no compitan con el Fondo Mundial
Impuesto al turismo: un impuesto al turismo que se percibiría, principalmente, por las actividades relacionadas con los visitantes extranjeros	$	Las tasas de salidas del aeropuerto ya están ampliamente aceptadas; se podría añadir un complemento para la salud o se pueden conseguir otros gravámenes	Las ganancias variarían mucho entre los países, en función de la importancia de su sector turístico

[a] $, capacidad baja de recaudación de fondos; $$, capacidad media de recaudación de fondos; $$$, capacidad alta de recaudación de fondos.

embargo, Gabón impuso una tasa del 1,5% sobre los beneficios (tras la aplicación de impuestos) de las empresas que manejan transferencias y un impuesto del 10% a los operadores de telefonía móvil. Entre ambos se recaudó el equivalente a US$ 30 millones para la salud en 2009 (*36*, *37*). Del mismo modo, el Gobierno de Pakistán ha gravado durante muchos años los beneficios de las empresas farmacéuticas para financiar parte de su gasto sanitario (*38*).

Mientras tanto, los llamados «impuestos de lujo» tienen la ventaja de recaudar fondos y mejorar la salud al mismo tiempo, al reducir el consumo de productos nocivos como el tabaco o el alcohol. Estudios realizados en 80 países han descubierto que el precio real del tabaco, ajustado por el poder adquisitivo, se redujo entre 1990 y 2000. Aunque se han producido algunos incrementos desde el año 2000, hay un elevado margen para aumentar los ingresos en esta área, como se propone en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (*39*).

En este informe, no es posible proporcionar estimaciones sobre cuánto dinero se podría recaudar por cada uno de estos mecanismos innovadores de financiación país por país. Pero la OMS ha analizado los beneficios potenciales del aumento de los impuestos sobre el tabaco en 22 de los 49 países de bajos ingresos, de los que se cuenta con suficientes datos para realizar el cálculo. Los impuestos al consumo en estos países oscilan entre el 11% y 52% del precio al por menor de la marca de cigarrillos más popular, lo que representa una variación nominal de US$ 0,03–0,51 por paquete de 20 cigarrillos (*37*). Se estima que un aumento del 50% en los impuestos al consumo generaría US$ 1,42 mil millones en fondos adicionales para esos países, una cantidad bastante considerable. En países como Madagascar, la República Democrática Popular Lao, y Viet Nam, los ingresos adicionales representarían un aumento del 10% o más en el gasto sanitario total y un aumento de más del 25% en el presupuesto sanitario del gobierno, asumiendo que los ingresos recaudados se asignaran en su totalidad a la salud (Cuadro 2.3). Visto de otra manera, esta sencilla medida podría aumentar los fondos adicionales a más del doble de los niveles actuales de ayuda exterior para la salud en determinados países.

Existe una creciente preocupación internacional por las consecuencias adversas del consumo de alcohol a nivel médico y económico, y las políticas de fijación de precios pueden servir de base para las estrategias para afrontar estas cuestiones. Por ejemplo, en Moscú (Federación de Rusia), los precios de las bebidas alcohólicas se incrementaron en un 20% en agosto de 1985 y en otro 25% al año siguiente. El resultado fue una drástica caída (28,6%) del consumo de alcohol en los 18 meses siguientes. Los ingresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el alcohol, y las muertes por cirrosis hepática, intoxicación por alcohol y otro tipo de violencia se redujeron considerablemente. Estas medidas finalizaron en 1987, y en el periodo siguiente, cuando los precios del alcohol crecieron a un ritmo mucho más lento que otros precios, muchas de estas tendencias positivas se invirtieron (*44*).

El análisis realizado en una selección de países para los cuales se dispone de datos sobre el consumo, las cargas fiscales y los precios de las bebidas alcohólicas muestra que, si se aumentaran los impuestos al consumo un mínimo del 40% sobre el precio de venta, se podría generar una recaudación adicional importante y reducir los efectos perjudiciales por el consumo de bebidas alcohólicas. Para los 12 países de bajos ingresos del ejemplo, los

niveles de consumo se reducirían en más del 10%, mientras que los ingresos fiscales serían más del triple, hasta un nivel del 38% del gasto sanitario total en esos países (*37*).

Estas cantidades no son desdeñables. Si todos los países eligieran sólo una de las opciones descritas en la Tabla 2.1 y, además, dieran mayor prioridad a la salud en los presupuestos del gobierno, se podrían recaudar importantes sumas adicionales para la salud.

Ayuda económica exterior

Antes de la crisis económica global que se inició a finales de 2008, la ayuda al desarrollo sanitario de los países más ricos a los más pobres había estado aumentando a buen ritmo. Los países de bajos ingresos vieron cómo la financiación procedente de fuentes externas subía en promedio del 16,5% de sus gastos sanitarios totales en 2000 al 24,8% en 2007 (*4*). De acuerdo con las bases de datos gestionadas por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, los compromisos gubernamentales para la salud presentados por los donantes bilaterales ascendieron de US$ 4 mil millones en 1995 a US$ 17 mil millones en 2007 y a US$ 20 mil millones en 2008[a].

Esto puede representar una subestimación significativa, dado que la base de datos de la comisión no capta todas las contribuciones de los gobiernos fuera de la OCDE, como China, la India y algunos países de Oriente Medio (datos notificados sólo por un número limitado de instituciones multilaterales) y no reúne los fondos entregados por agentes privados fundamentales en el ámbito de la salud, tales como la Fundación Bill y Melinda Gates, otras fundaciones privadas y organizaciones no gubernamentales. Un estudio reciente sugiere que la contribución conjunta de todas estas fuentes podría haber sido de unos US$ 21,8 mil millones, casi US$ 5 mil millones más de lo comunicado a la OCDE en 2007 (*45*).

Cuadro 2.3. **¿Hipotecar o no hipotecar?**

Los impuestos hipotecados, a veces llamados «impuestos asignados», son los designados para un programa o uso particular. Los ejemplos incluyen los derechos de licencia de televisión, que se utilizan para financiar la radiodifusión pública y los peajes que se utilizan para mantener y mejorar las carreteras. La Fundación Healthway para la Promoción de la Salud en Australia Occidental, se creó en 1991 sobre esta base, financiada inicialmente por el aumento del impuesto sobre los productos del tabaco; mientras que la República de Corea estableció un Fondo Nacional de Promoción de la Salud en 1995, financiado en parte por los impuestos al tabaco (*40*). El Fondo de Promoción de Salud de Tailandia, establecido en 2001, se financió con un recargo del 2% adicional sobre el tabaco y el alcohol (*41*, *42*).

Los ministerios de salud suelen estar a favor de estos impuestos, porque garantizan la financiación, concretamente, de la promoción y la prevención sanitarias. Para estas actividades es difícil competir por la financiación con los servicios médicos, en parte porque se perciben como menos urgentes y en parte porque tienden a dar resultados a largo plazo, lo que las hace menos atractivas para los políticos interesados en el ciclo electoral o para los fondos de seguros interesados en la viabilidad financiera.

Sin embargo, los ministerios de economía no suelen autorizar la hipoteca porque creen que debilita su autoridad para asignar presupuestos. Al tomar decisiones sobre el gasto, alejándose del gobierno, hipotecar los ingresos fiscales puede limitar la capacidad del gobierno para hacer frente a los ciclos económicos.

En la práctica, hipotecar cualquier forma particular de impuestos (por ejemplo, un impuesto sobre el tabaco) para la salud no garantiza que se incremente la financiación pública global para la salud. La mayoría de los ingresos del gobierno son esencialmente fungibles; un aumento de la financiación sanitaria por los impuestos hipotecados se puede compensar con una reducción de los aportes del resto del presupuesto. Así, si la hipoteca conduce a un aumento neto de financiación sanitaria o de una determinada actividad, es una cuestión empírica.

Es más probable que el enfoque pragmático reporte mayores dividendos para la salud que insistir en la hipoteca. Si se puede persuadir a los gobiernos para que asignen cualquiera de las nuevas fuentes de financiación analizadas en este capítulo a la salud, en su totalidad, tanto mejor. Si no es posible, todavía se puede aumentar la financiación sanitaria, porque la salud suele obtener una parte de cualquier aumento del gasto público. Aunque este aumento podría ser menor que en el caso de la hipoteca, los defensores de la salud deben estar seguros de que insistir en la hipoteca no provoque la total oposición del ministerio de economía al nuevo impuesto y que no se reciba ninguna contribución económica nueva.

Fuente (*43*).

Sin embargo, la percepción de los países receptores de la ayuda es menos positiva de lo que estas cifras podrían sugerir, en al menos cuatro aspectos importantes:

En primer lugar, a pesar del aumento de la ayuda exterior, el gasto sanitario total sigue siendo lamentablemente bajo, insuficiente para garantizar el acceso universal, incluso a un conjunto básico de servicios sanitarios en muchos países. Antes hemos descrito que sólo ocho de los 49 países de bajos ingresos incluidos en el análisis del grupo de trabajo de expertos tenían la posibilidad de aumentar todos los recursos necesarios para cumplir los objetivos relacionados con la salud de la Declaración del Milenio, mediante las fuentes nacionales para el año 2015. Los otros países necesitarían aportaciones adicionales de fuentes externas que van desde US$ 2 a US$ 41 *per capita* en 2015.

En segundo lugar, a pesar de que la financiación externa ha aumentado considerablemente, alrededor de la mitad de los países que presentan sus contribuciones para la ayuda al desarrollo a la OCDE están preparados para cumplir los objetivos con los que se han comprometido a nivel internacional (para el desarrollo general, incluida la salud) (*46*). El resto de países no están cumpliendo sus promesas, algunos con mucha diferencia. El progreso lento hacia el cumplimiento de estos compromisos tiene un coste humano enorme: podrían salvarse tres millones de vidas más antes de 2015 si todos los donantes cumplieran sus promesas (*7*).

En tercer lugar, las cantidades de ayuda al desarrollo para la salud mencionadas anteriormente representan compromisos, las contribuciones reales son inferiores. Además, algunos de los fondos que los donantes presentan como realizados no llegan a los países receptores para que puedan hacer uso de ellos. Una proporción a veces considerable de la ayuda se dedica a la llamada «cooperación técnica». Esto fue, por ejemplo, lo que sucedió entre 2002 y 2006, cuando la base de datos del comité señaló que más del 40% de la ayuda oficial para el desarrollo (AOD)[b] sanitario fue absorbido por la asistencia técnica, a menudo financiando a los ciudadanos del país donante para que proporcionen asistencia o formación a los países receptores (*47*). Si bien el apoyo técnico podría ser útil, las aportaciones económicas notificadas exageran la disponibilidad de los fondos que los países receptores pueden utilizar para mejorar la salud a nivel local.

Finalmente, también se han expresado preocupaciones recientemente con respecto a que la ayuda que llega a los países esta sujeta a restricciones para su gasto. Las metas macroeconómicas y monetarias establecidas por la inflación y el nivel de reservas en moneda externa se basan en un concepto de gerencia macroeconómica prudente. Hay quien asegura que esto impide que la ayuda económica aportada se aproveche al máximo, porque se cree que una parte de esta ayuda que llega al país se retira de la circulación para evitar la inflación o se utiliza para acumular reservas de moneda extranjera (*48–50*).

Actualmente, existe un intenso debate acerca de si las metas de inflación y las reservas de divisas fijadas en los países son demasiado estrictas y los limitan a la hora de usar la ayuda que los donantes aportan para la salud y el desarrollo (*39*, *51*, *52*). Por otra parte, todavía no está claro de cuánto gasto

adicional se podría disponer si se relajaran los objetivos macroeconómicos. Trabajos recientes sugieren que es posible que dicho gasto fuera pequeño en comparación con los fondos adicionales que se obtendrían si los gobiernos dieran una mayor prioridad a la salud en la asignación de sus propios presupuestos (*53*).

Volver a examinar los objetivos de prudencia macroeconómica es, quizás, una opción para aumentar la cantidad de ayuda que se puede gastar. El gasto deficitario es otra. Los países pueden tomar prestado capital para poder gastar ahora o llevar a cabo lo que se ha llamado recientemente la «flexibilización cuantitativa»: la emisión de dinero para financiar el gasto actual. Ninguna es una estrategia viable a largo plazo, debido a que la deuda contraída ahora se tendrá que devolver, y la emisión monetaria aumentaría las presiones inflacionarias en algún momento.

Una opción más sostenible es que los socios externos reduzcan la volatilidad de sus flujos de ayuda. Esto, como mínimo, permitiría relajar los techos presupuestarios del gobierno en materia sanitaria y se podría utilizar más ayuda para mejorar la salud. Recientemente se ha propuesto un programa más ambicioso, mediante el cual los donantes y los países receptores revisarían toda la estructura de la ayuda y su gestión (*54*, *55*). El objetivo sería dejar de ver la ayuda como caridad, a criterio de los donantes, para entenderlo como un sistema global de responsabilidad mutua que permita flujos de ayuda más previsibles y posiblemente más cuantiosos para las poblaciones que lo necesiten.

Efecto de la crisis económica sobre la ayuda al desarrollo

Aún no está claro el efecto que tendrá la crisis financiera y económica iniciada en 2008 sobre la ayuda al desarrollo para la salud. Sin embargo, se teme que la recesión actúe como un freno en un momento en el que existe un creciente reconocimiento mundial de la necesidad de aumentar el apoyo económico externo para las necesidades sanitarias.

La asistencia bilateral para el desarrollo total tiende a reflejar el crecimiento económico en el país donante. Esto no siempre es cierto para la ayuda al desarrollo para la salud, que en algunas crisis económicas recientes se ha aislado, a pesar del descenso de la ayuda al desarrollo en general (*56*). Sin embargo, muchos gobiernos que han sido tradicionalmente los principales contribuyentes bilaterales de ayuda al desarrollo para la salud están ahora agobiados por una deuda considerablemente mayor a las que tuvieron en recesiones anteriores, gran parte de ella contraída para suavizar los efectos de la crisis económica y estimular el crecimiento en sus propios países. Algunos de esos gobiernos están en este momento tratando de reducir su deuda con los recortes de gastos.

La OCDE informa que, si bien algunos donantes han prometido mantener sus compromisos de ayuda oficial al desarrollo para el año 2010, otros donantes importantes ya han reducido o aplazado sus donativos (*46*). Se espera que la ayuda oficial al desarrollo en general crezca en 2010, pero a un ritmo menor de lo previsto inicialmente. Esta no es una buena noticia, y es de esperar que los principales donantes no sólo mantengan sus niveles actuales de asistencia a los países más pobres, sino también que los aumenten en la medida necesaria para cumplir sus promesas de ayuda internacional. Del mismo modo, se espera que no respondan a los altos niveles de endeudamiento del sector público mediante la reducción de los servicios sanitarios nacionales en sus propios países.

Incluso antes de la actual recesión económica mundial, había motivos de preocupación por la manera en que se mueven los fondos de ayuda en todo el mundo. La canalización de la ayuda hacia iniciativas destacadas en materia de sanidad, mientras que otras se descuidan, es una de estas preocupaciones. Entre 2002 y 2006, los compromisos económicos para los países de bajos ingresos se centraron en el VI Objetivo de Desarrollo del Milenio (combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, incluida la tuberculosis), que representaba el 46,8% de la asistencia sanitaria externa total. Se ha estimado que esto dejó sólo US$ 2,25 por habitante al año para todo lo demás: salud infantil y materna (ODM IV y V), nutrición (ODM I), las enfermedades no transmisibles y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios (*47*). Solamente el dinero necesario para fortalecer los sistemas sanitarios supera esta cifra; se necesitan US$ 2,80 por habitante al año para formar a más personal sanitario, y esta cantidad ni siquiera incluye los fondos necesarios para pagar sus sueldos (*57*).

El panorama es menos sombrío si se tienen en cuenta los recientes esfuerzos de la Alianza GAVI y del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria de apoyo al desarrollo de los sistemas sanitarios y la formación. No obstante, los donantes siguen descuidando las enfermedades que no son prioritarias, al igual que otras cuestiones de los sistemas sanitarios como la gestión, la logística, las compras y el desarrollo de infraestructuras y mano de obra (*58*).

El desequilibrio en la asignación de la ayuda se manifiesta también cuando se desglosa por países: algunos están particularmente bien financiados, mientras que otros no reciben prácticamente nada. La Figura 2.3 muestra que los países receptores que percibieron más de US$ 20 por habitante en asistencia externa para la salud en 2007 fueron países de ingresos medios, mientras que la mayor parte de los países de ingresos bajos recibieron menos de US$ 5 *per capita*. Muchos de los países más pobres reciben bastante menos ayuda al desarrollo para la salud que sus vecinos más ricos. Por ejemplo, Namibia, un país de ingresos medio-bajos, recibió alrededor de US$ 34 *per capita* para salud en 2007, en comparación con los US$ 10 para Mozambique, los US$ 4,40 para la República Democrática del Congo y los US$ 2,80 para Guinea (*4*). Puede parecer que las asignaciones de la ayuda vienen determinadas por muchos otros factores, además de las necesidades.

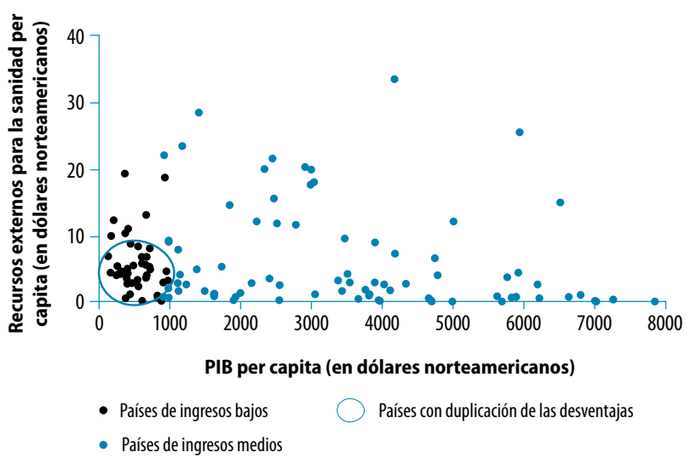
El grupo de trabajo de expertos sugirió que el hecho de que muchos socios exteriores centren su atención en unos pocos países y programas de alto perfil es contrario al espíritu de la Declaración de París, Francia, de 2005 sobre la eficacia de la ayuda, que tiene por objeto permitir a los países receptores formular y ejecutar sus propios planes nacionales de acuerdo con sus propias prioridades nacionales (*59*). En su informe, el grupo de trabajo pidió un alejamiento de «los mecanismos de financiación internacionales que se basan en solicitudes de proyectos aprobados en la capital o en la sede mundial de un socio para el desarrollo» (*60*). Lo que se necesita es una

reorientación hacia las contribuciones financieras acordadas para planes nacionales de salud y no la continuación de la ayuda basada en proyectos. Todavía tenemos que observar cómo se refleja el impacto de estos ideales en las cifras oficiales. Según un estudio elaborado para la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo, entre 2002 y 2007, la cantidad de proyectos relacionados con la salud, en lugar de descender, se duplicó hasta llegar a 20 000. La mayoría de estos eran pequeños, con una aportación económica media de sólo US$ 550 000 (*61*). La necesidad de gestionar, supervisar e informar sobre una gran cantidad de pequeños proyectos impone costes elevados de transacción para el país receptor.

La Declaración de París, Francia, también hizo hincapié en que la financiación debe ser predecible y a largo plazo. Cuando los países no pueden confiar en una financiación estable (en Burkina Faso, la ayuda al desarrollo para la salud por habitante fluctuó de US$ 4 a US$ 10 y de vuelta a US$ 8 entre 2003 y 2006) es prácticamente imposible hacer planes para el futuro. Algunos pocos países de bajos ingresos financian mediante recursos externos dos tercios de su gasto sanitario total, por lo que la previsibilidad de los flujos de ayuda es de fundamental interés para ellos (*4*, *62*).

Algunos socios para el desarrollo ya están empezando a apartarse de los compromisos tradicionales de ayuda oficial al desarrollo a corto plazo en la forma de estructurar sus contribuciones. Un ejemplo son los contratos para los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Unión Europea, que ofrecen un apoyo flexible basado en la ejecución del presupuesto durante un período de seis años. Este tipo de compromiso no es del agrado de todos, ya que inmoviliza los presupuestos de ayuda futuros. Dicho esto, en el Programa de Acción de Accra, Ghana, de 2008, los donantes del Comité de Asistencia al Desarrollo de la OCDE se comprometieron a proporcionar a los países receptores información sobre sus «contribuciones económicas y/o planes de implementación para tres a cinco años consecutivos»; este tal vez haya sido el inicio de los compromisos a más largo plazo (*59*).

Figura 2.3. **Ayuda al desarrollo para la salud *per capita* por nivel de ingresos del país: países de ingresos bajos y medios en 2007[a]**



[a] Se excluye a los pequeños estados insulares.
Fuente: Serie de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud (*4*).

Conclusión

Los países necesitan adaptar permanentemente sus sistemas de financiación para recaudar los fondos suficientes para sus sistemas de salud. Muchos países de ingresos altos se enfrentan a una disminución de la proporción de su población en edad de trabajar y tienen que considerar alternativas para las fuentes tradicionales de ingresos en forma de impuestos sobre la renta y contribuciones para el seguro de salud de los trabajadores y sus empleadores. En muchos países de bajos ingresos, hay más personas que trabajan en el sector informal que en el formal, lo que hace difícil recaudar los impuestos sobre la renta y las cotizaciones para los seguros médicos basadas en los salarios.

Hay varias opciones para obtener fondos adicionales para la salud, de las que se ofrece una lista en la Tabla 2.1. No todo se podrá aplicar a todos los países y el potencial para generar ingresos, así como la viabilidad política de lo que sí se aplique, variará según el país. En algunos casos, sin embargo, los ingresos adicionales que se deriven de una o varias de estas opciones podrían ser importantes, posiblemente mucho más que las entradas de ayuda actuales. No obstante, estos mecanismos innovadores y complementarios no son la única opción. Muchos gobiernos, en países ricos y pobres, siguen dando una prioridad relativamente baja a la salud en el momento de asignar los fondos. Es importante, por lo tanto, preparar mejor a los ministerios de salud para negociar con los ministerios de economía y planificación, así como con las instituciones financieras internacionales. Pero el mensaje de este capítulo es que todos los países podrían hacer más a nivel nacional para recaudar más fondos para la salud.

Sin embargo, la financiación innovadora no debe verse como un sustituto de los flujos de ayuda oficial al desarrollo de los países donantes. El llamamiento a los países receptores para que utilicen los fondos externos con mayor transparencia y eficiencia es comprensible, pero tales consideraciones no deben eximir a los países más ricos de cumplir las promesas que hayan hecho en París y Accra. La acción colectiva que nos ha llevado hasta el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización y la Fundación Millenium ha sido inestimable en la financiación de bienes públicos mundiales para la salud, pero no hay necesidad de que los países esperen a una mayor colaboración global para actuar. Si los gobiernos de los países donantes cumplieran sus promesas actuales de ayuda internacional, con una asignación de fondos que sostuviera los planes nacionales de salud dirigidos por los países, la comunidad internacional ya habría avanzado bastante para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015. Si, además, cada país donante adoptara sólo una de las opciones innovadoras descritas aquí y utilizara los ingresos para complementar la ayuda oficial al desarrollo, se estarían sentando las bases para un movimiento sostenido hacia la cobertura sanitaria universal y la mejora de la salud en el futuro. ■

Bibliografía

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer.* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail,* 29 April 2009 (http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer.* National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nha, accessed 4 May 2010).

5.. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355–384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support – has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009,93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001–07)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009,70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf, accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009,9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583
23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010,375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).
29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (http://www.iff-immunisation.org, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel, Bank for International Settlements, 2007 (http://www.bis.org/publ/rpfxf07t.pdf, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. NishtarSChoked pipes–reforming Pakistan's mixed health system. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en) .
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998,93:1501-1510. PMID:9926554
45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009,373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484

48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action.* Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries.* ActionAid, 2010 (http://www.ifiwatchnet.org/sites/ifiwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf, accessed 7 July 2010).
50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening.* World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en) .
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners.* Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed.* World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health.* World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health*: *report prepared for the Accra High–level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient.* World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

Notas finales

a El grupo de trabajo de expertos incluyó las siguientes intervenciones: las que demostraron la disminución de la mortalidad materna, de los lactantes y los niños menores de cinco años; la asistencia en el parto; los servicios de salud reproductiva; la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades infecciosas; el diagnóstico, la información, la derivación y los cuidados paliativos para cualquier enfermedad presente; y el fomento de la salud.

b Por lo general, el término ayuda oficial al desarrollo (AOD) se utiliza para describir la asistencia que los gobiernos proporcionan de manera oficial. La ayuda al desarrollo para la salud es más amplia, e incluye la AOD, así como los préstamos y los créditos de bancos multilaterales de desarrollo, las transferencias de las grandes fundaciones y las de las organizaciones no gubernamentales.