1 ¿Dónde nos encontramos?

2 Mensajes importantes
5 Pagos directos
6 Fondos mancomunados
7 Ayuda exterior
8 En el camino hacia la cobertura universal
9 Mantenimiento de los logros alcanzados
10 Cobertura universal: las dos opciones
13 Tomar las decisiones correctas
15 De cara al futuro

Mensajes importantes

- Mejorar la salud es fundamental para el bienestar humano y esencial para el desarrollo económico y social sostenible. Alcanzar la «mejor asistencia sanitaria posible», como se indica en la Constitución de la OMS, requiere en muchos países un cambio de dirección, o continuar con el camino hacia la cobertura universal, y actuaciones enérgicas para proteger los logros ya conseguidos en otras naciones.
- Para conseguir una cobertura sanitaria universal, los países necesitan sistemas de financiación que permitan a la gente usar todo tipo de servicios sanitarios (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) sin incurrir en dificultades financieras.
- En la actualidad, millones de personas no pueden utilizar los servicios sanitarios porque tienen que pagar por ellos en el momento en que los reciben. Y muchos de los que sí los utilizan sufren dificultades financieras o, incluso, se han empobrecido al tener que pagarlos.
- El paso progresivo de los pagos directos en el momento de recibir los servicios al prepago es un paso importante para evitar las dificultades financieras asociadas al pago por los servicios sanitarios. La mancomunación de los fondos resultantes facilita el acceso a los servicios necesarios y reparte los riesgos financieros de la enfermedad entre la población.
- Los fondos mancomunados nunca podrán cubrir el 100% de los costes y el 100% de los servicios que necesite el 100% de la población. Los países tendrán que tomar decisiones difíciles sobre la utilización óptima de estos fondos.
- A nivel mundial, estamos muy lejos de lograr la cobertura sanitaria universal. Pero diversos países con niveles de ingresos de todo tipo han registrado progresos importantes en los últimos tiempos hacia ese objetivo, recaudando más fondos para la salud, combinándolos de manera más eficaz para repartir los riesgos financieros y siendo cada vez más eficientes.

1

¿Dónde nos encontramos?

El accidente ocurrió el 7 de octubre de 2006. Narin Pintalakarn salió disparado de su motocicleta al entrar en una curva. Chocó contra un árbol y su cabeza, sin protección, recibió toda la fuerza del impacto. Al cabo de un rato, unos automovilistas que pasaban por allí lo encontraron y lo llevaron a un hospital cercano. Los médicos le diagnosticaron traumatismo craneoencefálico grave y lo remitieron al centro de traumatología, a 65 km de distancia, donde confirmaron el diagnóstico. La exploración por imagen detectó un hematoma subdural con hernia subfacial y tentorial. Pintalakarn se había fracturado el cráneo en varios puntos. Su cerebro se había hinchado, movido y todavía sangraba, por lo que los médicos decidieron operarle. Lo llevaron a una unidad de urgencias y el cirujano le extrajo un trozo del cráneo para aliviarle la presión. También extrajeron un coágulo de sangre. Cinco horas más tarde, conectaron al paciente a un respirador y lo trasladaron a la unidad de cuidados intensivos, donde permaneció durante 21 días. Una vez transcurridos 39 días desde su ingreso se había recuperado lo suficiente como para ser dado de alta.

Lo que llama la atención de esta historia no es lo que dice sobre la capacidad de la medicina moderna para reparar un cuerpo roto. Lo que es digno de mención es el hecho de que este suceso no se produjo en un país perteneciente a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), donde el gasto sanitario *per capita* anual está cerca de los US$ 4000, sino en Tailandia, un país donde el gasto *per capita* es de US$ 136, sólo el 3,7% de su Producto Interior Bruto (PIB) (*1*). El paciente tampoco pertenecía a la élite de gobierno, el tipo de personas que, como indicará este informe, suelen ser bien tratadas, independientemente de dónde vivan. Pintalakarn era un trabajador temporal que ganaba sólo US$ 5 al día.

«La legislación tailandesa exige que todos los heridos reciban una atención estándar, sin importar su clase social», dice el Dr. Witaya Chadbunchachai, el cirujano que le realizó la craneotomía a Pintalakarn en el Hospital Regional Khon Kaen de una de las provincias del Noreste del país. Según Chadbunchachai, el personal médico no tiene en cuenta quién va a pagar el tratamiento, por muy caro que sea, porque en Tailandia, el gasto sanitario de todas las personas está cubierto.

En un momento en el que muchos países, incluyendo las principales potencias económicas como China y Estados Unidos de América, están replanteándose la manera de satisfacer las necesidades asistenciales de su población, la cobertura sanitaria universal (qué es, cuánto cuesta y cómo se ha de pagar) preside los debates sobre la prestación de los servicios sanitarios. En este *Informe sobre la salud en el mundo* se examina la cuestión desde el punto de vista financiero y se sugieren las formas en que todos los países, ricos y pobres, pueden mejorar el acceso a servicios sanitarios de buena calidad, evitando que las personas pasen apuros financieros por tener que pagar por la atención sanitaria (Cuadro 1.1).

Los tres puntos fundamentales de la financiación sanitaria son:

1. recaudar suficiente dinero destinado a la salud;
2. eliminar las barreras económicas de acceso y reducir los riesgos financieros de la enfermedad;
3. aprovechar mejor los recursos disponibles (puede ver más detalles en el Cuadro 1.1).

Los servicios sanitarios cuestan dinero porque, de alguna manera, hay que pagar a los médicos, las enfermeras, las medicinas y los hospitales.

Cuadro 1.1. En qué consiste un sistema de financiación de la salud: una explicación técnica

La financiación sanitaria es mucho más que recaudar dinero para la salud. También es una cuestión de a quién se le pide que pague, cuándo se paga y cómo se gasta el dinero recaudado.

La recaudación de ingresos es lo que la mayoría de la gente asocia con la financiación de la salud: la forma en que se recauda el dinero para pagar los gastos del sistema sanitario. El dinero suele proceder de los hogares, las organizaciones o las empresas y, a veces, de contribuyentes que están fuera del país (llamados «fuentes externas»). Los recursos se pueden recaudar por medio de impuestos generales o específicos, las contribuciones obligatorias o voluntarias de los seguros médicos, los desembolsos de los pagos directos, tales como cuotas de los usuarios, y las donaciones.

La mancomunación es la acumulación y gestión de los recursos económicos para garantizar que el riesgo financiero de tener que pagar por la asistencia sanitaria es soportado por todos los miembros del fondo común y no solo por las personas que enferman. El objetivo principal de la mancomunidad es la difusión de los riesgos financieros asociados a la necesidad de utilizar los servicios sanitarios. Para integrar un fondo mancomunado, los fondos se tienen que «pagar por adelantado», antes de que se detecte la enfermedad, mediante impuestos y/o seguros, por ejemplo. La mayoría de los sistemas de financiación sanitaria incluye un elemento de mancomunado financiado por el prepago, combinado con los pagos directos de los individuos a los proveedores de servicios, llamados a veces «gastos compartidos».

La **compra** es el pago de los servicios sanitarios. Existen tres formas principales de hacerlo. Una de ellas es que el gobierno entregue los presupuestos directamente a sus propios prestadores de servicios sanitarios (integración de la compra y el suministro), utilizando los ingresos generales del estado y, a veces, las contribuciones de los seguros. La segunda es que una agencia de compras separada institucionalmente (por ejemplo, un fondo de seguros médicos o una autoridad del gobierno) compre los servicios en nombre de una población (la división comprador-proveedor). La tercera es que las personas paguen directamente a un proveedor por los servicios. Muchos países utilizan una combinación de ellas.

Dentro de estas grandes áreas, se puede pagar a los proveedores de servicios sanitarios de muchas maneras diferentes, examinadas detalladamente en el Capítulo 4. La compra también incluye determinar qué servicios deben ser financiados, incluyendo la combinación de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Este tema se aborda en el Capítulo 2.

Las etiquetas pueden ser engañosas. Cada país tiene diferentes opciones sobre cómo aumentar los ingresos, cómo ponerlos en común y cómo comprar los servicios. El hecho de que varios países decidan aumentar parte de las rentas públicas destinadas a la salud de las primas obligatorias de los seguros médicos no significa que todos ellos hagan la misma forma de mancomunación . Algunos países tienen un solo fondo (por ejemplo, un fondo nacional para seguridad social), mientras que otros tienen varios, a veces fondos paralelos gestionados por empresas privadas de seguros. Aún cuando los países tienen sistemas de mancomunación similares, sus decisiones para ofrecer o comprar los servicios varían considerablemente. Dos sistemas basados principalmente en el seguro médico pueden funcionar de manera diferente en cuanto a la manera en que reúnen los fondos y los utilizan para garantizar que las personas puedan acceder a los servicios; y ocurre lo mismo en los dos sistemas descritos como sistemas basados en impuestos. Esta es la razón por la que la clasificación tradicional de los sistemas de financiación en sistemas basados en impuestos y seguridad social (o Beveridge *versus* Bismarck) ya no sirve para formular políticas.

Es mucho más importante tener en cuenta las elecciones que deben hacerse en cada fase a lo largo del camino, desde aumentar los ingresos, hasta la mancomunación de los mismos para el gasto. Estas son las opciones que determinan si un sistema de financiación será eficaz, eficiente y equitativo, opciones que se describen en los siguientes capítulos.

Lo más importante: las personas. En todo este trabajo técnico, es importante recordar que las personas son lo más importante. Por un lado, proporcionan los fondos necesarios para pagar los servicios. Por otro, la única razón del aumento de estos fondos es la mejora de la salud y el bienestar de las personas. La financiación sanitaria es un medio para conseguir un objetivo y no un objetivo en sí mismo.

Hoy en día, el gasto sanitario mundial es de unos US$ 5,3 billones al año (*1*). Con la carga de las enfermedades transmisibles (que siguen siendo persistentemente elevadas en algunas partes del mundo) y la prevalencia de las enfermedades no transmisibles (como las enfermedades coronarias, el cáncer y los trastornos crónicos como la obesidad, que está aumentando en todas partes), el gasto sanitario no hace más que aumentar. Esta tendencia se verá agravada por los medicamentos y procedimientos cada vez más avanzados que se están desarrollando para su tratamiento.

Por lo tanto, lo lógico sería que los países más ricos estuvieran en mejores condiciones para prestar estos servicios sanitarios a precios asequibles. De hecho, los países que han conseguido una mayor cobertura universal suelen tener, por lo general, un mayor gasto sanitario. Por ejemplo, los países de la OCDE sólo representan el 18% de la población mundial, pero constituyen el 86% del gasto sanitario del mundo; pocos países de la OCDE gastan menos de US$ 2900 por persona al año.

Pero no todos los países de menores ingresos tienen una menor cobertura. Tailandia es un ejemplo notable de un país que ha mejorado considerablemente la cobertura de los servicios y la protección contra los riesgos económicos de la enfermedad, a pesar de gastar mucho menos en salud que los países con mayores ingresos. Y lo ha conseguido cambiando la forma de recaudar fondos para la salud y reduciendo los pagos directos, como las cuotas de los usuarios (Cuadro 1.2). Tal vez sea este el elemento más importante de la evolución de los sistemas de financiación de la cobertura universal. Muchos países siguen dependiendo excesivamente del pago directo de los ciudadanos a los proveedores de servicios para financiar sus sistemas sanitarios.

Pagos directos

Los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud. Tener que pagar en el momento en el que un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios (en particular, la promoción y la prevención sanitaria) y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que no reciben un tratamiento temprano, cuando las expectativas de curación son mayores. Se ha estimado que un elevado porcentaje de los 1,3 mil millones de pobres que hay en el mundo no tiene acceso a los servicios sanitarios, simplemente porque no puede pagarlos en el momento en que los necesita (*2*). Como están demasiado enfermos para trabajar, corren el riesgo de verse arrastrados a la pobreza, o hundirse más aún en ella.

Cuadro 1.2. ¿Qué son los pagos directos?

Los honorarios o cargos son cobrados frecuentemente por llevar a cabo las consultas médicas, los procedimientos médicos o de investigación, para pagar los medicamentos y otros suministros, así como para los análisis clínicos.

En función del país, los recaudan las administraciones, las organizaciones no gubernamentales, los centros de salud religiosos y los privados.

A veces son establecidos oficialmente y otras veces no, como los llamados pagos «bajo la mesa». Incluso, a veces, coexisten los dos.

Aun cuando dichos gastos están cubiertos por el seguro, los pacientes necesitan, generalmente, compartir los gastos (normalmente en forma de coaseguros, copagos y/o deducibles); los pagos que tiene que hacer el asegurado tienen que salir de su propio bolsillo en el momento de utilizar el servicio, porque estos gastos no están cubiertos por el plan de seguros.

Los deducibles son la cantidad de gastos que se deben pagar por adelantado antes de que una compañía aseguradora cubra cualquier gasto. Los coaseguros reflejan la proporción subsecuente de los costos que debe pagar la persona asegurada, mientras que los copagos se establecen como una cantidad fija que debe pagar el beneficiario por cada servicio.

Utilizamos el término «pagos directos» para englobar todos estos elementos. Sin embargo, debido a que el término «desembolso» (o pago de bolsillo) suele utilizarse para englobar las mismas ideas, usamos los dos términos indistintamente.

Cuadro 1.3. Financiación para la cobertura sanitaria universal

Los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para:

- proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces;
- garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras (*14*).

En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad una resolución en la que instaba a los países a que desarrollaran sus sistemas de financiación sanitaria para alcanzar estos dos objetivos, definidos entonces como la consecución de la cobertura universal (*15*). Cuantos más países se basen en los pagos directos, tales como las cuotas al usuario, para financiar sus sistemas sanitarios, más difícil será cumplir estos dos objetivos.

Los pagos directos también perjudican a la economía familiar. Muchas personas que buscan tratamiento y que tienen que pagarlo al instante sufren graves dificultades financieras como consecuencia de ello (*3–6*). El cálculo aproximado sobre el número de personas que sufren una catástrofe financiera (definida como el gasto directo de más del 40% de los ingresos familiares en la atención sanitaria, una vez cubiertas las necesidades básicas), según los datos procedentes de 89 países, representa casi el 90% de la población mundial (*7*). En algunos países, hasta un 11% de los ciudadanos sufren este tipo de dificultades financieras graves cada año y hasta un 5% se ven arrastrados a la pobreza porque tienen que pagar los servicios sanitarios en el momento de recibirlos. Estudios recientes muestran que estos desembolsos sanitarios situaron a 100 000 familias de Kenya y Senegal por debajo del umbral de la pobreza en sólo un año. Unas 290 000 familias corrieron esa misma suerte en Sudáfrica (*8*).

La catástrofe financiera se produce en países con todos los niveles de ingresos, pero es mayor en los que dependen más de los pagos directos como recaudación de fondos para el gasto sanitario (*9*). Cada año, unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos, debido a los pagos directos, como las cuotas de usuarios, y 100 millones terminan situándose por debajo del umbral de la pobreza (*7*).

Este gasto sanitario catastrófico no está necesariamente causado por procedimientos médicos de coste elevado o por un episodio caro único. Para muchos hogares, los pagos relativamente pequeños también pueden producir una catástrofe financiera (*10*). El efecto del flujo continuo de las facturas médicas, aunque pequeñas, puede llevar a la pobreza a las personas con, por ejemplo, enfermedades crónicas o una discapacidad (*11–13*).

Estos desembolsos no sólo disuaden a la gente de usar los servicios sanitarios y generan estrés financiero; sino que también hacen que los recursos se utilicen de forma injusta e ineficiente. Se fomenta el uso excesivo en aquellas personas que pueden pagarlos y la infrautilización en quienes no lo pueden hacer (Cuadro 1.3).

Fondos mancomunados

El avance hacia la cobertura universal depende de la recaudación de fondos adecuados que procedan de un conjunto de personas suficientemente amplio, con el apoyo, en caso necesario, de los donantes y los ingresos de las administraciones públicas, y del empleo de estos fondos en los servicios que necesite la población. Cuanta más gente comparta el riesgo financiero de esta forma, menor será el riesgo financiero al que estará expuesta cada persona. En general, cuanto mayor sea el fondo mancomunado, mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros. Siguiendo la misma línea de razonamiento, los fondos mancomunados compuestos por sólo unos pocos participantes tienden a experimentar lo que los expertos denominan «fluctuaciones extremas de la utilización y la demanda» (*16*).

Para que exista un fondo mancomunado, se debe meter dinero en él, por lo que se hace necesario un sistema de prepago. El prepago significa que la gente paga por adelantado cuando está sana y, más tarde, recurre a los fondos mancomunados cuando se enferman. Existen diferentes maneras de organizar el prepago en el caso de quienes pueden permitírselo (véase el Capítulo 3), pero en todos los países habrá gente que no podrá contribuir financieramente. Los países que más se han acercado a la cobertura sanitaria universal utilizan los ingresos fiscales para cubrir las necesidades sanitarias de estas personas, garantizando que todos puedan acceder a los servicios cuando los necesiten.

Los países se encuentran en diferentes fases del proceso para acceder a la cobertura universal y en diferentes etapas de desarrollo de los sistemas de financiación. Por ejemplo, Rwanda tiene un sistema fiscal que aún está en desarrollo y tres fuertes organizaciones de seguros médicos (Cuadro 1.4) Podría optar por la creación de fondos mancomunados mayores, fusionando posteriormente los fondos individuales.

Ayuda exterior

En los países de ingresos bajos, donde las estructuras de prepago podrían estar subdesarrolladas o resultar ineficientes, y en los que las necesidades sanitarias son enormes, existen muchos obstáculos para obtener fondos suficientes a través del prepago y la mancomunación. Por lo tanto, es esencial que los donantes internacionales les presten su apoyo. Invertir en el desarrollo del prepago y la mancomunación, en vez de limitarse a la financiación de proyectos o programas mediante canales independientes, es una de las mejores maneras para que los donantes puedan ayudar a los países a abandonar el pago de cuotas por parte de los usuarios y mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y la protección del riesgo financiero (*21*, *22*).

En los últimos cinco años, muchas agencias bilaterales han empezado a ayudar a los países a desarrollar sus sistemas de

Cuadro 1.4. Compartir el riesgo de la enfermedad: la mutual de seguros en Rwanda

El Gobierno de Rwanda informa que el 91% de la población del país pertenece a uno de los tres planes principales de seguro médico (*17*). El primero, la *Rwandaise assurance maladie,* es un plan obligatorio de seguridad social para los trabajadores del gobierno, que también está abierto a los trabajadores del sector privado de un modo altruista. El segundo, el plan del Seguro médico militar, cubre las necesidades de todo el personal del ejército. El tercero, y el más importante para la cobertura de la población, es el grupo de *Assurances maladies communautaires,* una mutual de seguros cuyos miembros viven, predominantemente, en zonas rurales y trabajan en el sector informal. Estos planes de mutuales de seguros han crecido rápidamente en los últimos 10 años y ahora cubren a más del 80% de la población. Aproximadamente el 50% de la financiación de las mutuales de seguros procede de las primas de los miembros, mientras que la otra mitad está subvencionada por el gobierno a través de una combinación de los ingresos fiscales generales y la ayuda de los donantes (*18*).

Los planes de seguros no cubren todos los costes sanitarios: las familias todavía tienen que pagar de su bolsillo una parte de los gastos y la oferta de servicios disponibles no es, evidentemente, tan amplia como en los países más ricos. Sin embargo, han tenido un fuerte impacto. El gasto sanitario *per capita* subió de US$ 11 en 1999 a US$ 37 en 2007; el porcentaje creciente de población cubierta por algún tipo de seguro médico se ha traducido en un aumento de la utilización de los servicios sanitarios y, lo más importante de todo, en mejoras de los resultados médicos medidos, por ejemplo, con la disminución de la mortalidad infantil (*19*).

Sigue habiendo retos en la etapa inicial de su desarrollo, que incluyen: hacer más asequibles las contribuciones de los más pobres, aumentando la oferta de servicios ofrecidos y la proporción de gastos totales cubiertos, y mejorar la gestión económica. Rwanda también está trabajando para armonizar los distintos mecanismos de financiación, en parte mediante el desarrollo de un marco jurídico nacional que rija la seguridad social (*20*).

financiación sanitaria con el fin de alcanzar la cobertura universal. Estas agencias también han comenzado a determinar en qué medida puede ayudar a este proyecto su asistencia de financiación externa, en vez de obstaculizarlo. Esto se refleja en la adopción de la Declaración de París, Francia sobre la Eficacia de la Ayuda y el posterior Programa de Acción de Accra, Ghana. La Alianza Sanitaria Internacional y las iniciativas relacionadas tratan de poner en práctica estos principios en el sector sanitario, con el objetivo de movilizar a los países donantes y a otros socios en desarrollo en torno a una única estrategia sanitaria nacional definida por los países (*23*, *24*).

En el camino hacia la cobertura universal

Numerosos países están reformando la manera de financiar la atención sanitaria, a medida que avanzan hacia la cobertura universal, entre ellos, dos de las economías mundiales más importantes, China y los Estados Unidos de América.

El Gobierno chino anunció en abril de 2009 sus planes para ofrecer servicios sanitarios «seguros, eficaces, apropiados y asequibles» a todos los residentes urbanos y rurales en 2020 (*25*). Si éstos se cumplen en su totalidad, la reforma acabará con los mecanismos sanitarios basados en el mercado introducidos en 1978. El gobierno había ofrecido previamente a la población unos servicios sanitarios básicos, aunque esencialmente gratuitos. Pero el nuevo enfoque basado en el mercado tuvo como consecuencia un aumento importante de los pagos directos (desde poco más del 20% del gasto sanitario total en 1980 al 60% en 2000), haciendo que mucha gente tuviera que enfrentarse a gastos sanitarios catastróficos. El nuevo enfoque también implicó que los hospitales tuvieran que sobrevivir a partir de los pagos de los pacientes, lo que presionó a los médicos a prescribir medicamentos y tratamientos en base a su potencial de generación de ingresos, en lugar de por su eficacia clínica.

El gobierno tomó medidas para abordar estas cuestiones. Las últimas reformas se centran en los Nuevos Programas de Cooperación Médica, iniciados en 2003 para cubrir las necesidades de las poblaciones rurales, y el programa del Seguro Médico Básico para Residentes Urbanos, puesto a prueba en 79 ciudades en 2007. El gobierno quiere reducir la dependencia de los pagos directos y aumentar el porcentaje de población cubierta por un seguro formal, del 15% en 2003 al 90% en 2011, además de ampliar el acceso a los servicios y la protección contra los riesgos financieros a largo plazo (*26*).

Las reformas recientes de financiación sanitaria llevadas a cabo en los Estados Unidos de América ampliarán la cobertura de unos 32 millones de ciudadanos no asegurados, estimada para 2019 (*27*). Se utilizarán numerosas estrategias para lograr este objetivo. Las aseguradoras privadas ya no podrán rechazar a los solicitantes basándose, por ejemplo, en el estado de salud, y las primas de las personas y las familias de ingresos bajos estarán subvencionadas (*28*).

Muchos países de ingresos bajos-medios también han realizado progresos importantes al desarrollar sus sistemas de financiación en el camino hacia la cobertura universal. Estos incluyen ejemplos bien conocidos, como Chile, Colombia, Cuba, Rwanda, Sri Lanka y Tailandia, pero también Brasil, Costa Rica, Ghana, Kirguistán, Mongolia y la República de Moldova (*6*, *20*, *29–38*). Al mismo tiempo, Filipinas, Gabón, Malí, la República Democrática Popular de Lao, Túnez y Viet Nam (*39–44*) han ampliado las diversas modalidades de prepago y mancomunación para aumentar la protección, especialmente de los pobres, frente a los riesgos financieros.

En el otro extremo de la escala de ingresos, 27 países de la OCDE cubren a todos sus ciudadanos con un conjunto de intervenciones procedente de los fondos mancomunados, mientras que México, con su sistema voluntario de seguro médico, el Seguro Popular, y Turquía, con su Programa de Reforma Sanitaria, se están acercando a ella (*45–47*).

Cada uno de estos países ha avanzado hacia la cobertura universal de diferentes maneras y a ritmos diferentes. Algunas veces, sus sistemas han evolucionado a lo largo de grandes periodos, a menudo enfrentados a la oposición, y a veces el camino ha sido más corto y rápido (*21, 48*).

Por ejemplo, la República de Corea comenzó su camino en la década de los 60. La primera inversión estaba centrada en la construcción de infraestructuras, pero el programa se amplió de manera significativa en 1977, con un fuerte apoyo político de alto nivel (*49*). Siguió con una constante expansión de los sistemas sanitarios basados en el empleo, empezando por las empresas que contrataban a más de 500 empleados, acortando la cadena corporativa hasta las empresas con sólo 16 y, más recientemente, llegando a las que sólo tienen un empleado a tiempo completo. En 1981 se incluyó en el sistema a los funcionarios públicos y los maestros, teniendo un papel importantísimo en el aumento de la sensibilización del resto de la población. Esto ayudó, a su vez, a situar la cobertura universal en el centro de la actividad política en 1988, cuando la inclusión en los programas de bienestar social era una cuestión fundamental de la campaña presidencial. En 1989, la cobertura se amplió al resto de la población, los sin techo, los trabajadores autónomos y los residentes rurales (*50*). Desde entonces, el sistema ha tratado de ampliar la oferta de servicios y la proporción de los gastos cubiertos por el sistema de seguros.

Mantenimiento de los logros alcanzados

Avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal es un desafío, pero mantener los logros ya realizados puede ser igualmente difícil. Algunos países han adaptado sus sistemas de financiación a las circunstancias en continuo cambio. Ghana, por ejemplo, empezó a ofrecer asistencia médica gratuita a su población tras declarar su independencia en 1957, a través de las instalaciones financiadas por el gobierno. Al principio de los 80 abandonó este sistema, al tener que hace frente a la grave escasez de recursos, antes de introducir, más recientemente, una modalidad de seguro nacional (Cuadro 1.5).

Chile también ha pasado por diferentes etapas. Después de instaurar un servicio de salud nacional financiado por el estado durante 30 años, en 2000 optó por una propuesta combinada público-privada de seguro médico, garantizando el acceso universal al tratamiento de calidad para un conjunto de enfermedades definidas explícitamente. Este número de enfermedades se ha ido ampliando con el tiempo y los más necesitados han sido los que más se han beneficiado de dicho seguro (*29*).

Todos los países se enfrentan a la creciente demanda de mejores servicios, las amenazas de las enfermedades y una lista cada vez mayor de tecnologías y medicamentos, que suelen ser caros, para mantener o mejorar la salud. Los costes crecen continuamente y más rápidamente que los ingresos nacionales, presionando a los gobiernos a limitar sus gastos.

Cobertura universal: las dos opciones

Muchos países que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo económico han demostrado que se pueden hacer progresos importantes para llegar a la cobertura universal. Sin embargo, el mundo en su conjunto todavía tiene un largo camino por recorrer. Para saber dónde nos encontramos en la actualidad, debemos centrarnos en los dos elementos clave de la cobertura sanitaria universal que se han descrito anteriormente: el acceso financiero a los servicios sanitarios esenciales y la ampliación de la protección contra los riesgos financieros de las personas que los usan (Cuadro 1.3).

Tal y como se ha mencionado previamente, se estima que 150 millones de personas de todo el mundo tienen problemas financieros graves cada año y que 100 millones se ven arrastradas a la pobreza por los pagos directos de los servicios sanitarios. Esto indica una ausencia generalizada de protección contra los riesgos financieros, una deficiencia que afecta más a los países de ingresos bajos, pero que no se limita solamente a ellos. En seis países de la OCDE, más del 1% de la población (casi cuatro millones de personas) tiene que hacer frente a gastos catastróficos, aunque la incidencia supera el cinco por 1000 de los habitantes en otros cinco países (*7*).

Por otra parte, la deuda médica es la causa principal de quiebra económica personal en los Estados Unidos de América. En 2008, investigadores de Harvard llegaron a la conclusión de que la enfermedad o las facturas médicas habían contribuido hasta en un 62% en las quiebras del año anterior (*52*). Muchas de estas personas tenían algún tipo de seguro médico, pero los beneficios ofrecidos eran insuficientes para protegerles frente a los elevados desembolsos. Esta evolución no está vinculada a la actual recesión económica; las facturas médicas ya eran responsables del 50% de las quiebras en los Estados Unidos de América en 2001.

A escala mundial, las quiebras por causas médicas todavía no constituyen una preocupación importante, bien sea porque el acceso a la financiación sanitaria es adecuado o porque el crédito formal está fuera del alcance de la mayoría de la población (*53, 54*). Sin embargo, si los pagos directos siguen siendo elevados y aumenta el acceso a los créditos, es probable que se convierta en un problema.

La reducción de la incidencia de problemas financieros relacionados con los pagos directos es un indicador fundamental del avance hacia la cobertura universal. No obstante, los estudios nacionales indican ocasionalmente pequeñas crisis financieras o empobrecimiento entre los más desfavorecidos porque, simplemente, no pueden permitirse el lujo de utilizar los servicios sanitarios (*55, 56*). La medida en que la gente tiene la posibilidad de utilizar los servicios necesarios también es, por lo tanto, un indicador importante de la salud del sistema de financiación.

Los datos disponibles sobre el acceso financiero a los servicios sanitarios son escasos, si bien hay información sobre la cobertura de algunas intervenciones esenciales. Esto nos puede dar pistas sobre el grado en el que las barreras financieras impiden que las personas utilicen los servicios. Por ejemplo, la inmunización de los niños menores de un año de edad con la vacuna contra la difteria, el tétanos y las tos ferina (DPT3) salva la vida de muchos de ellos; mientras que la presencia de personal sanitario capacitado en la atención al parto es crucial para salvar la vida, tanto de los recién nacidos, como de las madres. La información referente al porcentaje de niños totalmente inmunizados con la DPT3 y la proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado está ampliamente difundida.

La Figura 1.1 muestra los datos de la cobertura de ambas intervenciones, en la que cada valor numérico representa un país y están ordenados de menor a mayor en el eje de abscisas. Muchos países alcanzan, o casi consiguen, una cobertura del 100% en ambas interventiones, aunque existe una variación considerable entre países. En un extremo encontramos 16 países en los que menos del 40% de las mujeres tienen a sus bebés en presencia de un profesional sanitario cualificado para salvar sus vidas, en el caso de que surja una complicación. La cobertura de la vacunación para la DPT3 es inferior al 40% en siete países. Esto sugiere que las desigualdades en la cobertura son considerables en todos los países y que son mayores en el caso de los servicios que requieren más infraestructuras y profesionales cualificados (como el parto) que para otras intervenciones (como la inmunización) (*57*).

Las diferencias de la cobertura (y los resultados sanitarios) también existen dentro de los propios países. Las encuestas demográficas y de

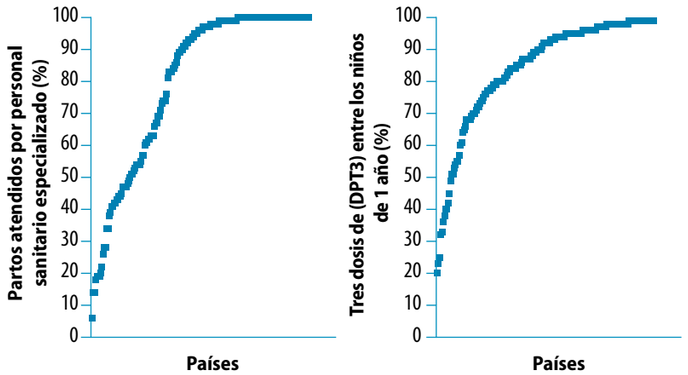
Cuadro 1.5. Ghana: diferentes etapas de las reformas de financiación sanitaria

Después de la independencia en 1957, Ghana prestó asistencia médica a su población a través de una red de centros de atención primaria. El sistema estaba financiado por los impuestos generales y recibió cierto grado de apoyo de los donantes externos. No se cobraba por los servicios. En la década de los 80 el país liberalizó su sector sanitario, como parte de un plan más amplio de reformas estructurales, para hacer frente al empeoramiento de las condiciones económicas. La liberalización condujo al afloramiento masivo de proveedores privados de atención sanitaria que, junto con la introducción de cobros para cubrir parte de los costos de los servicios gubernamentales, conllevó un fuerte descenso del uso de los servicios de salud, especialmente entre los pobres. Los que solicitaban un tratamiento pagado de su propio bolsillo se arriesgaban a menudo a la ruina financiera (*51*).

Más recientemente, el pago de bolsillo comenzó a disminuir como porcentaje del gasto sanitario total, ya que el país trata de invertir esta tendencia. El proceso comenzó con las exenciones de los cobros a los usuarios para enfermedades como la lepra y la tuberculosis, así como para la inmunización y la atención prenatal. Ghana tampoco aplica cargos a las personas con ingresos sumamente bajos. En 2004 se introdujo el Plan Nacional de Seguro Médico y en junio de 2009, el 67,5% de la población se había registrado en él (*35*). Entre 2005 y 2008, el número de visitas de consulta externa dentro del país aumentó un 50%, desde unos 12 millones a 18 millones, mientras que los ingresos hospitalarios aumentaron un 6,3%, desde 0,8 millones a casi 0,85 millones.

Por el momento, cada uno de los planes provinciales de mutuales de seguros que conforman el sistema nacional constituye un grupo diferenciado de riesgo. La fragmentación es, por lo tanto, un problema persistente, como lo es la sostenibilidad. Pero Ghana está comprometida a corregir el abandono de la cobertura universal durante las últimas décadas.

Figura 1.1. Cobertura de los partos atendidos por personal sanitario cualificado e inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3) por países; datos del último año disponible[a]



[a] Ordenados de menor a mayor cobertura.
Fuente: (*19*).

salud revelan marcadas diferencias entre los grupos de ingresos de muchos países de ingresos bajos. De nuevo, se producen mayores diferencias en el acceso al personal sanitario cualificado durante el parto que en la inmunización infantil. Salvo excepciones, los más ricos, incluso en países de bajos ingresos, tienen un acceso a los servicios semejante al de los países de ingresos elevados. Los necesitados, sin embargo, casi siempre tienen mayores carencias que los acaudalados, aunque el grado varía. En algunos lugares, la cobertura de la DPT3 entre la gente sin recursos puede ser tan baja que representa el 10% de la de los ricos (*58*).

La utilización de los servicios sanitarios también varía de manera importante entre diversos países y dentro de los mismos (*59, 60*). Los datos incluidos en la Encuesta Mundial de Salud procedentes de 52 países, incluyendo todos los niveles de ingresos, mostraron que, durante el periodo de cuatro semanas previo a la encuesta, la utilización osciló entre menos del 10% de la población y más del 30% (*58*). En algunos lugares, las personas más adineradas afirmaron utilizar estos servicios más del doble que los pobres, a pesar de que estos últimos los necesitan mucho más.

Si bien los datos citados son un indicador de la cobertura, no ofrecen idea alguna sobre la calidad de la asistencia. Donde existe, la evidencia sugiere que las desigualdades son aún más acentuadas en la calidad del servicio prestado. Dicho de otro modo, la gente con pocos recursos de los países pobres no solamente están excluidos de estos servicios en gran medida, sino que cuando reciben la asistencia, es probable que ésta sea de una calidad inferior a la proporcionada a las personas más ricas (*61*).

Estos indicadores generales ofrecen una imagen aleccionadora, según la cual millones de personas, en su mayoría pobres, no pueden utilizar los servicios que necesitan, mientras que muchos millones más se enfrentan a graves dificultades financieras por tener que pagar por los servicios sanitarios. Es evidente que las causas de una cobertura escasa y desigual no se encuentran únicamente en el sistema de financiación, pero en este informe sostenemos que la cobertura podría ser considerablemente mayor si se dispusiera de fondos adicionales, dependiera en menor medida de los pagos directos para recaudar fondos y fuera más eficiente, todas ellas cuestiones financieras.

Varios países aumentan la protección contra el riesgo financiero más allá de la proporcionada por el sistema de financiación sanitaria, facilitando un elemento de seguridad financiera cuando la gente no puede trabajar por razones de salud (porque estén enfermos o hayan tenido un bebé). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) recopila información sobre el derecho a la licencia remunerada por enfermedad en el caso de una enfermedad, así como sobre el derecho a la licencia remunerada por maternidad. En 2007, 145 países concedieron el derecho a la licencia remunerada por enfermedad, aunque su duración y compensación económica difería notablemente. Únicamente el 20% de los países repuso el 100% de los ingresos perdidos, y el resto ofrecieron entre el 50% y el 75%. La mayoría de los países conceden un mes o más de licencia remunerada por enfermedad al año, en el caso de enfermedades graves, pero más de 40 limitan los pagos a menos de un mes (*62*).

Muchos países industrializados otorgan el derecho de licencia remunerada por maternidad a las trabajadoras del sector formal, pero la duración de la licencia y la naturaleza de los pagos también varían sustancialmente. Y aunque en teoría existe el derecho de licencia remunerada por maternidad, pocos países de ingresos bajos y medios disponen de informes sobre algún tipo de apoyo económico para las mujeres que tienen derecho al mismo (Cuadro 1.6).

La protección económica frente a la incapacidad laboral por enfermedad o embarazo suele estar disponible sólo para los trabajadores del sector formal. En los países de ingresos bajos, el 50% de la población en edad laboral suele trabajar en el sector informal y no tienen acceso a la remuneración de los ingresos en estos casos (*63*).

Aunque este informe se centra en la protección del riesgo financiero vinculado a la obligación de pagar por los servicios sanitarios, ésta es una parte importante de los esfuerzos realizados a nivel general para garantizar la protección social en salud. Como tal, la OMS es un patrocinador conjunto con la Organización Internacional del Trabajo y un participante activo en la iniciativa de las Naciones Unidas para ayudar a los países a desarrollar redes de protección social integrales. Estos programas incluyen la protección contra los riesgos financieros mencionados en este informe y los aspectos más amplios de sustitución de ingresos y apoyo social en el caso de enfermedad (*64*).

Cuadro 1.6. La protección del riesgo financiero y la sustitución de ingresos: la licencia por maternidad

El elemento central de la protección de la maternidad, que garantiza a las mujeres un período de descanso cuando nace un niño (junto con los medios para mantenerse ella misma y a su familia, y tener la garantía de que luego podrá reincorporarse a su trabajo) es la prestación económica que sustituye los ingresos regulares de la madre, durante un periodo de embarazo definido y después del parto. Las prestaciones económicas no suelen sustituir los ingresos previos, pero aún así, son una medida importante de protección social, sin la que el embarazo y el parto podrían plantear dificultades económicas a muchas familias. La licencia por maternidad y el sistema de sustitución de ingresos asociados a la misma también pueden tener consecuencias indirectas sobre la salud; sin estas medidas, las mujeres pueden verse obligadas a trabajar de nuevo demasiado pronto tras el parto, antes de que sea aconsejable hacerlo desde el punto de vista médico.

La mayoría de los países industrializados asignan una gran cantidad de recursos a la licencia por maternidad. Noruega invirtió en 2007 más que cualquier otro país, asignando US$ 31 000 por niño al año, con un total de US$ 1,8 mil millones. Mientras que la mayoría de los países de ingresos bajos y medios informan de un gasto cero en licencia por maternidad, a pesar del hecho de haber promulgado varias leyes que la garanticen. Esto puede deberse a que no se hacen cumplir las leyes, pero también puede explicarse por el hecho de que, en algunos países, la licencia por maternidad no conlleva ningún elemento de sustitución de ingresos.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo.

Tomar las decisiones correctas

No hay una sola manera de crear un sistema de financiación para lograr una cobertura universal. Todos los países deben tomar decisiones y aceptar compromisos, sobre todo relacionados con la forma en que se utilizan los fondos mancomunados. Representa un reto constante equilibrar las prioridades: los fondos suelen ser escasos, sin embargo la población siempre exige más y las tecnologías empleadas para mejorar la salud están en constante expansión. Tales conflictos obligan a los responsables políticos a hacer concesiones en tres áreas principales (Figura 1.2): el porcentaje de población que hay que cubrir, la oferta de servicios que se ha de conseguir y el porcentaje de gastos totales que se debe alcanzar.

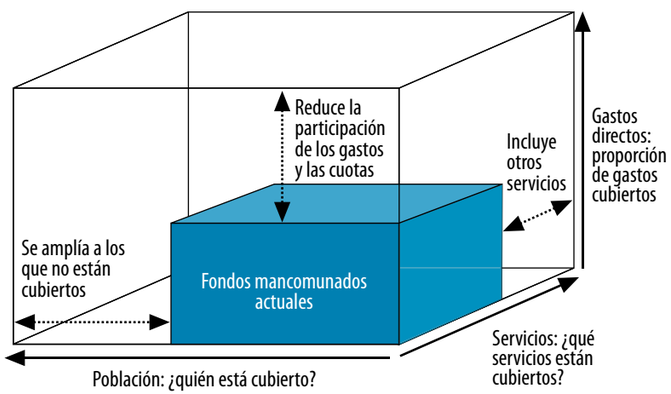
El cuadro etiquetado «fondos mancomunados corrientes» describe la situación en un país hipotético, en el que casi la mitad de la población está cubierta con la mitad de los servicios disponibles, pero donde menos de la mitad del coste de estos servicios se sufragan con fondos comunes. Para acercarse a la cobertura universal, el país tendría que ampliar la cobertura a más personas, ofrecer más servicios y/o pagar una mayor parte del gasto de los fondos mancomunados.

En los países europeos con seguridad social sanitaria establecida desde hace tiempo, este cuadro «fondos comunes actuales» ocupa casi todo el espacio. Pero en ninguno de los países de altos ingresos, de los que se suele decir que han alcanzado la cobertura universal, se cubre al 100% de la población con el 100% de los servicios, que podrían estar disponibles con el 100% del gasto, sin listas de espera. Cada país cubre este cuadro a su manera, compensando los servicios y los costes a partir de los fondos mancomunados. Los tiempos de espera para acceder a los servicios pueden variar enormemente de un país a otro; es posible que algunos servicios caros no se ofrezcan y que los ciudadanos contribuyan en un porcentaje diferente de los gastos con pagos directos.

Sin embargo, en estos países todos tienen acceso a un conjunto de servicios (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) y casi todo el mundo está protegido contra los graves riesgos financieros, gracias al prepago y la mancomunación de fondos. Los fundamentos son los mismos, aunque difieran las características específicas: están adaptados a las expectativas de la población y los profesionales sanitarios, el entorno político y la disponibilidad de fondos.

Los países tomarán diferentes caminos hacia la cobertura universal, en función de dónde y cómo empiecen, y tomarán distintas decisiones a lo largo de los tres ejes indicados en la Figura 1.2. Por ejemplo, en los escenarios en los que hoy en día, excepto la élite, todos están excluidos de los servicios de salud, avanzar rápidamente hacia un sistema que cubra a todo el mundo, ricos o pobres, puede ser una prioridad, incluso si la lista de servicios y la proporción de gastos cubiertos por los fondos comunes es relativamente pequeña (*21, 66*). Mientras tanto, en un sistema de amplio alcance, con apenas unos cuantos focos de exclusión, el país podrá optar en un principio por un enfoque específico, identificando a los que están excluidos y tomando medidas para asegurarse de que quedan cubiertos. En tales casos, pueden cubrir más servicios para los más necesitados y/o cubrir un mayor porcentaje de los gastos.

Figura 1.2. **Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal**



Fuente: adaptado de (*21, 65*).

Muchos países que inician el camino hacia la cobertura universal comienzan dirigiéndose a los grupos empleados en el llamado «sector formal», porque estos grupos son más fáciles de identificar. Pero en este abordaje específico hay aspectos negativos: puede dar lugar a sistemas de dos niveles, empeorando las condiciones de los que han quedado sin cubrir y, por conseguir un éxito parcial, puede reducir el impulso necesario para una reforma más radical.

Estas cuestiones se examinarán con más detalle en el Capítulo 3.

De cara al futuro

La Constitución de la OMS describe el derecho fundamental de todo ser humano a disfrutar «de la mejor asistencia sanitaria posible». La cobertura universal es la mejor manera de alcanzar ese derecho. Es fundamental para el Principio de Salud para Todos, fijado hace más de 30 años en la Declaración de Alma-Ata (Kazajstán). La declaración reconoció que la promoción y la protección de la salud también eran esenciales para el desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida, la seguridad social y la paz. El principio de cobertura universal se ratificó en el *Informe Mundial de la Salud 2008* sobre la atención primaria a la salud y en la resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud (*67*), y fue expuesta por la Comisión de 2008 sobre Determinantes Sociales de la Salud y la resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud sobre ese tema (*68*).

Este informe reitera estas antiguas convicciones, que se han hecho más profundas a medida que los países luchan con sus sistemas de financiación sanitaria. Además de tratar cuestiones técnicas relacionadas específicamente con la financiación de los sistemas sanitarios, el informe sitúa la justicia y la humanidad en el centro de la cuestión. El enfoque es práctico y optimista: todos los países, en todas las etapas de desarrollo, pueden tomar medidas para avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal y mantener sus logros.

Para preparar la senda hacia la cobertura universal, hay tres puntos que no han de olvidarse:

1. Los sistemas sanitarios son «sistemas complejos adaptables», en los que las relaciones no son predecibles y sus componentes interactúan de maneras inesperadas. Los participantes del sistema necesitan aprender y adaptarse constantemente a pesar, a menudo, de su resistencia al cambio (*69*). Aunque ofrecemos varias vías para la cobertura universal, los países tendrán que esperar lo inesperado.
2. La planificación de una carrera hacia la cobertura universal requiere que los países evalúen primero su situación actual. ¿Existe un compromiso político y comunitario suficiente para lograr y mantener la cobertura universal de la salud? Esta pregunta tendrá diferentes significados en función del contexto, pero eliminará las actitudes predominantes respecto a la solidaridad social y la autosuficiencia. Para crear una cobertura sanitaria universal se requiere un cierto grado de solidaridad social, puesto que cualquier sistema eficaz de protección financiera para toda la población se basa en la disposición de los ricos para subvencionar a los pobres, y la de los sanos para subvencionar a los enfermos. Investigaciones recientes sugieren que la mayoría de las sociedades, si no todas, tienen un concepto de solidaridad social cuando se trata del acceso a los servicios de salud y a los costes de la asistencia sanitaria, aunque la naturaleza y el alcance de estos sentimientos varía según el entorno (*70*). Dicho de otra manera, toda sociedad tiene una noción de justicia social que pone un límite al nivel de desigualdad aceptable (*71*).
3. Entonces, los responsables políticos tienen que decidir qué porcentaje de los costes provendrán de los fondos mancomunados a largo plazo y cómo equilibrar las ventajas y desventajas inevitables de su uso, la inte-

rrelación entre los porcentajes de población, los servicios y los gastos que se puedan cubrir. En el caso de los países que se enfoquen en mantener los logros que tanto costaron conseguir, serán cruciales la vigilancia y el ajuste continuos para hacer frente a la rápida evolución de las tecnologías y al cambio de las viejas estructuras y los patrones de las enfermedades.

Los siguientes tres capítulos presentan formas prácticas de:

- recaudar más fondos para la salud cuando sea necesario, o mantener la financiación frente a necesidades y exigencias a encarar;
- establecer o mantener un nivel adecuado de protección del riesgo financiero para que la gente que necesite los servicios no deje de acudir a ellos y no estén sujetos a gastos catastróficos o al empobrecimiento al hacerlo;
- mejorar la eficiencia y la equidad del empleo de los fondos, garantizando de manera eficaz que los fondos disponibles estén más orientados hacia la consecución del objetivo de cobertura sanitaria universal.

El último capítulo describe brevemente los pasos prácticos que todos los países y los socios internacionales pueden dar para recaudar fondos suficientes, lograr una puesta en común óptima y utilizar los recursos disponibles de manera eficiente a lo largo del camino que lleva hacia la cobertura universal. ■

Bibliografía

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006,84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007,26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007,16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110
10. 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
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009,68:201-209. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010,15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007,370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf, accessed 07 July 2010).
29. 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).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469
33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006,60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005,58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x

38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81–104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: 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, 2008:385–437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20-doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347
53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research GroupInequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health__Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005,34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf, accessed 08 July 2010).