Resumen

ix ¿Por qué la cobertura universal?
x ¿Dónde nos encontramos?
xi ¿Cómo resolvemos el problema?
xii Recaudación de recursos suficientes para la salud
xv Eliminación de los riesgos financieros y de las barreras de acceso
xviii Promoción de la eficiencia y eliminación del despilfarro
xx Desigualdades en la cobertura
xx Una agenda para la acción
xxi Facilitar y apoyar el cambio
xxii Medidas prácticas para los socios externos
xxiii Un mensaje de esperanza

Resumen

¿Por qué la cobertura universal?

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo.

No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado (*1*, *2*). Como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población.

Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las «circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen» influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere (*3*). La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad.

No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios[a] también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan. Es lo que determina la existencia de los propios servicios.

En reconocimiento de esta realidad, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos (*4*). Este objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal».

Los gobiernos se enfrentan a tres cuestiones fundamentales en su lucha por alcanzar este objetivo:

1. ¿Cómo se tiene que financiar dicho sistema sanitario?
2. ¿Cómo pueden proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios?
3. ¿Cómo pueden fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles?

También deben garantizar que la cobertura sea equitativa y establecer medios de confianza para controlar y evaluar el progreso.

En este informe, la OMS describe cómo pueden modificar los países sus sistemas de financiación para avanzar con mayor rapidez hacia la cobertura universal y mantener esos logros. Este informe sintetiza las nuevas investigaciones y las lecciones aprendidas de la experiencia, traduciéndolas en un conjunto de acciones posibles que los países, en todos los niveles de desarrollo, pueden tener en cuenta y adaptar a sus propias necesidades. Se sugieren algunas maneras en las que la comunidad internacional puede ayudar a los países de ingresos bajos en su esfuerzo para lograr la cobertura universal.

Mientras el mundo lucha contra la desaceleración económica, la globalización de las enfermedades y de las economías, y la creciente demanda de atención a los enfermos crónicos relacionada en parte con el envejecimiento de las poblaciones, la necesidad de una cobertura sanitaria universal y de una estrategia para financiarla nunca ha sido mayor.

¿Dónde nos encontramos?

La resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 asegura que todos tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo. El mundo todavía está muy lejos de la cobertura universal en ambos aspectos.

Por una parte, respecto a la cobertura de los servicios, por ejemplo, la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado puede ser tan baja como un 10% en algunos países, mientras que es casi del 100% en los países con los índices de mortalidad materna más bajos. Dentro de los países existen variaciones similares. Generalmente, las mujeres ricas obtienen niveles parecidos de cobertura, independientemente de dónde vivan, mientras que las pobres quedan excluidas. Las mujeres comprendidas dentro del 20% de la población más rica tienen hasta 20 veces más probabilidades de que su parto esté asistido por personal sanitario cualificado que las mujeres pobres.

Eliminar esta diferencia de cobertura entre ricos y pobres en 49 países de ingresos bajos salvaría la vida de más de 700 000 mujeres desde este momento hasta el año 2015 (*5*). Del mismo modo, los niños ricos viven más que los pobres; si se superara esta diferencia de cobertura en los diversos servicios para niños menores de cinco años, en concreto, la vacunación sistemática, salvaría más de 16 millones de vidas.

Sin embargo, los ingresos no son el único factor que influye en la cobertura de los servicios. En muchos casos, los extranjeros, las minorías étnicas y los indígenas utilizan menos los servicios que otros grupos de población, a pesar de que sus necesidades puedan ser mayores.

La otra cara de la moneda es que, cuando la gente sí usa los servicios, a menudo incurre en gastos catastróficos al pagar por la asistencia prestada.

En algunos países, hasta el 11% de la población sufre este tipo de dificultad financiera grave cada año y hasta el 5% se ve arrastrada a la pobreza. A nivel mundial, alrededor de 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anualmente y 100 millones se ven obligadas a vivir por debajo del umbral de pobreza.

El otro castigo financiero impuesto a los enfermos (y frecuentemente a quienes están a cargo de su cuidado) es la pérdida de ingresos. En la mayoría de los países, los familiares pueden ofrecer algún tipo de ayuda económica, aunque sea pequeña, a otros miembros de la familia cuando estos están enfermos. Las transferencias financieras más formales para proteger a quienes están demasiado enfermos como para trabajar son menos habituales. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sólo una de cada cinco personas en todo el mundo está cubierta con una seguridad social amplia que también incluya la pérdida salarial en caso de enfermedad, y más de la mitad de la población del mundo carece de todo tipo de protección social formal. Únicamente el 5–10% de las personas están cubiertas en el África subsahariana y en Asia meridional, mientras que en los países de ingresos medios los índices de cobertura varían entre el 20% y el 60%.

La financiación sanitaria es una parte importante de la ampliación de los esfuerzos para asegurar la protección social en la salud. En este sentido, la OMS es el organismo líder junto con la OIT en la iniciativa de las Naciones Unidas para ayudar a los países a desarrollar una Red de protección social que incluya el tipo de protección frente a los riesgos financieros analizados en este informe y las características más generales de la sustitución de los ingresos y de la asistencia social en caso de enfermedad (*6*).

¿Cómo resolvemos el problema?

En su camino hacia la cobertura universal, los países se encuentran con tres problemas fundamentales relacionados entre sí. El primero es la disponibilidad de recursos. Ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida.

En el otro extremo de la escala, en los países más pobres, hay pocos servicios disponibles para todos.

La otra barrera para la cobertura universal es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia. Esto incluye los pagos de medicamentos sin recetas y las cuotas de las consultas y los procedimientos. Aun disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coaseguros o deducibles.

La obligación de pagar directamente por los servicios en el momento de necesitarlos, ya sea que el pago se realice de manera formal o de manera informal (de forma clandestina), impide que millones de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan. Para aquellos que realmente buscan tratamiento, esto puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a empobrecerse.

El tercer obstáculo para avanzar más rápido hacia la cobertura universal es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos. Se malgasta el 20–40% de los recursos destinados a la salud, siendo ésta una estimación conservadora. Reducir este despilfarro mejoraría en gran medida la capacidad de los sistemas sanitarios para prestar servicios de calidad y mejorar la salud. Una mayor eficiencia suele facilitar la argumentación del ministerio de sanidad a la hora de solicitar fondos adicionales al ministerio de economía.

Llegados a este punto, el camino hacia la cobertura universal se vuelve relativamente simple, al menos sobre el papel. Los países deben recaudar los fondos suficientes, disminuir la dependencia de los pagos directos para financiar los servicios y mejorar la eficiencia y la equidad. Estos aspectos se analizarán en los próximos apartados.

Muchos países de ingresos bajos y medios han demostrado en la última década que acercarse a la cobertura universal no es un derecho exclusivo de los países de ingresos elevados. Recientemente, países como Brasil, Chile, China, México, Rwanda y Tailandia han dado pasos agigantados para abordar los tres problemas descritos anteriormente. Gabón ha introducido formas innovadoras de recaudación de fondos para la salud, incluyendo una tasa sobre el uso de los teléfonos móviles; Camboya ha presentado un fondo de igualdad sanitaria que cubre los costes de la salud de los pobres; y el Líbano ha mejorado la eficiencia y la calidad de su red de asistencia primaria.

Entretanto, está claro que todos los países pueden avanzar en, al menos, una de las tres áreas clave. En la actualidad, hasta los países de ingresos altos reconocen que tienen que reexaminar continuamente su avance para hacer frente al aumento de los costes y de las expectativas. Por ejemplo, Alemania ha reconocido que el envejecimiento de su población se ha traducido en una disminución de la proporción de personas que obtienen remuneraciones y salarios dentro del total de la población, lo que dificulta la financiación de su sistema de seguridad social a través de las fuentes habituales de cotizaciones al seguro deducidas de los salarios. Como resultado, el gobierno ha inyectado al sistema otros fondos provenientes de los ingresos generales.

Recaudación de recursos suficientes para la salud

A pesar de que el apoyo económico nacional para la cobertura universal será de suma importancia para su sostenibilidad, no es realista esperar que la mayoría de los países con ingresos bajos consigan a corto plazo la cobertura universal sin ayuda. La comunidad internacional deberá apoyar económicamente los esfuerzos nacionales de los países más pobres para ampliar rápidamente el acceso a los servicios.

Para que esto suceda, es importante conocer el coste probable. Las estimaciones recientes sobre el dinero que se necesita para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y para garantizar el acceso a las intervenciones críticas, incluso para la enfermedades no transmisibles en 49 países de ingresos bajos, sugieren que estos países tendrán que gastar una media (no ponderada) de un poco más de US$ 60 *per capita* para el año 2015, bastante más que los US$ 32 que invierten actualmente. Esta cifra para 2015 incluye el coste de la ampliación del sistema sanitario, de modo que puedan suministrar el conjunto especificado de intervenciones.

Por lo tanto, el primer paso hacia la cobertura universal es asegurar que los países más pobres tengan estos fondos y que la financiación aumente continuamente durante los próximos años para permitir un avance progresivo.

No obstante, incluso los países que actualmente gastan más del mínimo necesario estimado no pueden relajarse. Alcanzar los ODM y garantizar el acceso a las intervenciones críticas centrándose en las enfermedades no transmisibles (las intervenciones incluidas en las estimaciones de los costes aquí presentadas) es sólo el comienzo. A medida que el sistema mejore, aumentarán inevitablemente las demandas de más servicios, de una mayor calidad en los mismos y/o de niveles más altos de protección contra los riesgos financieros. Los países de ingresos altos buscan fondos continuamente para satisfacer las demandas y las expectativas crecientes de sus poblaciones y para pagar las tecnologías y las opciones en rápida expansión con el fin de mejorar la salud.

Todos los países tienen la posibilidad de recaudar más dinero para la salud a nivel nacional, siempre que los gobiernos y las personas se comprometan a hacerlo. Existen tres formas generales de conseguirlo, más una cuarta opción para aumentar la ayuda al desarrollo y hacer que funcione mejor en el caso de la salud.

1. **Aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos**. Incluso en los países de ingresos altos, la evasión y la recaudación ineficiente de impuestos y primas de seguros pueden suponer un grave problema. Las dificultades reales de la recaudación de impuestos y las aportaciones al seguro médico, especialmente en los países con un gran sector informal, están bien documentadas. Mejorar la eficiencia de la recaudación de ingresos aumentará los fondos que se puedan utilizar para prestar servicios o comprarlos en nombre de la población. Indonesia ha cambiado por completo su sistema fiscal, obteniendo así beneficios sustanciales en el gasto público general y, en concreto, en el gasto sanitario.
2. **Restablecer las prioridades de los presupuestos del estado**. Algunas veces, los gobiernos dan una importancia relativamente baja a la salud cuando asignan sus presupuestos. Por ejemplo, unos pocos países africanos alcanzaron el objetivo, acordado por sus jefes de Estado en la Declaración de Abuja, Nigeria, de 2001, de destinar el 15% de sus presupuestos nacionales a la salud. En la actualidad, 19 de los países de la región que firmaron la declaración asignan menos dinero de lo que asignaron en 2001. No obstante, la República Unida de Tanzania, asignó el 18,4% a la sanidad y Liberia, el 16,6% (cifras que incluyen las contribuciones de los socios externos, canalizadas a través del gobierno y que son difíciles de presentar por separado). En conjunto, si los 49 países de ingresos bajos aumentaran la asignación de la salud del gasto público total al 15% podrían recaudar unos US$ 15 mil millones más al año para la salud procedentes de fuentes nacionales.
3. **Financiación innovadora.** Hasta este momento, la atención se ha centrado en gran parte en ayudar a los países ricos a recaudar más fondos para la salud en los entornos pobres. El Grupo de Trabajo de Expertos sobre Financiación Internacional para Sistemas de Salud incluyó el aumento de impuestos sobre los billetes aéreos, las transacciones de divisas y el tabaco en su lista de métodos para recaudar US$ 10 mil millones más al año destinados a la salud mundial. Los países de ingresos altos, medios y bajos deberían considerar algunos de estos mecanismos de recaudación nacional de fondos. Una tasa sobre las transaccio-

nes de divisas podría recaudar sumas importantes en algunos países. Por ejemplo, la India tiene un mercado de divisas importante, con una facturación diaria de US$ 34 mil millones. Una tasa sobre las transacciones de divisas del 0,005% en este volumen de negocio podría reportarle al país unos US$ 370 millones al año, si la India adoptara esta medida. Otras opciones son los bonos diáspora (que se venden a los emigrantes) y las tasas solidarias sobre una variedad de productos y servicios, como las llamadas de teléfonos móviles. Todas las tasas tienen un cierto efecto distorsionador sobre la economía y se encontrarán con la oposición de quienes tengan intereses creados. Los gobiernos deberán aplicar las que mejor se adapten a sus economías y tengan posibilidades de recibir apoyo político. Por otro lado, las tasas sobre los productos que son perjudiciales para la salud tienen el doble beneficio de mejorar la salud de la población mediante la disminución del consumo, al tiempo que recaudan más fondos. Un aumento del 50% en los impuestos al consumo del tabaco generaría US$ 1,42 mil millones de fondos adicionales en 22 países de ingresos bajos de los que hay datos disponibles. Si todo esto se destinara a la salud, permitiría que el gasto público en sanidad aumentase más del 25% en varios países y, como máximo, un 50%. El incremento de los impuestos sobre el alcohol al 40% en el precio del minorista tendría incluso un impacto mayor. El cálculo para 12 países de ingresos bajos de los que hay datos disponibles muestra que los niveles de consumo caerían más de un 10%, mientras que la recaudación de los impuestos superaría su triplicación hasta alcanzar un nivel del 38% del gasto sanitario total en dichos países. Muchos países pueden permitirse aumentar los impuestos sobre el tabaco y el alcohol. Incluso si se asignara a la salud sólo una parte de la recaudación, el acceso a los servicios mejoraría sustancialmente. Algunos países también están considerando aplicarlos impuestos sobre otros productos perjudiciales, como las bebidas azucaradas y las comidas con alto contenido de sal o ácidos grasos trans (*7*, *8*).

4. **Ayuda al desarrollo para la salud.** Si bien todos los países, ricos o pobres, podrían hacer más para aumentar la financiación sanitaria o para diversificar sus fuentes de financiación, sólo ocho de los 49 países de bajos ingresos mencionados anteriormente tienen alguna posibilidad de generar los fondos necesarios para alcanzar los ODM para el año 2015 disponiendo únicamente de las fuentes nacionales. La solidaridad mundial sigue siendo necesaria. El déficit de financiación al que se enfrentan estos países de ingresos bajos pone de relieve la necesidad de que los países de ingresos altos cumplan sus compromisos de ayuda oficial al desarrollo (AOD) y la respalden con un mayor esfuerzo para mejorar la eficiencia de la ayuda. Si bien la financiación innovadora puede complementar la AOD tradicional, en el caso de que los países cumplieran de inmediato sus promesas internacionales actuales, la financiación externa para la salud de los países de ingresos bajos superaría el doble de la noche a la mañana, y el déficit estimado de fondos para alcanzar los ODM quedaría prácticamente eliminado.

Eliminación de los riesgos financieros y de las barreras de acceso

Aunque contar con los fondos suficientes es importante, será imposible acercarse a la cobertura universal si las personas sufren dificultades financieras o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos. Cuando esto sucede, los enfermos corren con todos los riesgos financieros asociados al pago de la asistencia. Deben decidir si pueden permitirse el recibir atención y, a menudo, esto significa escoger entre pagar por los servicios sanitarios o pagar por otros elementos esenciales, como la comida o la educación de los niños.

En los lugares donde se cobran los servicios, todo el mundo paga el mismo precio, independientemente de su situación económica. No existe ninguna expresión formal de solidaridad entre los enfermos y las personas sanas o entre los ricos y los pobres. Dicho sistema imposibilita la distribución de los gastos a lo largo de la vida: pagar las cotizaciones cuando se es joven y se está sano y recurrir a ellas en caso de enfermedad más adelante. Por lo tanto, el riesgo de catástrofe financiera y el empobrecimiento es alto, y conseguir la cobertura universal, imposible.

Casi todos los países imponen algún tipo de pago directo, a veces llamado «costo compartido»; aunque, cuanto más pobre es el país, mayor es la proporción del gasto total que se financia de este modo. Los ejemplos más extremos los encontramos en 33 países, en su mayoría de ingresos bajos, donde los pagos directos en efectivo representaron más del 50% del total del gasto sanitario en 2007.

La única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el prepago con mancomunación de los riesgos, el camino escogido por la mayoría de los países que más se han acercado a la cobertura universal. Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de prepago y mancomunación, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista. Estos mecanismos se basan en los pagos realizados antes de sufrir una enfermedad, mancomunados de alguna manera y se emplean para financiar los servicios sanitarios de todos aquellos que tengan cobertura: tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas y discapacitadas, y prevención y promoción para todos.

Únicamente cuando los pagos directos están por debajo del 15–20% del gasto sanitario total, la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes. Es un objetivo difícil al que los países ricos pueden aspirar, pero es posible que otros países quieran establecer metas más modestas a corto plazo. Por ejemplo, los países de las regiones de la OMS de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental han establecido recientemente un objetivo entre el 30% y el 40%.

Los fondos pueden proceder de varias fuentes: impuestos sobre la renta y basados en el salario, impuestos al valor añadido sobre una base más amplia o impuestos especiales sobre el tabaco y el alcohol, y/o primas de seguro. La fuente es menos importante que las políticas desarrolladas para administrar los sistemas de prepago. ¿Deberían ser obligatorias estas contribuciones? ¿Quién tendría que pagar, cómo y cuándo? ¿Qué pasaría con las personas que no pueden contribuir económicamente? También es necesario tomar

decisiones sobre la mancomunación. ¿Se deberían mantener los fondos como parte de los ingresos consolidados del gobierno? o ¿en uno o más fondos de seguros médicos, bien sean sociales, privados, comunitarios o microfondos?

Cuando se formulan dichas políticas, la experiencia de los países revela tres grandes lecciones a tener en cuenta.

En primer lugar, en todos los países, una parte de la población es demasiado pobre para contribuir a través de impuestos sobre la renta o de primas de seguro. Será necesario subvencionarlos con fondos mancomunados (generalmente, con rentas públicas). Dicha ayuda puede ofrecerse en forma de acceso directo a los servicios financiados por el gobierno o mediante subvenciones en sus primas de seguro. Los países en los que toda la población tiene acceso a un conjunto de servicios suelen tener niveles altos de fondos mancomunados, en torno al 5–6% del producto interior bruto (PIB).

En segundo lugar, las contribuciones deben ser obligatorias; de lo contrario, los ricos y las personas sanas se desentenderán y la financiación no será suficiente para cubrir las necesidades de los pobres y los enfermos. Aunque los programas del seguro voluntario pueden recaudar algunos fondos ante la ausencia generalizada del prepago y la mancomunación, y también ayudan a que la población se familiarice con los beneficios del seguro, tienen una capacidad limitada para cubrir una serie de servicios para aquellos que son demasiado pobres para pagar las primas. De ahí la importancia de aplicar planes más a largo plazo para expandir el prepago e incorporar el seguro comunitario y el microseguro en un fondo mancomunado más amplio.

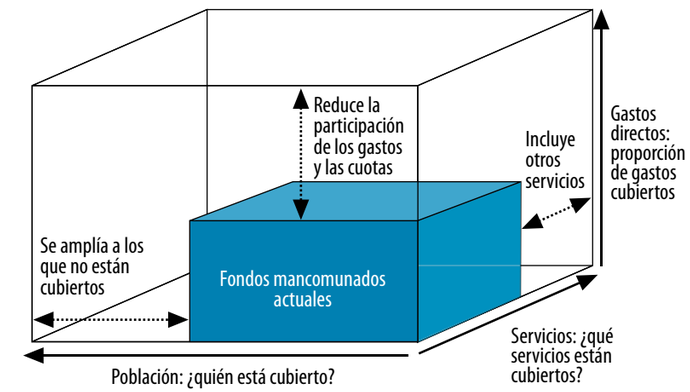
En tercer lugar, los fondos mancomunados que protegen las necesidades sanitarias de una pequeña cantidad de personas no son viables a largo plazo. Unos pocos episodios de enfermedades caras acabarían con ellos. La existencia de múltiples fondos mancomunados, en los que cada uno cuenta con su propio sistema de administración e información, tampoco es eficiente y dificulta la consecución de la equidad. Por lo general, uno de los fondos proporcionará grandes beneficios a la gente bastante adinerada, que no querrá subvencionar de manera cruzada los costes de la población más pobre y en peor estado de salud.

La subvención cruzada es posible cuando hay muchos fondos, pero esto requiere una voluntad política y una capacidad técnica y administrativa. En los Países Bajos y en Suiza, por ejemplo, los fondos se transfieren desde los planes de seguro que inscriben a personas con pocas necesidades sanitarias (y que incurren en gastos menores) a los que inscriben a personas de alto riesgo que requieren más servicios.

Incluso en lugares donde la financiación en gran parte es prepagada y mancomunada, será necesario compensar entre las partes de la población a cubrir, la variedad de servicios ofertada y la proporción del coste total a pagar (Figura 1). El cuadro con la leyenda «fondos mancomunados corrientes» describe la situación actual en un país hipotético, en el que casi la mitad de la población está cubierta para la mitad de los servicios disponibles, pero donde menos de la mitad del coste de estos servicios se sufragan con fondos mancomunados. Para acercarse a la cobertura universal, el país tendría que ampliar la cobertura a un mayor número de personas, ofrecer más servicios y/o pagar una parte mayor del gasto.

En países con mecanismos de seguridad social desde hace mucho tiempo, como los de Europa o Japón, el cuadro de los fondos mancomunados corrientes ocupa casi todo el espacio. Sin embargo, ninguno de los países de ingresos altos, de los que se suele decir que han alcanzado la cobertura universal, cubre realmente al 100% de la población para el 100% de los servicios disponibles y en el 100% del coste, sin listas de espera. Cada país llena el cuadro a su manera, compensando la proporción de los servicios y de los costes a cubrir con los fondos mancomunados.

Figura 1. **Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal**



Fuente: Adaptado de (*9*, *10*).

No obstante, el total de la población de estos países tiene derecho a usar un conjunto de servicios (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación). Prácticamente todos están protegidos de los riesgos financieros, gracias a los mecanismos de financiación basados en el prepago y la mancomunación. Los fundamentos son los mismos, aunque difieran las características específicas determinadas por la interacción de las expectativas de la población y de los profesionales sanitarios, el entorno político y la disponibilidad de fondos.

Los países tomarán distintos caminos hacia la cobertura universal, en función de dónde y cómo empiecen, y tomarán distintas decisiones a medida que progresen por los tres ejes indicados en la Figura 1. Por ejemplo, para los países que excluyan de los servicios sanitarios a toda la población excepto a la élite, avanzar rápidamente hacia un sistema que cubra a todos, ricos o pobres, puede ser una prioridad, incluso si la lista de servicios y la proporción de los gastos cubiertos con los fondos mancomunados es relativamente pequeña. Mientras tanto, en un sistema de amplio alcance, con apenas unos pocos focos de exclusión, el país podrá optar en un principio por un enfoque específico, identificando a quienes están excluidos y tomando medidas para garantizar que queden cubiertos. En tales casos, pueden cubrir más servicios para los más necesitados y/o cubrir un mayor porcentaje de los gastos.

En última instancia, la cobertura universal requiere el compromiso de cubrir al 100% de la población, y se tienen que desarrollar los planes para lograr este fin desde el principio, incluso si no se alcanza el objetivo inmediatamente.

Otras barreras para acceder a los servicios sanitarios

Eliminar las barreras económicas implícitas de los sistemas de pago directo ayudará a los más desfavorecidos a conseguir asistencia, pero no la garantizará. Estudios recientes sobre los motivos por los que las personas no completan los tratamientos para las enfermedades crónicas muestran que los costes del transporte y los ingresos bajos pueden ser aun más prohibitivos que los cargos impuestos por el servicio. Además, si los servicios no están

disponibles o no están disponibles en las cercanías, las personas no pueden usarlos ni aun siendo gratuitos.

Muchos países están investigando la manera de superar estas barreras. Las transferencias condicionadas de dinero en efectivo, con las que las personas reciben dinero si realizan determinadas acciones para mejorar su salud (normalmente relacionadas con la prevención), han aumentado el uso de los servicios en algunos casos. Otras opciones son los cupones o reintegros para cubrir los gastos de transporte y los programas de microcréditos que ofrecen a los miembros de las familias pobres (a menudo mujeres) la posibilidad de ganar dinero, que puede usarse de distintas maneras, incluyendo la búsqueda y obtención de los servicios sanitarios.

Promoción de la eficiencia y eliminación del despilfarro

Recaudar el dinero suficiente para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará la cobertura universal. Tampoco lo hará la eliminación de las barreras económicas para el acceso a través del prepago y la mancomunación. El requisito final es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente.

En todos los países existen oportunidades para conseguir más con los mismos recursos. Se suelen emplear medicamentos caros cuando se dispone de opciones más baratas e igualmente eficaces. En muchos países, el uso de antibióticos e inyecciones es excesivo, su almacenamiento es deficiente y se deterioran, y hay grandes variaciones en los precios que negocian las agencias de aprovisionamiento con los proveedores. La reducción de gastos innecesarios en medicamentos y el uso más adecuado de los mismos, sumados a la mejora del control de la calidad, podrían ahorrarles a los países hasta el 5% del gasto sanitario.

Los medicamentos están relacionados con tres de las causas más comunes de ineficiencia descritas en este informe. Las soluciones para las otras seis se pueden agrupar bajo los siguientes títulos:

- Sacar el máximo partido a las tecnologías y los servicios sanitarios
- Motivar al personal sanitario
- Mejorar la eficiencia hospitalaria
- Conseguir la asistencia correcta la primera vez, reduciendo los errores médicos
- Eliminar el despilfarro y la corrupción
- Evaluar críticamente cuáles son los servicios necesarios.

Hablando con cautela, cerca del 20–40% de los recursos utilizados en la salud se malgastan; unos recursos que se podrían encauzar en la dirección correcta para alcanzar la cobertura universal.

Independientemente del nivel de ingresos, todos los países pueden tomar medidas para disminuir la ineficiencia, algo para lo que se necesita una evaluación inicial de la naturaleza y las causas de las ineficiencias locales basada en el análisis de este informe. En algunos casos la ineficiencia puede deberse más al gasto sanitario insuficiente que al despilfarro. Por ejemplo, los salarios bajos provocan que el personal sanitario complemente sus ingresos con un segundo empleo simultáneo, lo que disminuye el rendimiento en su trabajo principal. Entonces, se tendrían que analizar los costes y el posible impacto de las soluciones más viables.

Los incentivos para obtener una mayor eficiencia se pueden incorporar a la forma en que se paga a los prestadores de servicios. El pago de honorarios por servicio fomentan un exceso de atención para quienes se pueden permitir pagarlas o para aquellos cuyos gastos están cubiertos por los fondos mancomunados (por ejemplo, impuestos y seguros), y una atención insuficiente para quienes no pueden costeárselas.

Se han probado muchas alternativas. Todas tienen ventajas e inconvenientes. En aquellos casos en los que el pago de honorarios por servicio es lo normal, los gobiernos y las compañías de seguros tienen que introducir controles para reducir el exceso de servicios. La aplicación de estos controles puede ser costosa y necesitar más capacidad humana y de infraestructuras para medir y supervisar el uso (y el posible abuso) de los servicios.

En otros casos, se han reemplazado los pagos de cuotas por el servicio con la capitación de servicios de atención primaria o por algún tipo de pago en función del caso, como los grupos relacionados por el diagnóstico a nivel hospitalario. La capitación de servicios implica el pago de un monto fijo por persona inscrita con un proveedor o un centro en cada período, independientemente de los servicios prestados. El pago en función del caso consiste en un monto fijo por caso, nuevamente sin importar la intensidad o la duración del tratamiento hospitalario.

Ambos disminuyen el incentivo de la sobreprestación. Sin embargo, se ha argumentado que los grupos relacionados por el diagnóstico (es decir, el pago de una tarifa estándar para un procedimiento, más allá del tiempo que los pacientes permanezcan en el hospital) pueden alentar a los hospitales a que den el alta a los pacientes prematuramente, para luego volver a ingresarlos con rapidez y, que de este modo, se realicen dos pagos en lugar de uno.

El pago a los prestadores de servicios es un proceso complejo en permanente cambio. Algunos países han desarrollado un sistema mixto de pago, con la idea de que es más eficiente que una modalidad de pago único.

Es posible encontrar enfoques más eficientes de compra de servicios, descritos a menudo como «compras estratégicas». El sistema tradicional en el que se reembolsa a los prestadores por sus servicios (y los gobiernos nacionales asignan presupuestos para varios niveles de administración basados en su mayoría en la financiación recibida el año anterior) se ha denominado «compra pasiva». Una compra más activa puede mejorar la calidad y la eficiencia haciendo preguntas explícitas sobre las necesidades sanitarias de la población: ¿Qué intervenciones y servicios satisfacen mejor sus necesidades y expectativas con los recursos disponibles? ¿Cuál es la combinación apropiada de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación? ¿Cómo se deben comprar y a quién se deben ofrecer estas intervenciones y estos servicios?

Las compras estratégicas son algo más que una simple elección entre la compra pasiva y la activa. Los países decidirán dónde pueden funcionar según su capacidad para recopilar, controlar e interpretar la información necesaria, y para fomentar y hacer cumplir las normas de calidad y eficiencia. La compra pasiva genera ineficiencia. Cuanto más cerca estén los países de la compra activa, más probabilidades habrá de que el sistema sea eficiente.

Desigualdades en la cobertura

Los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar que todos los proveedores, públicos y privados, funcionen correctamente y se ocupen del coste de las necesidades de los pacientes con eficacia y eficiencia. También deben garantizar que se disponga de una variedad de servicios, en función de la población, centrada en la prevención y la promoción; servicios como los programas de comunicación de masas diseñados para reducir el consumo de tabaco o para fomentar que las madres lleven a vacunar a sus hijos.

Asimismo, son responsables de garantizar que todos puedan obtener los servicios que necesiten y estén protegidos de los riesgos financieros asociados con su uso. Esto puede entrar en conflicto con el camino hacia la eficiencia, debido a que la manera más eficiente de utilizar los recursos no siempre es la más equitativa. Por ejemplo, normalmente es más eficiente ubicar los servicios en las zonas pobladas, pero para que las personas pobres de las zonas rurales tengan acceso a estos servicios, habrá que ubicarlos cerca de ellos.

Los gobiernos también deben ser conscientes de que los servicios públicos gratuitos pueden ser acaparados por los ricos, que los utilizan más que los pobres, aunque puedan necesitarlos menos. En algunos países, sólo las personas ricas tienen acceso a un nivel adecuado de servicios, mientras que en otros, sólo los más pobres son excluidos. Algunos grupos de personas se ven afectados por las lagunas que existen en las mayorías de los sistemas, y los patrones de exclusión de los servicios varían. Se debe poner especial atención a las dificultades a las que se enfrentan los grupos de mujeres, grupos étnicos y grupos de extranjeros para acceder a los servicios, y atender los problemas específicos que sufren las poblaciones indígenas.

Una agenda para la acción

Ningún país parte de cero en la manera de financiar la asistencia sanitaria. Todos tienen implantado algún tipo de sistema sobre el que trabajar de acuerdo a sus valores, limitaciones y oportunidades. Este proceso debe nutrirse de las experiencias nacionales e internacionales.

Todos los países pueden hacer más para recaudar fondos para la salud o para diversificar las fuentes de financiación, con el fin de disminuir la dependencia de los pagos directos mediante la promoción del prepago y la mancomunación, y de utilizar los fondos con mayor eficiencia y equidad, siempre que exista una voluntad política.

La salud puede ser pionera en el aumento de la eficiencia y la igualdad. Por ejemplo, los responsables políticos de la sanidad pueden hacer mucho para reducir las pérdidas, especialmente en los contratos. También pueden tomar medidas, incluyendo las normativas y las legislativas, para mejorar la prestación de servicios y la eficiencia general del sistema; medidas que después podrían seguir otros sectores.

No bastará con escoger únicamente de un menú de opciones o importar lo que ha funcionado en otros escenarios. La estrategia de financiación sanitaria debe ser de cosecha propia, avanzando en dirección de la cobertura universal al margen de los terrenos conocidos. Por lo tanto, es imprescindible que los países desarrollen sus propias capacidades de análisis y comprendan los puntos fuertes y los débiles de su sistema actual, de manera que puedan adaptar las políticas de financiación sanitaria y, en consecuencia, aplicarlas, controlarlas y modificarlas a lo largo del tiempo.

Facilitar y apoyar el cambio

Las lecciones descritas anteriormente se centran en los desafíos técnicos de la reforma de la financiación sanitaria. Pero el aspecto técnico es sólo un componente del desarrollo y la aplicación de la política; será necesario acometer otras acciones que lo respalden y faciliten la reflexión y el cambio.

Estas acciones están integradas en el proceso de decisión sobre la financiación sanitaria representado en la Figura 2. Está diseñado como una guía, más que como un programa, y cabe señalar que, si bien los procesos que prevemos están representados como conceptualmente independientes, estos se superponen y evolucionan de forma continua.

Las siete actuaciones aquí descritas no sólo son aplicables a los países de ingresos bajos y medios. Los países de altos ingresos que han alcanzado niveles elevados de cobertura y protección contra los riesgos financieros también deben autoevaluarse continuamente para garantizar que el sistema de financiación consiga sus objetivos frente al cambio permanente de las tecnologías y las actuaciones diagnósticas y terapéuticas, las demandas crecientes y las limitaciones fiscales.

El diseño y la estrategia de aplicación de la financiación sanitaria es un proceso de adaptación continua, más que un progreso lineal hacia una perfección teórica. Se debe comenzar por una exposición clara de los principios e ideales que conducen al sistema de financiación, lo que se entiende por cobertura sanitaria universal en el país determinado. Esto prepara el terreno para el análisis de la situación (actuación 2). La actuación 3 identifica el entorno económico y cómo se puede cambiar esto con el tiempo. Incluye la consideración de cuánto está desembolsando la gente de su propio bolsillo y cuánto se gasta en el sector no gubernamental. La actuación 4 contempla las posibles restricciones del desarrollo y la puesta en marcha de los planes para acercarse a la cobertura universal, mientras que las actuaciones 5 y 6 abarcan la formulación y la puesta en práctica de estrategias detalladas.

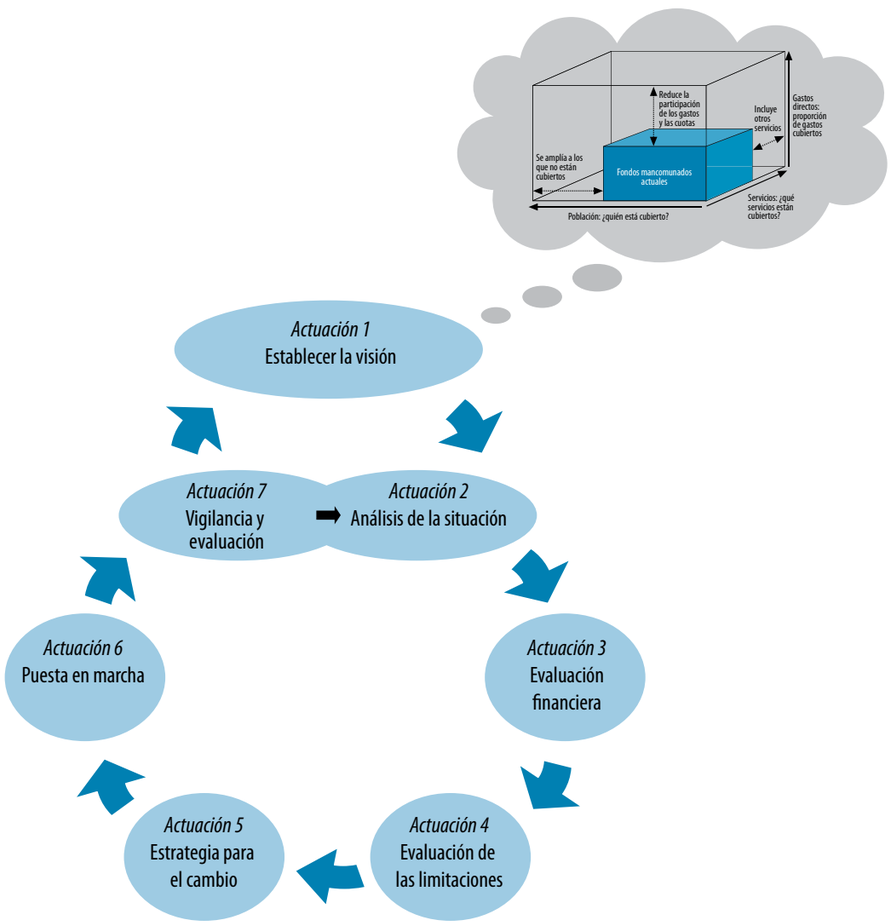
El ciclo, tal y como está previsto se completa (actuación 7) cuando un país revisa el avance de sus objetivos planteados (actuación 1), lo que le permite volver a evaluar sus estrategias y diseñar nuevos planes para corregir cualquier problema. Se trata de un proceso basado en el aprendizaje continuo, la realidad práctica de la alimentación del sistema en constante revisión y ajuste.

Los sistemas de financiación sanitaria deben adaptarse, y no sólo porque siempre hay posibilidades de mejorar, sino porque los países también cambian: las características epidemiológicas evolucionan, los recursos van y vienen y las instituciones se transforman o decaen.

Medidas prácticas para los socios externos

Tal como se ha señalado previamente, muchos de los países más pobres no podrán financiar un sistema de cobertura universal con sus propios recursos nacionales durante muchos años, ni siquiera uno con un modesto conjunto de servicios sanitarios. Para permitir que los países más pobres puedan avanzar más rápido, los socios externos tendrán que aumentar sus contribuciones para cumplir sus compromisos internacionales previamente acordados. Sólo con esta acción, se cerraría casi por completo la brecha financiera señalada anteriormente para los 49 países de ingresos bajos y se salvarían más de 3 millones de vidas antes de 2015.

Figura 2. **El proceso de toma de decisiones en la financiación sanitaria**



La ayuda oficial al desarrollo (AOD) tradicional puede complementarse con fuentes innovadoras de financiación. Como sugirió el grupo de trabajo de expertos, algunas de las formas innovadoras anteriormente analizadas para recaudar fondos podrían aplicarse también a nivel internacional. Algunas ya se están aplicando, tal y como demostró la campaña MassiveGood de la Fundación Millennium. Muchos de los mecanismos de financiación innovadora no necesitan consenso internacional. Si cada país de ingresos elevados introdujera sólo una de las opciones que se han analizado, podría recaudar niveles importantes de financiación adicional para sustentar un avance más rápido hacia la cobertura universal en los países más necesitados.

Los socios externos también podrían ayudar a fortalecer los sistemas de financiación de los países receptores. En la actualidad, los donantes usan múltiples canales de financiación, lo que supone un aumento considerable de los costes de transacción, tanto a nivel nacional como internacional. Armonizar los sistemas terminaría con muchos mecanismos de auditoría, seguimiento y evaluación que compiten con los sistemas nacionales por los contables, los auditores y los actuarios de seguros. Además, evitaría que el ministerio de sanidad y otros funcionarios públicos invirtieran más tiempo en la ampliación de la cobertura universal.

La comunidad internacional ha progresado al adoptar 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 afines buscan implementar los principios planteados en la declaración y en el programa. No obstante, queda mucho por hacer. Viet Nam informa de que en 2009 hubo más de 400 misiones de donantes para revisar los proyectos sobre la salud o el sector sanitario. Rwanda tiene que informar anualmente sobre 890 indicadores de salud a diferentes donantes, de los cuales 595 están relacionados únicamente con el VIH y la malaria, mientras se están creando nuevas iniciativas mundiales con las secretarías.

Un mensaje de esperanza

El primer mensaje clave de este informe sobre la salud mundial es que no existe una solución mágica para conseguir el acceso universal. No obstante, la gran variedad de experiencias procedentes de todo el mundo nos lleva a pensar que los países pueden avanzar más rápido que en el pasado o pueden tomar medidas para proteger lo que se ha logrado. Recaudar fondos adicionales y diversificar las fuentes de financiación es posible. Así como también es posible alejarse de los pagos directos hacia el prepago y la mancomunación (o asegurar que los esfuerzos para contener el crecimiento de los gastos no aumente, necesariamente, la dependencia de los pagos directos) y ser más eficiente y equitativo en el uso de los recursos.

Los principios están bien establecidos. Se han aprendido las lecciones de los países que han puesto estos principios en práctica. Ahora es el momento de tomar esas lecciones y construir sobre ellas, dado que existe la posibilidad para todos los países de hacer algo con el fin de acelerar o sostener el progreso hacia la cobertura universal. ■

Bibliografía

1. *A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf, accessed 23 June 2010).
2. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
3. *Closing the gap in a generation – health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
4. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
5. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf, accessed 23 June 2010).
6. *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
7. Leonhardt D. The battle over taxing soda. *The New York Times*, 18 May 2010, B:1.
8. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
9. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

Notas finales

a En este informe, el término «servicios sanitarios» incluye el fomento, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Asimismo, incluye tanto los servicios dirigidos al individuo (por ejemplo: vacunación para los niños o tratamiento de la tuberculosis) como los servicios dirigidos a las poblaciones (por ejemplo: campañas mediáticas antitabaco).