



# ARGUMENTANDO SOBRE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL



---

# ARGUMENTANDO SOBRE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

En las siguientes páginas se incluyen algunos principios básicos sobre financiación sanitaria, junto con ejemplos de países y argumentos basados en la evidencia, para respaldar a organizaciones de la sociedad civil que abogan por la adopción de **políticas de financiación sanitaria que promuevan la equidad, la eficiencia y la eficacia, garantizando que se tengan en cuenta los derechos de los más vulnerables.**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal.

1. Cobertura universal. 2. Accesibilidad de los servicios de salud. 3. Seguro, salud. 4. Economía médica.

I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350634 0

(Clasificación NLM: W 74)

## © Organización Mundial de la Salud, 2013

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden adquirirse en Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS -ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales- deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la Organización ([www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Suiza en papel 100% reciclado y con la certificación FSC.

### Agradecimientos

Este informe se ha preparado bajo la dirección general de David Evans, Director del Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud.

Los autores principales del informe fueron Robert Yates y Gary Humphreys, con las aportaciones de Joseph Kutzin, Liliana Marcos y Annick Jeantet.

Las contribuciones en forma de figuras, cuadros o análisis fueron proporcionadas por Joseph Kutzin y Nathalie van de Maele. Queremos expresar nuestro agradecimiento al DFID por su apoyo económico.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	p. 7
¿QUÉ ES LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?	p. 11
POR QUÉ ES IMPORTANTE AVANZAR HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?	p. 12
= Beneficios sanitarios	p. 12
= Beneficios económicos	p. 14
= Beneficios políticos	p. 16
¿CÓMO PUEDEN LOS PAÍSES ACELERAR LOS PROGRESOS HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?	p. 18
= La importancia de los derechos humanos y la equidad al llenar el cubo	p. 20
¿CÓMO PUEDEN LAS REFORMAS DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA ACELERAR LOS PROGRESOS HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?	p. 23
= Recaudar suficiente dinero para los servicios sanitarios	p. 23
= Mancomunar los fondos para aumentar la protección contra los riesgos financieros	p. 27
Mecanismos de financiación sanitaria que no mancomunan los fondos	p. 28
Mecanismos de financiación sanitaria basados en la mancomunación de fondos	p. 29
= Ayuda financiera	p. 36
= El pago de los servicios sanitarios – más salud por el dinero invertido	p. 37
CONCLUSIONES	p. 40



---

# INTRODUCCIÓN

Dado que los progresos hacia la cobertura sanitaria universal se ven entorpecidos por diversos problemas técnicos complejos, es fácil olvidarse de que se trata de un proceso político que requiere una negociación entre los distintos grupos de interés de la sociedad sobre la asignación de las prestaciones sanitarias y sobre quién debería pagarlas.<sup>1</sup> En los últimos decenios, las organizaciones de la sociedad civil han desempeñado con frecuencia el papel fundamental de representantes de las opiniones de las personas pobres y vulnerables en estas negociaciones, abogando por una distribución más equitativa de la responsabilidad de financiación del sistema y de las prestaciones.<sup>2</sup> Las organizaciones de la sociedad civil también han contribuido de forma importante a la configuración de los sistemas de salud en los países, al

aumento de la participación de las comunidades en el proceso de adopción de decisiones y a la creación de mecanismos de rendición de cuentas.

Las organizaciones de la sociedad civil han obtenido mejores resultados cuando han sido capaces de defender posiciones sólidas basadas en argumentos contundentes y ejemplos convincentes. La finalidad del presente documento es apoyar a las organizaciones de la sociedad civil en sus esfuerzos por establecer dichas posiciones. En este instrumento, destinado a aquellas organizaciones que participan en los debates sobre las políticas de financiación sanitaria, se articulan los argumentos a favor de la cobertura sanitaria universal y se presentan pruebas y ejemplos pertinentes. Está concebido para respaldar las políticas que promueven la equidad, la eficiencia y la eficacia y que

1. Savedoff W et al. Transitions in Health Financing and Policies for Universal Health Coverage: Final Report of the Transitions in Health Financing Project. Washington: Results for Development Institute; 2012. <http://r4d.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/THF%20Summary%20-%20Transitions%20in%20Health%20Financing%20and%20Policies%20for%20Universal%20Health%20Coverage.pdf>, consultado el 12 de noviembre de 2013.

2. Organizaciones de la sociedad civil desempeñaron un importante papel en el éxito de las reformas a favor de la cobertura sanitaria universal introducidas en Tailandia. En particular, 11 organizaciones no gubernamentales consiguieron recoger 50.000 firmas de apoyo a un proyecto de ley sobre la cobertura sanitaria universal que se presentó al Parlamento tailandés en 2000. Esto alentó al Gobierno a adoptar medidas: elaboró su propio proyecto de ley e incluyó a cinco miembros del grupo de organizaciones de la sociedad civil en el proceso de formulación de la política relativa a la cobertura universal. Más recientemente, en India, las organizaciones de la sociedad civil y, en particular, Jan Swasthya Abhiyan (el círculo indio del Movimiento por la Salud de los Pueblos) desempeñaron un papel decisivo persuadiendo al Gobierno del estado de Rajastán de que pusiera en marcha en 2011 un programa de promoción del acceso universal y gratuito a los medicamentos genéricos.

velan por que no se pasen por alto los derechos de las personas más vulnerables.

En el presente manual también se indican algunas de las esferas en que las organizaciones de la sociedad civil pueden ejercer una mayor presión para promover la cobertura sanitaria universal, en particular:

- = **Abogar por mayores niveles de gasto público en salud.** Esto puede lograrse entablando debates acerca de la reforma de la política fiscal general para aumentar los presupuestos estatales o promoviendo que se destine una mayor proporción de los fondos públicos al sector sanitario.
- = **Alentar a los gobiernos, a socios del desarrollo y a otras organizaciones de la sociedad civil a que contribuyan a sustituir los mecanismos de financiación voluntarios por mecanismos más eficientes y equitativos basados en contribuciones obligatorias que posteriormente se mancomunan para distribuir los riesgos entre la población.** En particular, las organizaciones de la sociedad civil deberían cuestionar a los organismos y personas que siguen defendiendo la financiación directa por parte de los usuarios.

- = **Participar en debates acerca de las estrategias de financiación de la cobertura sanitaria universal y abogar por la reducción de la fragmentación de los fondos mancomunados, ajustando las contribuciones a la capacidad de pago.**
- = **Cuestionar la creación de fondos mancomunados separados para los grupos más privilegiados de la sociedad** (por ejemplo, los funcionarios o los trabajadores del sector formal), especialmente si esos grupos van a ser subvencionados con fondos públicos, y abogar por estrategias que incluyan desde el principio a las personas pobres y vulnerables.
- = **Entablar debates acerca de la adquisición de servicios utilizando fondos de salud mancomunados (incluidas asignaciones con cargo a los presupuestos generales) y velar por que las asignaciones sean eficientes y equitativas.** En particular, las organizaciones de la sociedad civil deberían estar alerta ante las asignaciones que favorecen de forma desproporcionada la atención hospitalaria terciaria en detrimento de la inversión en servicios locales de atención primaria de salud o que benefician de manera desmedida el tratamiento en lugar de la prevención y la promoción.



- 
- = Realizar auditorías de equidad respecto de las políticas de financiación sanitaria (en lo que atañe tanto a la recaudación como a la asignación de fondos) para velar por que los colectivos más necesitados y vulnerables reciban una proporción equitativa de las prestaciones y no contribuyan de forma injusta. Entre esos colectivos pueden figurar las mujeres, los niños, las personas de edad, las personas con discapacidad, los miembros más pobres de la sociedad, los grupos étnicos marginados, los enfermos crónicos y las comunidades rurales.
  - = Difundir mediante artículos académicos y medios de comunicación (incluidas las redes sociales) buenos y malos ejemplos de políticas de financiación sanitaria, sin miedo de “nombrar y avergonzar” a los responsables de políticas inapropiadas. La rendición de cuentas por parte de los actores poderosos es uno de los mecanismos más eficaces para asegurarse de que las reformas propuestas y/o aplicadas en aras de la cobertura sanitaria universal sean verdaderamente universales.
  - = Recabar apoyos para que la cobertura sanitaria universal y la protección frente a los riesgos financieros se incluyan como objetivos sanitarios prioritarios en el marco para el desarrollo después de 2015 y en cualquier conjunto nuevo de objetivos de desarrollo.





© Felicity Thompson/IRIN

# ¿QUÉ ES LA COBERTURA SANITARIA UNIVESAL?

La cobertura sanitaria universal existe cuando todas las personas reciben los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin que ello les suponga dificultades económicas.<sup>3</sup> La cobertura sanitaria universal combina dos elementos fundamentales: en primer lugar, la utilización por las personas de los servicios sanitarios que necesitan; en segundo lugar, las consecuencias económicas que ello conlleva.

El primer objetivo es que todas las personas puedan acceder a un abanico completo de servicios de salud, incluida la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Estos servicios deberían ser de buena calidad. No sirve de nada tener acceso a un escáner que está mal calibrado o cuyo manejo corre a cargo de un trabajador sanitario no capacitado. Dado que lo importante aquí es que **todas las personas** obtengan el tratamiento que

**necesitan**, este objetivo conlleva una importante dimensión de equidad.

El segundo objetivo consiste en ofrecer protección frente a los riesgos financieros derivados de la asistencia sanitaria. La necesidad de pagar por la asistencia en el punto de prestación de los servicios (ya sea mediante políticas explícitas relativas al pago de tarifas por los usuarios o mediante pagos informales) disuade a las personas de utilizar dichos servicios, y puede ocasionar dificultades financieras a aquellas personas que solicitan asistencia. La mejor forma de evitarlo es expandir la cobertura mediante algún tipo de prepago **obligatorio** –por ejemplo, impuestos y otros gravámenes estatales y cotizaciones al seguro social– que posteriormente se mancomunada para distribuir los riesgos.<sup>4</sup> Las contribuciones deberían reflejar la capacidad de pago de las personas, lo que significa que siempre será necesario que estén subvencionadas las personas pobres y vulnerables.

3. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010. <http://www.who.int/whr/2010/fr/>, consultado el 12 de noviembre de 2013.

4. Los principales mecanismos obligatorios de financiación que se suelen mencionar son la financiación con cargo a los ingresos fiscales generales del Estado y las contribuciones específicas asignadas (también denominadas impuestos sobre la nómina) al “seguro social de enfermedad”. Muchos países utilizan una combinación de estos mecanismos, y gran parte de las innovaciones que se han producido desde 2000 se basan en la ruptura del vínculo tradicional existente entre estas fuentes de financiación y el sistema general de financiación sanitaria (esto es, los servicios nacionales de salud y el seguro social de enfermedad). El cambio de mentalidad y el abandono de estos modelos tradicionales son fundamentales para los esfuerzos de comunicación y promoción de la cobertura sanitaria universal.

# ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE AVANZAR HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?

La cobertura sanitaria universal es literalmente una cuestión de vida o muerte para muchas personas, concretamente para aquellas que, careciendo de cobertura sanitaria, se ven confrontadas con la perspectiva de una enfermedad para la que no tendrán tratamiento y de la muerte prematura de ellos mismos y sus hijos. La cobertura sanitaria universal también puede marcar la diferencia entre la supervivencia financiera y la miseria. En el conjunto de los países, se ha comprobado que el aumento de la cobertura de los servicios sanitarios mejora los indicadores de salud y contribuye a reforzar el desarrollo económico, incluida la reducción de los niveles de pobreza. A los dirigentes políticos, el hecho de apoyar el programa de promoción de la cobertura sanitaria universal puede reportarles enormes beneficios políticos, por la simple razón de que la mayoría de la población (y del electorado) desea tener acceso a servicios sanitarios asequibles y de calidad.

## BENEFICIOS SANITARIOS

El efecto beneficioso de aumentar la cobertura con servicios sanitarios necesarios y de buena calidad está bien documentado. Según un estudio reciente de las tendencias estadísticas de 153 países publicado en *The Lancet*, la ampliación de la cobertura sanitaria suele conllevar un mejor acceso a la asistencia necesaria y la mejora de la salud de la población, beneficios que favorecen especialmente a las personas más pobres.<sup>5</sup> Estas conclusiones se han visto confirmadas por experiencias recientes de ampliación de la cobertura de los servicios y de la protección frente a los riesgos financieros en países con niveles de ingresos marcadamente diferentes.<sup>6</sup> También hay muchos ejemplos de países que han logrado notables mejoras en la salud de su población como resultado de iniciativas de expansión o mejora de la cobertura (**cuadro 1**), si bien conviene señalar que, en todos los casos, dichos países siguen viéndose confrontados con algún tipo de problema relativo a la cobertura.

5. Moreno-Serra R, Smith P. Does progress towards universal health coverage improve population health?, *The Lancet*. 2012; 380:917-23. doi:10.1016/S0140-6736(12)61039-3.

6. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 9 p.

## CUADRO 1: BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

En 1988, el Brasil puso en marcha un amplio programa de reformas sanitarias con el fin de aumentar la cobertura de servicios eficaces para los pobres y las personas vulnerables en general. Antes de 1988, año en que entró en vigor el Sistema Único de Salud (*Sistema Único de Saúde* – SUS), tan sólo 30 millones de brasileños tenían acceso a servicios sanitarios. En la actualidad, la cobertura está cerca de los 140 millones de personas, aproximadamente tres cuartas partes de la población.<sup>7</sup> El SUS ha incrementado el acceso a la atención primaria y de emergencia, por lo que ha sido vinculado a importantes mejoras en varios indicadores de salud, en especial la tasa de mortalidad de niños menores de un año, que descendió del 46 por 1000 nacidos vivos en 1990 al 17,3 por 1000 nacidos vivos en 2010. La esperanza de vida al nacer también ha aumentado: en 2010 alcanzó los 73 años, en comparación con los 70 años de un decenio antes. Las reformas también redujeron las desigualdades sanitarias, ya que la diferencia existente en cuanto a la esperanza de vida entre la zona sur del país – más rica – y la zona norte – más pobre – descendió de 8 a 5 años entre 1990 y 2007.

También se han observado mejoras sanitarias en algunos países del África Subsahariana que han introducido reformas a favor de la cobertura sanitaria universal. Aunque existen varios factores que pueden explicar dichas

mejoras, la asociación entre los resultados y las reformas sanitarias permite albergar optimismo. El Níger, por ejemplo, ha experimentado una reducción del 5,1% en la mortalidad de niños menores de un año, ya que ha pasado de registrar 226 fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos en 2000 a 128 en 2009,<sup>8</sup> lo que representa una reducción media anual del 5,1%. Durante ese tiempo, el Gobierno puso en marcha políticas para respaldar el acceso universal, la prestación de asistencia sanitaria gratuita a las embarazadas y los niños, y la aplicación de programas de nutrición descentralizados.

Burundi ha registrado un descenso espectacular de la mortalidad de niños menores de cinco años, la cual se redujo en un 43% entre 2006 y 2011. Esta reducción coincide con la decisión adoptada por el Gobierno en 2006 de eliminar el cobro de tarifas por los servicios prestados a embarazadas y niños menores de cinco años.<sup>9</sup> Además de eliminar los obstáculos financieros, el Gobierno de Burundi también aumentó considerablemente la financiación pública e implantó nuevos sistemas de financiación basados en el desempeño. Esto ayudó a que se destinaran fondos públicos –incluido de cooperación– a los servicios de atención directa de forma más eficaz, y permitió que el Gobierno hiciera frente al enorme aumento de la demanda de servicios.

7. Jurberg C, Humphreys G. La marcha del Brasil hacia la cobertura universal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2010; 88:646–647 doi:10.2471/BLT.10.020910.

8. Amouzou A, Habi O, Bensaïd K. Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study. *The Lancet*. 2012; 380:1169–78. doi:10.1016/S0140-6736(12)61376-2.

9. Burundi: Standards DHS, 2010. In: Measure DHS, Demographic and Health Survey [site Web]. Calverton: Measure DHS, 2010. <http://www.measuredhs.com/what-we-do/survey/survey-display-346.cfm>, consultado el 19 de noviembre de 2013. Zhang J. Results Count: How a Financing Scheme in Burundi Turned Nurses into Entrepreneurs. *Result Based Financing for Health*, mai 2013. <http://www.rbfhealth.org/news/item/797/results-count-how-financing-scheme-burundi-turned-nurses-entrepreneurs>, consultado el 19 de noviembre de 2013.

## BENEFICIOS ECONÓMICOS

La manera en que se pagan los servicios de atención de salud es un aspecto fundamental del funcionamiento del sistema sanitario,<sup>10</sup> pero también tiene profundas repercusiones para la economía en general. Una de las formas más comunes es el pago directo por los usuarios de los medicamentos y los servicios sanitarios en el momento en que los necesitan, que es la modalidad que prevalece en los países más pobres. Se calcula que, cada año, esta modalidad de pago provoca que 150 millones de personas hagan frente a gastos relacionados con la salud que los dejan en la ruina financiera, mientras que 100 millones de personas caen por debajo del umbral de la pobreza simplemente porque necesitan utilizar servicios sanitarios que deben pagar de su bolsillo.<sup>11</sup> Un estudio reciente muestra que en el estado indio de Gujurat el 88% de los hogares que cae por debajo del umbral de la pobreza atribuye su situación al costo de la asistencia sanitaria.<sup>12</sup> Con todo, el problema no se limita en absoluto a los países en desarrollo, tal y como evidencian los Estados Unidos, donde se calcula que más de la mitad de las quiebras personales se deben a gastos

sanitarios, una situación que con suerte cambiará tras la entrada en vigor de la Ley de Asistencia Asequible.<sup>13</sup>

Se puede proteger a las personas y los hogares frente al pago de elevados gastos sanitarios en el momento de la prestación del servicio mediante la ampliación de los fondos mancomunados pagados por anticipado (principalmente impuestos generales o a cargo de la seguridad social) (cuadros 2 y 3), que pueden reducir o eliminar el riesgo financiero asociado a costos sanitarios repentinos e impredecibles. Las familias que se benefician de esta protección no sólo gozan de una situación financiera más saludable, sino que también tienen menor necesidad de ahorrar para futuros problemas de salud; esto les permite gastar más en otras cosas, lo que impulsa el flujo de efectivo hacia la economía en general. La preocupación por las facturas de asistencia sanitaria ha sido la principal causa de las tasas de ahorro excesivamente altas registradas en algunos países, especialmente China,<sup>14</sup> donde han repercutido negativamente en el consumo doméstico y tal vez incluso en la economía mundial.

10. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 41 p.

11. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 5 p.

12. Krishna A. The Mixed News on Poverty. *Current History*. 2013; 112:20. [http://www.currenthistory.com/pdf\\_user\\_files/112\\_750\\_020.pdf](http://www.currenthistory.com/pdf_user_files/112_750_020.pdf) (se precisa contraseña), consultado el 19 de noviembre de 2013.

13. Himmelstein D, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *The American Journal of Medicine*. 2009; 122:741-6 doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012.

14. Wheatley A. The Link Between Health Costs and National Savings Rates. *New York Times*. 3 de agosto de 2009. <http://www.nytimes.com/2009/08/04/business/global/04inside.html>, consultado el 19 de noviembre de 2013.

15. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Tailandia: Health Insurance System. <http://www.gurn.info/en/topics/health-politics-and-trade-unions/development-and-health-determinants/development-and-health-determinants/thailand2019s-universal-coverage-scheme-achievements-and-challenges>, consultado el 19 de noviembre de 2013.

16. Knaul F M et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*. 2012; 380: 1259-79. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61068-X.

## CUADRO 2: TAILANDIA REDUCE LOS GASTOS A CARGO DE LOS PACIENTES

Un estudio independiente sobre los primeros diez años de vigencia del Sistema de Cobertura Universal de Tailandia pone de manifiesto una reducción drástica de la proporción de gastos sanitarios a cargo de los pacientes, así como la correspondiente disminución del número de hogares que incurren en gastos sanitarios catastróficos y que, por esa razón, se ven sumidos en la pobreza. Entre 1996 y 2008, la incidencia de gastos sanitarios catastróficos en el quintil más pobre de los hogares incluidos en el Sistema de Cobertura Universal se redujo del 6,8% al 2,8%. El porcentaje de hogares que pasaron de no ser pobres a caer por debajo del umbral de la pobreza debido a los gastos sanitarios descendió del 2,71% en 2000 al 0,49%. Según el estudio, el exhaustivo

conjunto de prestaciones incluidas en el Sistema de Cobertura Universal y el menor nivel de gastos efectuados por los propios pacientes impidieron que un total acumulado de 292.000 hogares se vieran sumidos en la pobreza debido a los costos sanitarios entre 2004 y 2009.<sup>15</sup>

Este aumento de la protección financiera fue acompañado de un incremento del uso de los servicios sanitarios básicos por los afiliados al Sistema de Cobertura Universal en Tailandia. Este incremento fue concretamente del 31% en el caso de los servicios ambulatorios y del 23% en el caso de los ingresos hospitalarios entre 2003 y 2010. Anteriormente, estas tasas eran demasiado bajas.

## CUADRO 3: MÉXICO AMPLIA LA COBERTURA SANITARIA Y FINANCIERA

Reconociendo el impacto negativo que tiene un alto nivel de gasto a cargo de los pacientes sobre la salud y el bienestar económico de los hogares, el Gobierno de México puso en marcha en 2004 un programa de protección nacional denominado *Seguro Popular*, financiado principalmente con los impuestos generales y, en menor medida, con modestas contribuciones anuales de los hogares más ricos. En 10 años, 53 millones de personas se habían afiliado a dicho sistema, la mayoría procedente de los cuatro deciles más pobres de la población. Las reformas han tenido como resultado un descenso de la incidencia de los gastos catastróficos del 3,1% al 2,0% entre 2000 y 2010, y una disminución del empobrecimiento debido al gasto sanitario del 3,3% al 0,8%.<sup>16</sup>

También se ha producido un aumento de la utilización de los servicios esenciales por los hogares, así como unos mejores resultados sanitarios. Entre 2000 y 2006, por ejemplo, la cobertura efectiva de una serie de intervenciones fundamentales en materia de salud materno-infantil, como la atención prenatal, las inmunizaciones y el tratamiento de la diarrea, ha aumentado enormemente, y los afiliados al *Seguro Popular* tienen tasas de cobertura más amplias que las personas no afiliadas. Este aumento de la cobertura de los servicios ha contribuido a un descenso continuado de las tasas de mortalidad materno-infantil y a una reducción de la desigualdad sanitaria.

En varios países, los hogares han recibido beneficios económicos tangibles a raíz de la implantación de sistemas de cobertura sanitaria universal y de la reducción de los pagos a cargo de los usuarios. Tailandia es un ejemplo de primer orden, ya que financia su sistema sanitario con una combinación de recursos procedentes de los impuestos generales, contribuciones al seguro social de salud, cotizaciones a seguros privados y un nivel relativamente bajo de pagos directos a cargo de los usuarios, el cual es de aproximadamente el 18% del gasto sanitario total (cuadro 2).<sup>17</sup> Otro país que ha registrado niveles más altos de protección financiera frente a los costos de la asistencia sanitaria tras la introducción de reformas a favor de la cobertura sanitaria universal es México (cuadro 3).

## BENEFICIOS POLÍTICOS

Hay un reconocimiento creciente de que las reformas destinadas a promover los avances hacia la cobertura sanitaria universal también pueden proporcionar réditos políticos. Si se financian de forma sostenida y se aplican adecuadamente, estas reformas pueden hacer ganar votos. Así pues, tal vez no sorprenda que muchas iniciativas importantes en materia de cobertura sanitaria universal hayan sido formuladas por dirigentes políticos en periodos preelectorales o inmediatamente

después de una transición de poder. En la siguiente tabla se ofrecen varios ejemplos de reformas a favor de la cobertura sanitaria universal que han venido impulsadas en gran medida por un programa político (tabla 1).

Cabe señalar que muchos de los dirigentes políticos que encabezaron estos procesos obtuvieron considerables beneficios políticos en posteriores elecciones. De hecho, algunos pioneros políticos en materia de cobertura sanitaria universal se han convertido en héroes nacionales. Por ejemplo, en una votación popular celebrada en 2004, los canadienses eligieron como personalidad nacional más destacada<sup>18</sup> al arquitecto de las reformas encaminadas a promover la cobertura sanitaria universal en el país, Tommy Douglas. Douglas luchó por establecer la cobertura sanitaria universal en la provincia de Saskatchewan, donde dio resultados positivos, a raíz de lo cual se implantó a nivel nacional.

Sin embargo, también conviene señalar que el inicio de las reformas para alcanzar la cobertura sanitaria universal tiene que planificarse por adelantado y con mucho cuidado, sobre todo para garantizar su sostenibilidad final frente al aumento inevitable de la demanda de asistencia sanitaria. Es peor hacer promesas que no se pueden cumplir que no prometer nada.

17. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Op. Cit.

18. A principios de 2004, el canal de la televisión canadiense CBC pidió a todos los habitantes del Canadá que eligieran al canadiense más destacado. Tras semanas de debates, estos eligieron a Tommy Douglas, conocido como el padre de sistema de seguro universal de salud (Medicare), como el canadiense más destacado de todos los tiempos.  
<http://www.cbc.ca/archives/categories/arts-entertainment/media/media-general/and-the-greatest-canadian-of-all-time-is.html>, consultado el 19 de noviembre de 2013.



**TABLA 1**

PAÍS	AÑO	REFORMA A FAVOR DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVESAL	MOMENTO POLÍTICO / RAZÓN
Reino Unido	1948	Puesta en marcha del Servicio Nacional de Salud, que se financia mediante los impuestos y prevé el acceso universal a los servicios	Reformas para promover el estado del bienestar realizadas por el nuevo Gobierno tras la Segunda Guerra Mundial
Japón	1961	Reformas a nivel nacional para implantar la cobertura universal	Proporcionar beneficios sociales populares a la población
Corea del Sur	1977	Puesta en marcha del seguro nacional de enfermedad	Política social insignia del Presidente Park Jung Hee
Brasil	1988	Servicios sanitarios universales (financiados con los impuestos)	Política social de resultados rápidos del nuevo Gobierno democrático
Sudáfrica	1994	Puesta en marcha de servicios gratuitos (financiados mediante los impuestos) para las embarazadas y los niños menores de seis años	Principal política social del Gobierno del Congreso Nacional Africano entrante
Tailandia	2001	Ampliación de la cobertura universal a todo el sector informal	Principal componente de la plataforma populista del Gobierno entrante
Zambia	2006	Asistencia sanitaria gratuita para las personas de zonas rurales (ampliada a las zonas urbanas en 2009)	Iniciativa presidencial en el periodo preelectoral
Burundi	2006	Asistencia sanitaria gratuita para las embarazadas y los niños	Iniciativa presidencial como respuesta a la presión de la sociedad civil
Nepal	2008	Asistencia sanitaria universal y gratuita hasta el nivel de los hospitales de distrito	Política social insignia del Gobierno entrante
Ghana	2008	Ampliación de la cobertura del Seguro Nacional de Enfermedad a todas las embarazadas	Iniciativa presentada en el periodo previo a las elecciones presidenciales
China	2009	Enorme aumento del gasto público para ampliar la cobertura de servicios y la protección financiera	Respuesta ante la creciente agitación política por la insuficiencia de la cobertura
Sierra Leona	2010	Asistencia sanitaria gratuita para las embarazadas y los niños	Iniciativa presidencial que influyó considerablemente en las últimas elecciones
Georgia	2012	Ampliación de la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos	Componente principal del nuevo manifiesto del Gobierno
EE.UU	2012	Reformas sanitarias nacionales para reducir el número de personas sin seguro de enfermedad	Principal política social nacional del Presidente

# ¿CÓMO PUEDEN LOS PAÍSES ACELERAR LOS PROGRESOS HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?

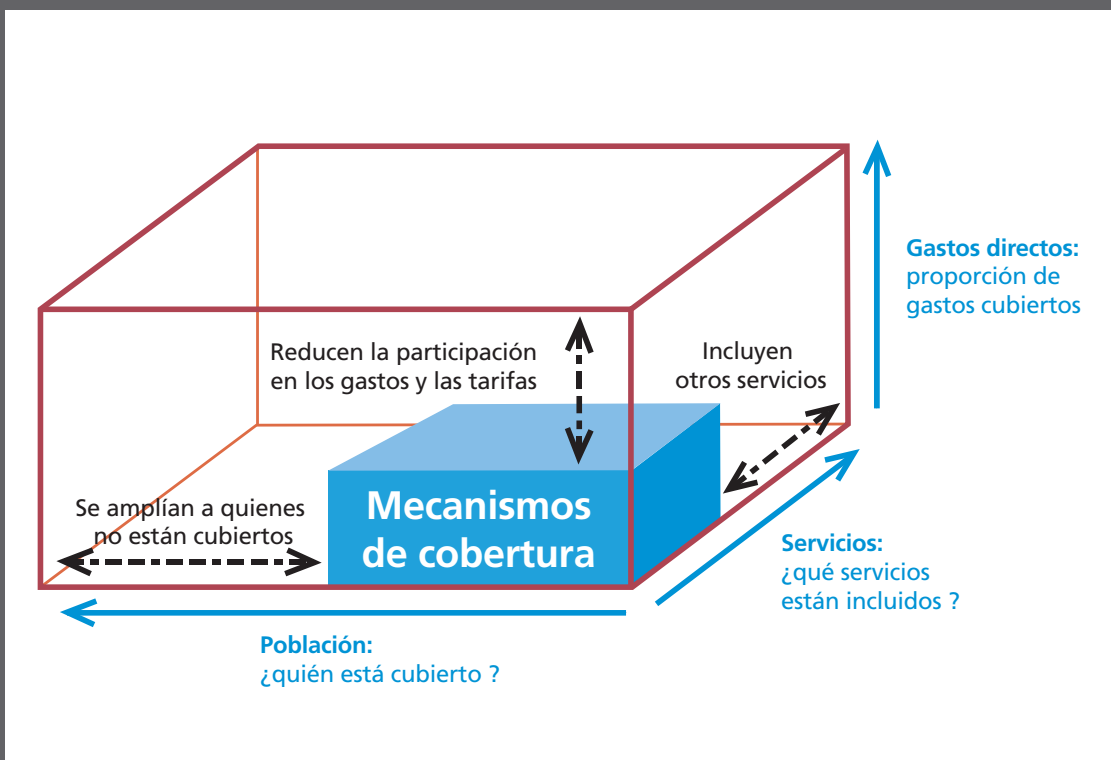
Al evaluar los niveles de cobertura actuales y diseñar estrategias para aumentarlos, los países tienen que responder a tres preguntas:

= ¿Quién está cubierto?

= ¿Qué servicios están incluidos (y cuál es su grado de calidad)?

= ¿Qué grado de protección financiera tienen los ciudadanos al acceder a los servicios?

## HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, 2010.<sup>19</sup>

El objetivo último de la cobertura sanitaria universal es ir llenando el cubo más grande representado más arriba mediante fondos prepagados y mancomunados. En realidad, ningún país llena el cubo entero, ya que ello significaría que proporciona a todas las personas todos los servicios sanitarios que necesitan con plena protección financiera. Esto se debe principalmente a que todos los países hacen frente a limitaciones de recursos a la hora de financiar sus sistemas sanitarios, por lo que deben adoptar decisiones difíciles para repartir la cobertura entre las tres dimensiones esbozadas, esto es, la cobertura de población, la disponibilidad y la calidad de los servicios, y la protección financiera. El avance hacia la cobertura sanitaria universal es un proceso de realización progresiva en el que la población comprende que la cobertura de servicios sanitarios, la calidad de los mismos y la protección frente a los riesgos financieros mejorarán con el tiempo a medida que se disponga de más recursos. De hecho, en muchos sentidos, el camino hacia la cobertura sanitaria universal es un viaje continuo hacia un destino que está cada vez un poco más lejos. No obstante, como hemos visto, algunos países se encuentran mucho más cerca de ese destino o están progresando más rápido o de forma más equitativa que otros.

Los encargados de adoptar decisiones deberían reconocer que avanzar a lo largo de uno solo de estos ejes no es suficiente. Así, por ejemplo, los políticos tienen que

aprender que garantizar a todas las personas el acceso a servicios sanitarios gratuitos en el punto de uso no es eficaz para alcanzar la cobertura sanitaria universal si resulta que los servicios prometidos no están disponibles o son de mala calidad. De igual modo, los ministerios de finanzas han de entender las repercusiones que tiene el ajuste de la carga relativa de la financiación pública y privada para el sistema de salud en lo que respecta a la cobertura tanto de servicios como de población. Por último, se tiene que implicar a los profesionales de la salud en el proceso y reconocer que es preciso aumentar la cobertura de población con servicios que estén en consonancia con las necesidades, lo que puede conllevar reconocer que en ocasiones es apropiado recortar gastos en los tratamientos “punteros” más caros para cubrir a más beneficiarios.

Por tanto, la mejor forma de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal es hacer partícipes a todas las partes interesadas pertinentes (incluida la población general) en la elaboración de una estrategia que sea lo más apropiada posible para el país. En el marco de esta estrategia se deberían acordar medidas e inversiones prioritarias respecto de cada eje, pero también se tendría que reconocer que es necesario alcanzar compromisos y que los imperativos evolucionan con el tiempo a medida que la economía se desarrolla, la población envejece o la carga de morbilidad cambia.

19. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit.

## LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EQUIDAD AL LLENAR EL CUBO

A la hora de formular una estrategia para llenar el cubo relativo a la cobertura sanitaria universal, las partes interesadas también deberían reconocer que no se trata de un ejercicio meramente técnico; los esfuerzos encaminados a implantar la cobertura sanitaria universal deberían descansar sobre los cimientos de los derechos humanos y la equidad.

De forma específica, las reformas de los sistemas de salud deberían reflejar el hecho de que todos los países del mundo son signatarios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establece lo siguiente<sup>20</sup>: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*.

Estos derechos fundamentales fueron recientemente reafirmados en una resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal que se adoptó por unanimidad en diciembre de 2012. En esta resolución también se reconocía explícitamente que los niveles de cobertura que prevalecen actualmente ponen en

peligro el ejercicio de estos derechos, y se hacía notar que: *“para millones de personas el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluido el acceso a medicamentos, sigue siendo una meta distante y que, especialmente en el caso de los niños y quienes viven en la pobreza, las probabilidades de alcanzar esa meta son cada vez más remotas, que cada año millones de personas se sitúan por debajo del umbral de la pobreza debido al pago de gastos médicos desorbitados, y que el desembolso de montos excesivos puede disuadir a las personas pobres de solicitar o seguir recibiendo asistencia sanitaria”*.

Para resolver esta situación, la mencionada resolución resalta la importancia de lograr la cobertura universal de la **población** al reconocer que *“la cobertura sanitaria universal implica que todos tengan acceso, sin discriminación, a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción,<sup>21</sup> prevención, cura y rehabilitación que se ajusten a las necesidades y se determinen a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad, al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población”*.

A la luz de estas manifestaciones, los países deben asegurarse de atender las necesidades de cobertura de **todos** sus ciudadanos. “Universal” significa universal, y cualquier estrategia que explícitamente

20. Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25, 1948.

21. Una palabra desafortunada que significa “iniciativas de promoción de la salud”.



deje a cualquier persona (especialmente a las más necesitadas) sin cobertura debería considerarse inaceptable.

Esto no significa que todas las personas deban acceder a servicios de salud que tengan las mismas fuentes de financiación y los mismos proveedores.

Si los miembros más ricos de la sociedad desean adquirir servicios sanitarios pagándolos de su propio bolsillo o

utilizando sistemas de seguro privados, deberían ser libres de hacerlo. **Sin embargo, las estrategias que dan prioridad a ofrecer servicios de mejor calidad a los grupos privilegiados –por ejemplo, los trabajadores del sector formal o los funcionarios– y que dejan que los más pobres tengan que valerse por sí mismos en el mercado de la atención sanitaria son fundamentalmente injustos e indefendibles desde la perspectiva de los derechos humanos.**



# ¿CÓMO PUEDEN LAS REFORMAS DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA ACELERAR LOS PROGRESOS HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL?

Como ya se ha señalado, el modo de pago de la asistencia sanitaria reviste una importancia fundamental para la cobertura sanitaria universal. Al considerar sus opciones de financiación, los gobiernos tienen que tener en cuenta las tres funciones principales del sistema de financiación sanitaria:

- = Recaudar suficientes recursos financieros para sufragar los costos del sistema de salud
- = Mancomunar los recursos financieros para proteger a las personas frente a las consecuencias financieras de la mala salud, como la pérdida de ingresos y el pago de los servicios sanitarios
- = Adquirir servicios sanitarios para velar por el uso óptimo de los recursos disponibles

Cabe señalar que todos los países, ya sean ricos o pobres, pueden realizar mejoras en cada una de estas esferas para perfeccionar

el funcionamiento de sus sistemas globales de salud.

## RECAUDAR SUFICIENTE DINERO PARA LOS SERVICIOS SANITARIOS

¿Cuánto dinero deberían gastar los países en salud? En realidad, no existe ninguna respuesta correcta a esta pregunta; sin embargo, si el objetivo es lograr la cobertura sanitaria universal, los países tienen que procurar financiar sus sistemas sanitarios principalmente con fondos públicos, así como organizar dichos sistemas de modo que estén al servicio de toda la población y no de grupos privilegiados. **Universal quiere decir universal.** Satisfacer las demandas cada vez mayores de cobertura de servicios es un desafío político y técnico de primer orden, ya que tanto la tecnología médica como la demanda de servicios sanitarios aumentan constantemente. Esto se debe

a las expectativas cada vez más elevadas de las personas, que quieren vivir más años y con mejor salud, así como a los avances tecnológicos que permiten ofrecer más servicios e intervenciones. Este problema no desaparece a medida que los países se enriquecen. De hecho, hay pruebas de que, a medida que los países se desarrollan, aumenta la demanda relativa de servicios sanitarios por la población en comparación con otros bienes y servicios, con el consiguiente incremento de la proporción del producto interno bruto (PIB) del país destinada a la salud (figura 1).

Este aspecto de la demanda de servicios sanitarios tiene consecuencias importantes para las personas y organizaciones, como las organizaciones de la sociedad civil que abogan por mayores niveles de gasto sanitario. En general, a medida que se desarrollan, los países deberían prever gastar una proporción creciente de su riqueza nacional en la salud para atender la demanda popular. Habida cuenta de este mandato popular de aumentar la inversión en el sistema sanitario, las organizaciones de la sociedad civil deberían estar preparadas para cuestionar a los organismos que piden recortes en el gasto sanitario y, al mismo tiempo, reconocer la legitimidad de las voces que reclaman que los fondos públicos destinados a la salud se gasten de forma apropiada.

En términos generales, el volumen y la calidad de los servicios que la población necesita irán determinados por las características demográficas del país, su carga de morbilidad (por ejemplo, si prevalecen las enfermedades tropicales o si hay altas tasas de obesidad), las expectativas de la población respecto de la calidad de los servicios que deberían recibir, y la capacidad de los gobiernos, las empresas y las personas para aportar recursos al sistema.

Debido a esta variabilidad, no se puede cifrar de manera precisa el costo de una cobertura “plena” de la población. No obstante, existen algunas estimaciones internacionales que indican en cierta medida el tipo de gasto necesario para ofrecer al menos un conjunto mínimo de servicios a toda la población. Una de las estimaciones más recientes de estos costos es la del Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud,<sup>22</sup> según la cual en 2015 se necesitarían aproximadamente US\$ 60 por persona para ofrecer un conjunto de servicios que incluya tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles. Para 38 países,<sup>23</sup> esta suma representa más del 5% del PIB, y para 15 países un porcentaje superior al 10%. **Esto significa que muchos países de ingresos bajos necesitarán financiación externa para aumentar los fondos internos al menos a medio plazo.**

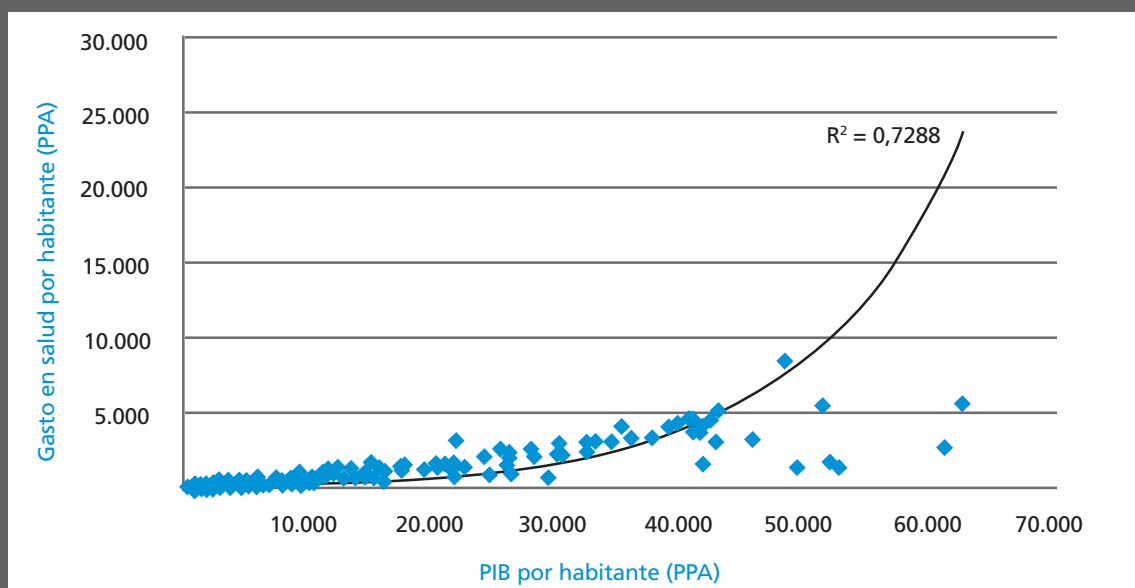
22. More money for health, and more health for the money. Londres: Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud; 2009. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about-ihp/past-events/high-level-taskforce-for-innovative-international-financing-of-health-systems/>, consultado el 19 de noviembre de 2013.

23. National Accounts Main Aggregate Database (base de datos en línea). Nueva York: División de Estadística de las Naciones Unidas; 2013.

24. National Health Account database [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, consultada el 19 de noviembre de 2013.



**FIGURA 1: DATOS MUNDIALES SOBRE EL GASTO SANITARIO EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS EN 2011 (excepto Mónaco, Luxemburgo y Qatar)**



Fuente: OMS National Health Account Database, 2013.<sup>24</sup>

**TABLA 2**

PAÍS	PIB NOMINAL por habitante (en US\$, estimaciones de Naciones Unidas)	GASTO SANITARIO TOTAL como porcentaje del PIB	GASTO SANITARIO por habitante	GASTO PÚBLICO EN SALUD como porcentaje del PIB	GASTO PÚBLICO como porcentaje del gasto sanitario total
Cuba	6.106	10,0	610	9,5	95
Costa Rica	8.676	10,9	945	7,6	70
México	10.063	6,2	624	3,0	48
Brasil	12.594	8,9	1 121	4,1	46
China	5.439	5,2	283	2,9	56
Sri Lanka	2.812	3,4	96	1,5	44
Malasia	9.977	3,6	359	1,6	44
Mongolia	3.060	5,3	162	3,0	92
Tailandia	5.318	4,1	218	3,1	57
Bhután	2.336	4,1	96	3,4	83
Rwanda	583	10,8	63	6,1	56

Fuente: adaptado de<sup>23, 24</sup>.

Es difícil establecer una meta respecto del gasto sanitario total como porcentaje del PIB porque en general dicho porcentaje tiende a aumentar a medida que los países se hacen más ricos. Esto es un reflejo de que las personas y los países están dispuestos a destinar una proporción más elevada de sus ingresos a mejorar o mantener su salud a medida que se enriquecen. Sin embargo, los países de ingresos bajos y medios que recientemente han realizado importantes progresos hacia la cobertura sanitaria universal gastan al menos el 3,5% de su PIB en la salud incluso en esta fase de su desarrollo económico (tabla 2). Esto se traduce en un gasto anual por habitante en todos ellos de más de US\$ 60, y a menudo mucho mayor.

No obstante, reviste una mayor importancia la función del gasto sanitario estatal previsto en el presupuesto público, que aparece reflejado en la quinta columna de la tabla que antecede. Independientemente de la combinación exacta de fuentes con la que se financie el sistema sanitario, el gasto público desempeña un papel esencial. En los países existe un claro vínculo entre el gasto público en salud como porcentaje del PIB y la dependencia que tienen los sistemas de los pagos por los propios usuarios: en general, cuanto más dinero destinan los gobiernos a la salud, menor necesidad tienen las personas de buscar efectivo para acceder a los servicios que necesitan.

Por supuesto, lo que marca la diferencia no es sólo el nivel de financiación,

sino también la forma en la que dicha financiación se organiza y utiliza. Con todo, independientemente del enfoque específico con que se aborde la financiación sanitaria en los países, las personas más pobres de nuestras comunidades no podrán contribuir financieramente. Para estas personas, la atención sanitaria debe estar totalmente subvencionada o financiada mediante fondos públicos. Por otro lado, en todos los países, los gobiernos deben financiar directamente gran parte de los bienes públicos para la salud, como la promoción de la salud, la reglamentación y la legislación.

**Los países que han logrado garantizar el acceso de su población a un conjunto exhaustivo de intervenciones sanitarias de buena calidad con un alto nivel de protección frente a los riesgos financieros destinan por lo general más del 5% de su PIB al gasto público en salud.** No obstante, se trata en su mayoría de países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Algunos de los países que figuran en la tabla 1 gastan menos, pero en general ofrecen paquetes de servicios más reducidos, listas de espera más largas para recibir asistencia sanitaria y/o menos protección frente a los riesgos financieros. Tailandia constituye tal vez una notable excepción a esta regla, debido a su capacidad para mantener los costos bajo control impidiendo que se realicen pagos por servicios prestados a las instituciones y trabajadores sanitarios que ejercen su labor en el marco del sistema de cobertura universal.

TABLA 3

	MECANISMOS VOLUNTARIOS	MECANISMOS OBLIGATORIOS
No hay mancomunación interpersonal de fondos	Pago directo por los usuarios Cuentas de ahorro sanitarias individuales (voluntarias)	Cuentas de ahorro sanitarias individuales (obligatorias)
Mancomunación de fondos	Seguro de enfermedad voluntario, gestionado por empresas comerciales con fines de lucro, organizaciones sin fines de lucro, grupos comunitarios o gobiernos Ayuda filantrópica	Organismos gubernamentales, como ministerios de salud y administraciones locales; organismos públicos con diversos grados de autonomía, como organismos de seguro social de enfermedad o de seguro de enfermedad obligatorio; o fondos privados (con o sin fines de lucro) que gestionan seguros obligatorios Asistencia internacional para el desarrollo

## MANCOMUNAR LOS FONDOS PARA AUMENTAR LA PROTECCIÓN CONTRA LOS RIESGOS FINANCIEROS

Los mecanismos utilizados para pagar los servicios sanitarios se pueden clasificar en dos categorías principales: voluntarios y obligatorios. Los impuestos, las tasas públicas de diverso tipo y los seguros obligatorios son ejemplos de mecanismos obligatorios. Los seguros no obligatorios y los pagos realizados por los pacientes en el momento de recibir asistencia son voluntarios en la medida en que las personas eligen pagar o utilizar los servicios. Estos mecanismos pueden catalogarse adicionalmente en dos subcategorías, dependiendo de si conllevan o no la mancomunación de los recursos financieros.

Como el propio término indica, la mancomunación consiste en la acumulación de contribuciones aportadas por adelantado por particulares en un fondo común que posteriormente se utiliza para pagar los servicios prestados a todos los miembros del fondo según las necesidades. Los fondos así recaudados pueden ser específicos para la salud –por ejemplo un consorcio de seguro de enfermedad– o proceder de los ingresos estatales generales, algunos de los cuales se destinan a financiar la salud (como ocurre por ejemplo en el Reino Unido). Esta mancomunación reduce o elimina los riesgos financieros asociados a la mala salud (tabla 3).

Para evaluar cuál de estos mecanismos de financiación podría resultar útil a los países a la hora de diseñar sus estrategias de

“El pago de tarifas por los servicios sanitarios por parte de los propios usuarios se propuso como forma de recuperar costos y reducir el consumo excesivo de atención sanitaria. El resultado fue distinto del esperado, ya que este sistema penalizó a los pobres”.

**Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud** (discurso pronunciado en el 23° Foro sobre Cuestiones Mundiales, 2009).

“La cuestión relativa a los pagos en el punto de servicio es crítica. Cualquiera que haya dispensado atención sanitaria a personas pobres sabe que incluso un costo mínimo puede reducir considerablemente el recurso a los servicios de salud necesarios. Esto es tan injusto como innecesario. Los países pueden reemplazar los pagos en el punto de servicio con diversas formas de financiamiento sostenible que no expongan a las personas pobres al riesgo de verse en este aprieto, que puede ser fatal. La eliminación o reducción drástica de los pagos en el punto de servicio es una característica común de todos los sistemas que han alcanzado con éxito la cobertura sanitaria universal”.

**Dr. Jim Kim, Presidente del Banco Mundial** (discurso pronunciado en la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, 2013).

financiación de la cobertura sanitaria universal, es preciso comprobar si dichos mecanismos cumplen tres criterios:

- = **Eficacia:** esto es, si recaudarán los fondos necesarios para pagar las necesidades sanitarias de la población;
- = **Eficiencia:** si los fondos se podrán recaudar y utilizar para adquirir servicios sanitarios sin incurrir en grandes costos administrativos;
- = **Equitativo:** si los fondos se recaudarán en función de la capacidad de pago de las personas y si los beneficios se distribuirán con arreglo a sus necesidades sanitarias.

## MECANISMOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA QUE NO MANCOMUNAN LOS FONDOS

### Pagos por los usuarios

El mecanismo de financiación más simple y obvio es el pago por los usuarios, esto es,

cuando las personas simplemente pagan a los proveedores de servicios de salud cuando utilizan dichos servicios. Aunque este mecanismo de financiación funciona con algunos servicios no sanitarios (por ejemplo, cuando se compra comida en un bar), en la actualidad se reconoce universalmente que la financiación directa por los usuarios es el peor modo de financiar un sistema sanitario. Esto se debe principalmente a que la financiación por los usuarios no es en absoluto equitativa ni protege contra los riesgos financieros, aspectos ambos que son esenciales para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.

Con el sistema de pago por los propios usuarios, los servicios sanitarios no se prestan en función de las necesidades sino de la capacidad de pago. Las personas pobres desisten de solicitar atención médica

o, en el caso de los enfermos crónicos, de continuar un tratamiento. Cuando no tienen más remedio que solicitar asistencia, la necesidad de pagar por ella puede sumirlos en la pobreza. Incluso cuando los proveedores de servicios sanitarios imponen a los usuarios tarifas que sólo representan una pequeña parte del costo del servicio prestado, las personas pobres pueden quedar excluidas. Entre tanto, los intentos de eximir a ciertos grupos del pago de tarifas con el fin de mejorar el acceso a la atención sanitaria han resultado con frecuencia problemáticos e ineficientes debido a los costos administrativos asociados al funcionamiento de los sistemas de exención.<sup>25</sup>

Teniendo en cuenta estas diversas consideraciones, en la actualidad se reconoce de forma generalizada que muchos países deberán abandonar el sistema de pago por los usuarios como método de financiación de los servicios de salud porque representan un importante obstáculo para la implantación de la cobertura sanitaria universal.<sup>26</sup> También conviene recordar que una política que simplemente elimine el pago de tarifas por los usuarios no logrará los objetivos deseados de aumentar el acceso y la protección contra los riesgos financieros si las tarifas oficiales son sustituidas por “pagos informales” o si la calidad disminuye. La clave consiste en contar

con políticas integrales que reduzcan verdaderamente la necesidad de que las personas paguen de su propio bolsillo los servicios que utilizan.

### Cuenta de ahorro sanitarias individuales

Como su nombre indica, las cuentas de ahorro sanitarias son cuentas de ahorro especiales que las personas utilizan para crear un fondo personal o familiar destinado a cubrir futuros pagos de asistencia sanitaria. Aunque este mecanismo puede tener la ventaja de suavizar los pagos durante un periodo de tiempo y, por tanto, reducir el impacto de los costos puntuales de la asistencia sanitaria, sus beneficios sólo favorecen a las personas que realizan la contribución y excluye a las demás. Al mismo tiempo, las cuentas de ahorro abiertas por las personas pobres no sirven para sufragar la misma cantidad de servicios que las de los ricos, por lo que no se cumple el criterio de equidad, que es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. Allí donde se han implantado estos mecanismos (por ejemplo en Singapur), representan sólo una pequeña parte de la financiación total de la asistencia sanitaria.<sup>27</sup>

### MECANISMOS DE FINANCIACIÓN SANITARIA BASADOS EN LA MANCOMUNICACIÓN DE FONDOS

Ya se han mencionado las ventajas que conlleva la mancomunicación de los riesgos

25. Gilson L, Russell S, Buse K. The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*. 1995; 7(3):369-401 [DOI: 10.1002/jid.3380070305].

Masiye F, Chitah BM, McIntyre D. From targeted exemptions to user fee abolition in health care: experience from rural Zambia. *Social Science and Medicine*. 2010; 71(4):743-750.

26. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*. 2009; 373: 2078-81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0.

27. Asher M, Ramesh M, Maresso A. Medical savings accounts in Singapore. *Euro Observer*. 2010; 10(4):9-11.

financieros para la financiación de los servicios sanitarios, ventajas que explican que los sistemas de mancomunación estén generalizados en la mayoría de los países. Aun cuando estos sistemas varían enormemente en cuanto a afiliación, tasas de contribución, paquetes de prestaciones y sistemas de pago, pueden clasificarse en dos grupos amplios: sistemas de seguro voluntarios, en los que las personas (o las empresas en nombre de sus empleados) eligen si quieren afiliarse a ellos o seguir sin seguro, y los sistemas obligatorios, en los que las personas están obligadas a contratar un plan de seguro con arreglo a las condiciones establecidas por la legislación pertinente, o están automáticamente cubiertas a raíz de su nacionalidad o residencia en el país o por pertenecer a un determinado colectivo, como las personas que viven por debajo del umbral nacional de pobreza. En el último caso, las contribuciones adoptan la forma de impuestos y gravámenes estatales que también son obligatorios.

### Seguro voluntario de enfermedad

En un sistema de seguro voluntario de enfermedad, las personas eligen pagar contribuciones periódicas a cambio de protección financiera frente a los costos sanitarios en que incurren cuando utilizan determinados servicios. En ocasiones también pueden hacer algunos pagos directos (en forma de copagos, gastos deducibles y coaseguros) cuando acceden a la asistencia sanitaria. Si bien la organización y la gestión de los planes de seguro voluntarios pueden correr a cargo de diversas entidades, como gobiernos y sociedades sin fines de lucro,

en general se pueden clasificar en dos amplias categorías: seguros comerciales (con fines de lucro) y seguros comunitarios (sin fines de lucro).

- = **El seguro de enfermedad comercial (o con fines de lucro)** es gestionado por empresas privadas. El margen de las aseguradoras procede del pago a los proveedores de servicios sanitarios de un monto menor al que recaudan en forma de contribuciones (e ingresos de inversiones). El seguro de enfermedad comercial es frecuente en las economías desarrolladas, donde las personas que pueden permitírselo optan en ocasiones por adquirir prestaciones adicionales para completar las que ofrecen los programas de financiación públicos. Algunos planes de seguro comerciales pueden ser de gran envergadura (sobre todo en los Estados Unidos) y tener millones de miembros.
- = **El seguro de enfermedad comunitario (sin fines de lucro)** suele ser de menor magnitud y estar gestionado por organizaciones no gubernamentales en países en desarrollo. Algunos de estos planes pueden tener un millar de miembros o menos. Aunque no obtienen beneficios, las organizaciones que gestionan estos seguros también tienen que sobrevivir asegurándose de disponer de un margen suficiente entre sus ingresos y los gastos sanitarios, de modo que puedan pagar a su personal y otros gastos administrativos.

A pesar de las diferencias en su titularidad, los planes de seguro de enfermedad voluntarios tienen muchos rasgos en

#### CUADRO 4: CONCLUSIÓN SOBRE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD COMUNITARIOS DEL ESTUDIO LLEVADO A CABO EN ABRIL DE 2013 EN EL MARCO DEL PROYECTO RESYST

Los seguros de enfermedad comunitarios se han considerado un instrumento importante para proporcionar cierta protección frente a al sistema de pago de tarifas por los usuarios implantado en los establecimientos de salud pública de muchos países africanos en el decenio de 1980. Sin embargo, los estudios en la materia ponen de manifiesto que, por lo general, estos seguros tienen una cobertura de población muy limitada si funcionan como planes voluntarios. Asimismo, suelen incluir un paquete de servicios muy limitado y en ocasiones requieren copago.<sup>28</sup> Estos planes también presentan problemas de sostenibilidad debido a la escasa mancomunación de riesgos. La capacidad de los seguros de enfermedad

comunitarios de ofrecer una protección adecuada contra los riesgos financieros depende de si forman parte de una estrategia nacional de financiación que reciba apoyo del Estado, de su diseño (por ejemplo, el monto de las primas y la periodicidad de las contribuciones, si el seguro cubre los servicios ambulatorios y hospitalarios, y el abanico de establecimientos sanitarios acreditados), del porcentaje de costos cubierto y de las características de su aplicación. Aunque actualmente se dispone de pocos datos probatorios, las contribuciones a los seguros de enfermedad comunitarios suelen ser una forma altamente regresiva de financiar la asistencia sanitaria.

común. Posibilitan la compartición de riesgos y, por tanto, constituyen un mecanismo de financiación preferible al pago por los usuarios. Pese a ello, los mercados de los seguros de enfermedad voluntarios tienen muchos defectos inherentes que limitan su capacidad para contribuir de forma significativa al programa relativo a la cobertura sanitaria universal. Atraen a las personas más enfermas o de mayor edad, mientras que las personas más jóvenes o sanas, quienes perciben que probablemente contribuirán más de lo que recibirán, suelen optar por no participar en ellos. Esta "selección adversa" significa que estos planes pueden volverse fácilmente inviables debido a la

elevada proporción de miembros que perciben beneficios. Para compensar esto, los planes de seguro voluntario de enfermedad tienden a elevar las primas para los miembros "de mayor riesgo" o excluir de la cobertura los servicios que esas personas necesitan. Por otro lado, las personas pobres simplemente no pueden contribuir a planes de seguro voluntario, algo que se ha observado en los seguros de enfermedad comunitarios (en ocasiones denominados "microseguros") a falta de subvenciones estatales. **Los resultados son incompatibles con el objetivo de la cobertura sanitaria universal**, ya que los pobres quedan excluidos y las personas sanas no subvencionan a las enfermas.

28. Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. Providing Financial Protection and Funding. Health Service Benefits for the Informal Sector: Evidence from sub-Saharan Africa. Londres: Resyst; 2013. [http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2\\_financialprotection.pdf](http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2_financialprotection.pdf), consultado el 19 de noviembre de 2013.

**Debido a la selección adversa y a la exclusión de los pobres, ningún país del mundo ha logrado acercarse a la cobertura sanitaria universal utilizando el seguro voluntario como principal mecanismo de financiación.**

Aunque los sistemas de seguro de enfermedad comunitarios no tienen fines lucrativos, estos son de carácter voluntario y adolecen de los mismos problemas de selección adversa y exclusión de los pobres. En el mundo en desarrollo, estos sistemas tienen poca aceptación entre las familias que piensan que pagarán más de lo que obtendrán en cualquier año, y muchos países pobres no han podido implantarlos. Pese a ello, en los últimos 30 años se han puesto en marcha con gran optimismo cientos de planes de seguro de enfermedad comunitarios en países en desarrollo. Según un estudio reciente realizado en África<sup>29</sup> (cuadro 4), los resultados globales han sido decepcionantes, ya que estos planes tienen por lo general bajas tasas de cobertura, altas tasas de abandono y elevados costos administrativos. Por otro lado, la única forma de incluir a los pobres es obtener amplias subvenciones de otras fuentes (por ejemplo, el presupuesto estatal o contribuciones de donantes). Así pues, resulta evidente que el seguro de enfermedad voluntario no parece una solución a largo plazo para lograr la cobertura sanitaria universal. No obstante,

en algunas circunstancias, el prepago voluntario puede ser necesario simplemente porque las limitaciones fiscales a que hacen frente algunos países no permiten proporcionar los recursos necesarios a partir de los mecanismos obligatorios.<sup>30</sup> Para avanzar verdaderamente hacia la cobertura sanitaria universal es preciso crear fondos mancomunados de riesgo de mucha mayor envergadura, con el fin posibilitar su redistribución entre los enfermos y los pobres. Para ello, la afiliación debe ser obligatoria.

### Sistemas públicos de financiación sanitaria obligatoria

En la actualidad se reconoce de forma generalizada que depender predominantemente de contribuciones obligatorias es crucial para establecer un sistema equitativo de financiación sanitaria. Históricamente, los países lo han logrado a través de dos mecanismos principales:

**= Los impuestos y gravámenes generales:**

la asistencia sanitaria se financia con cargo a todos los impuestos y gravámenes recaudados por el Estado, incluidos los impuestos directos sobre la renta y los beneficios, los impuestos indirectos sobre la venta de bienes y servicios, y los aranceles de importación.

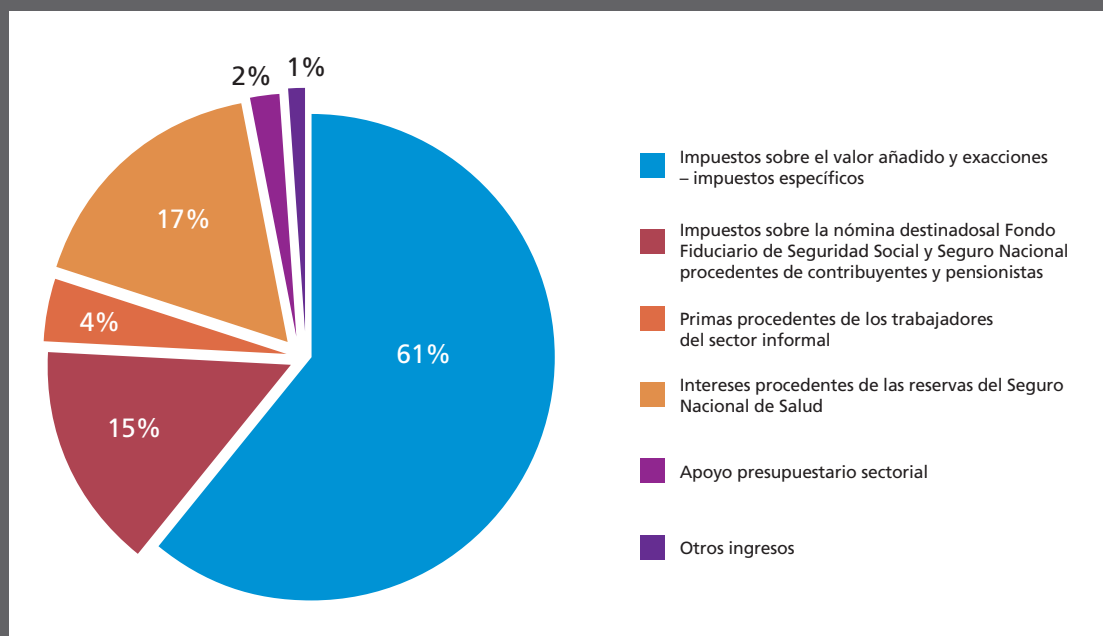
**= Contribuciones obligatorias al seguro de enfermedad:** (generalmente denominado seguro social de enfermedad). Tradicionalmente las

29. Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. Op. Cit.

30. Aunque los casos de éxito son pocos, el ejemplo de Rwanda evidencia que tal vez es posible avanzar si esas contribuciones voluntarias se organizan de un modo explícitamente complementario a la financiación pública en un marco nacional de políticas. Sin embargo, si funcionan por su cuenta, los pequeños planes voluntarios no servirán para alcanzar grandes logros; esta es la razón por la que se ha de adoptar un marco integral de financiación sanitaria que garantice que los fondos mancomunados de riesgo de ámbito local se coordinen con la política sanitaria nacional general.



FIGURA 2: SEGURO NACIONAL DE ENFERMEDAD DE GHANA



Fuente: Organismo del Seguro Nacional de Enfermedad, 2009.<sup>32</sup>

contribuciones proceden de deducciones obligatorias de los salarios de los empleados y/o de sus empleadores, que se pagan directamente a un fondo de seguro de enfermedad. Las deducciones suelen ser un porcentaje del salario, lo que hace que la contribución sea más equitativa que los pagos a tanto alzado realizados en los seguros voluntarios.<sup>31</sup>

Estos tipos diferentes de contribución obligatoria han estado vinculados históricamente a diferentes “modelos” de sistemas de financiación sanitaria, conocidos comúnmente como el modelo

Beveridge (ingresos fiscales generales) y el modelo Bismarck (impuesto sobre la nómina para el seguro social de enfermedad). En realidad, ambos modelos tienen mucho en común, ya que ambos representan una forma de prepago obligatorio; las diferencias entre ellos en la práctica se han visto desdibujadas hasta tal punto que ya no son especialmente pertinentes. Por ejemplo, en la actualidad, ningún sistema de seguro social de enfermedad se financia exclusivamente con deducciones salariales. Los ingresos estatales generales suelen ser actualmente la fuente predominante de ingresos.

31. Cabe señalar que las contribuciones al seguro social de enfermedad no tienen que proceder obligatoriamente de los salarios; en Suiza y los Países Bajos, por ejemplo, es obligatorio contratar un seguro de enfermedad, pero los hogares pagan directamente a los fondos de seguro.

32. Organismo del Seguro Nacional de Enfermedad, Informe Anual, Accra: 2009. [http://www.nhis.gov.gh/files/1\(1\).pdf](http://www.nhis.gov.gh/files/1(1).pdf), consultado el 31 de diciembre de 2013.

El sistema de cobertura universal de **Tailandia**, denominado seguro, se financia totalmente con cargo a los ingresos estatales. El Sistema de Seguro Nacional de Enfermedad de **Ghana** aúna los impuestos sobre la nómina y los impuestos específicos sobre el valor añadido en un único sistema con un paquete común de prestaciones (figura 2).

Los mecanismos obligatorios ofrecen la ventaja de ser más “progresivos” (lo que significa que los ricos pagan más que los pobres, ya que las contribuciones se realizan como porcentaje de la capacidad de pago) que los seguros voluntarios de enfermedad o los sistemas basados en el pago por los usuarios, aunque el grado de progresividad depende de la forma en que se estructuran los impuestos y las primas obligatorias de seguro y de quién paga realmente.

La experiencia pone de manifiesto que los mecanismos de contribución obligatorios desempeñan un importante papel en la aceleración de los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y constituyen una base de financiación que puede ser **eficaz, eficiente y equitativa**:

- = Eficaz porque, si el país tiene sistemas adecuados de tributación y recaudación, dichos mecanismos pueden recaudar sumas considerables de dinero para el sector sanitario, especialmente cuando los hogares más ricos están obligados a contribuir más.
- = Eficiente porque, en comparación con el costo de establecimiento de un mecanismo de prepago voluntario,

los costos administrativos de los sistemas obligatorios de tributación o recaudación de primas son bajos, especialmente cuando dichos sistemas incluyen transferencias informatizadas desde los salarios o la imposición de gravámenes sobre el valor añadido. Cuando los mecanismos de recaudación se enmarcan en el sistema fiscal existente, el costo adicional que conlleva la recaudación de fondos mediante nuevos impuestos es menor que cuando el sector sanitario intenta establecer sus propios mecanismos de recaudación. Por otro lado, si con el tiempo un número mayor de personas accede al empleo formal gracias al crecimiento económico, resulta mucho más fácil recaudar impuestos sobre la renta e impuestos sobre bienes y servicios no esenciales.

- = Equitativo porque una mayor dependencia de los mecanismos obligatorios de contribución es el único modo en que los países pueden expandir sus mecanismos de mancomunación y posibilitar que se constituya un fondo mancomunado de mayor envergadura que pueda servir de base para redistribuir los recursos y los servicios sanitarios entre todo el espectro de la población, desde las personas relativamente sanas y ricas hasta las más pobres y enfermas.

El prepago obligatorio a nivel nacional también puede aumentar la eficiencia y la equidad del sistema de financiación sanitaria si los países deciden aunar los fondos mancomunados más pequeños. **La reducción del número de fondos mancomunados disminuye los costos**



© Wendy Stone/IRIN

administrativos y los obstáculos que dificultan la redistribución, por lo que facilita la subvención de la cobertura de las personas pobres. También cabe señalar que los países que comienzan con sistemas de mancomunación fragmentados suelen tener dificultades más tarde para fusionarlos porque las personas que se benefician de mejores planes (esto es, de prestaciones más altas y/o contribuciones más bajas, como en el

caso de los funcionarios o los trabajadores del sector formal) son reticentes a ceder sus privilegios.

El Gabón, por ejemplo, ha tenido que abordar la delicada cuestión de la solidaridad social y las prestaciones cruzadas dividiendo su fondo de seguro nacional de enfermedad (Caja Nacional de Seguro de Enfermedad y Garantía Social) en tres fondos separados y garantizando

que cada uno de ellos se financie de forma sostenible: el fondo destinado a los pobres, con los ingresos derivados de una exacción del 10% sobre el volumen de negocios de las empresas de telefonía móvil y un gravamen del 1,5% sobre las transferencias monetarias fuera del país; el fondo para los trabajadores del sector público, con recursos procedentes del presupuesto estatal; y el fondo destinado a los trabajadores del sector privado, con los ingresos procedentes de un impuesto sobre la nómina que pagan empleadores y empleados.<sup>33</sup>

## AYUDA FINANCIERA

En varios países de ingresos bajos, incluso si se incrementan los esfuerzos por aumentar la financiación sanitaria interna y si dicha financiación se mancomuna de forma más eficiente, las sumas recaudadas no serán suficientes para financiar la prestación de servicios de cantidad y calidad adecuadas a toda la población. Por tanto, la ayuda financiera externa será necesaria en un futuro previsible hasta que las economías nacionales de dichos países sean lo bastante fuertes como para proporcionar recursos suficientes. Para contribuir de forma efectiva a que los países avancen hacia la cobertura sanitaria universal, la ayuda financiera debería cumplir también los criterios de eficacia, eficiencia y equidad aplicables a la cobertura sanitaria universal. **La ayuda financiera tiene más probabilidades de cumplir estos criterios cuando se utiliza**

**para aumentar los recursos internos mancomunados (por ejemplo, sirviendo de complemento al presupuesto) en lugar de financiar proyectos verticales fragmentados.**

Además de aumentar el nivel global de fondos de que disponen los países para prestar asistencia sanitaria, la ayuda externa también se puede utilizar para ayudar a los países a planificar y aplicar estrategias adecuadas de financiación sanitaria o estrategias destinadas a reforzar los recursos humanos de los sistemas de salud o información, por ejemplo. En este sentido, es esencial que las iniciativas y los proyectos de los donantes estén en consonancia con el principio de equidad en que se debería basar cualquier estrategia de cobertura sanitaria universal.

Así pues, los donantes que destinan sus contribuciones a la financiación sanitaria deberían ser conscientes del impacto que tiene su labor en el conjunto de la población y, en especial, en las personas pobres y otros colectivos vulnerables, en lugar de centrarse únicamente en los beneficiarios inmediatos de sus proyectos. Por ejemplo, los sistemas de seguro de enfermedad que benefician selectivamente a quienes están empleados<sup>34</sup> pueden obstaculizar en la práctica los progresos hacia la cobertura sanitaria universal si el ministerio de finanzas de que se trate es menos partidario de aumentar el presupuesto sanitario debido a que los

33. Humphreys G, La couverture maladie universelle au Gabon. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2013; 91 : 318-319. doi : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.020513>.

34. Banco Mundial/Programa de la GPOBA para empleados del sector de las tecnologías de la información [sitio web]. Health Insurance Fund; 2013. <http://hifund.org/index.php?page=world-bank-gbopa-program-for-it-employees>, consultado el 19 de noviembre de 2013.

miembros de la sociedad más ricos y que más expresan su opinión han obtenido una cobertura adecuada.

## EL PAGO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS – MÁS SALUD POR EL DINERO INVERTIDO

Dado que la demanda de atención sanitaria tiende a aumentar y los recursos son limitados, todos los países deberían procurar maximizar la eficacia de su gasto sanitario.

**Sin embargo, alentar a los países y a las organizaciones a optimizar el uso de los recursos no es lo mismo que promover la reducción del gasto sanitario.** Al contrario, el ahorro de costos debería considerarse como una oportunidad para liberar recursos financieros con el fin de pagar más y mejores servicios de los que pueda beneficiarse un mayor número de personas.

Existe un margen considerable para aumentar la eficiencia en las esferas de la prestación de servicios, el personal sanitario, la información, la financiación y gobernanza (tabla 4). Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir de forma activa a ayudar a los países a aumentar la eficiencia en cada una de estas esferas, así como ayudar a los gobiernos a adoptar un enfoque más estratégico y eficaz en función de los costos al prestar o adquirir servicios de salud. En particular, para aumentar la eficiencia general del sector sanitario, las organizaciones de la sociedad civil deberían alentar a los gobiernos a invertir en servicios de

atención primaria de salud (en particular servicios preventivos) que sean eficaces en función de los costos y a no permitir que los costosos servicios terciarios absorban una parte desproporcionada del gasto sanitario público. Asimismo, cuando un ministerio de salud puede demostrar que aprovecha cada vez mejor los recursos disponibles (esto es, que logra más salud por el dinero invertido), le resulta fácil entablar un diálogo con el ministerio de finanzas acerca de la necesidad de recursos adicionales.

Una esfera en que las organizaciones de la sociedad civil han ayudado a los países a mejorar su eficiencia con resultados especialmente satisfactorios es la del acceso a los medicamentos. En este ámbito, las organizaciones de la sociedad civil han demostrado ser muy eficaces ayudando a los países a dejar de lado los costosos medicamentos de marca y optar por medicamentos genéricos más baratos y posibilitando que adquieran medicamentos a precios razonables. A este respecto, el uso de información internacional de referencia sobre los precios ha sido especialmente útil.<sup>35</sup> Las organizaciones de la sociedad civil también han participado activamente en las negociaciones y los debates relativos a los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos y han promovido con gran eficacia un enfoque de los medicamentos esenciales basado en los derechos.<sup>36</sup>

35. Véase, por ejemplo, la Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamento de Management Sciences for Health. <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=DMP&language=English>, consultada el 19 de noviembre de 2013.

36. Véase, por ejemplo, la campaña de Médicos Sin Fronteras a favor del acceso. <http://www.msfaaccess.org/>, consultado el 19 de noviembre de 2013.

**TABLA 4: LAS DIEZ FUENTES PRINCIPALES DE LA FALTA DE EFICIENCIA**

FUENTE DE INEFICIENCIA	RAZONES COMUNES DE LA INEFICIENCIA	FORMAS DE TRATAR LA INEFICIENCIA
<p><b>1. Medicamentos: infratilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario</b></p>	<p>Controles inadecuados de los agentes de la cadena de suministro, los que los prescriben y los que los dispensan; baja percepción de la eficacia teórica y la seguridad de los medicamentos genéricos; patrones históricos en la prescripción y sistemas ineficientes de obtención y distribución; tasas e impuestos sobre los medicamentos; márgenes comerciales excesivos.</p>	<p>Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción. Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costes y los beneficios de las alternativas. Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones. Eliminar las tasas y los impuestos. Controlar los márgenes comerciales excesivos. Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos.</p>
<p><b>2. Medicamentos: el uso de medicamentos de baja calidad y falsificados</b></p>	<p>Sistemas y mecanismos inadecuados de vigilancia farmacológica; sistemas débiles de contratación pública.</p>	<p>Fortalecer la aplicación de las normas de calidad en la fabricación de los medicamentos, llevar a cabo análisis de los productos; mejorar los sistemas de contratación pública con la precalificación de los proveedores.</p>
<p><b>3. Medicamentos: uso inadecuado e ineficaz</b></p>	<p>Incentivos inapropiados a quienes los prescriben y prácticas poco éticas de promoción; demandas y expectativas de los consumidores, conocimiento limitado sobre los efectos terapéuticos; marcos normativos inadecuados.</p>	<p>Separar la prescripción de la provisión; regular las actividades promocionales; mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción; difundir la información pública.</p>
<p><b>4. Productos y servicios sanitarios: uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos</b></p>	<p>Demanda inducida por el proveedor; mecanismos de pago por servicios; temor a las querellas (medicina defensiva).</p>	<p>Reformar los sistemas de incentivos y pago (por ejemplo, la capitación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico); desarrollar e implementar guías de práctica clínica.</p>
<p><b>5. Personal sanitario: plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados</b></p>	<p>Conformidad con las políticas y los procedimientos de recursos humanos predeterminados; resistencia por parte del colectivo médico; contratos fijos e inflexibles; salarios insuficientes; contratación basada en el favoritismo.</p>	<p>Llevar a cabo una evaluación y una formación basada en las necesidades; revisar las políticas de remuneración; introducir contratos flexibles y/o pagos por el desempeño; aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades.</p>
<p><b>6. Los servicios sanitarios: admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas</b></p>	<p>Falta de planes terapéuticos alternativos; incentivos insuficientes para el alta hospitalaria; conocimiento limitado de las mejores prácticas.</p>	<p>Proporcionar cuidados alternativos (por ejemplo, centros de día); cambiar los incentivos a los profesionales sanitarios hospitalarios; ampliar la información sobre las prácticas eficientes del ingreso hospitalario.</p>
<p><b>7. Los servicios sanitarios: el tamaño inadecuado de los hospitales (infratilización de las infraestructuras)</b></p>	<p>Nivel inadecuado de recursos de gestión para la coordinación y el control; demasiados hospitales y camas hospitalarias en algunas áreas y déficit en otras. A menudo, esto refleja una falta de planificación del desarrollo de infraestructuras de los servicios sanitarios.</p>	<p>Incorporar a la planificación hospitalaria la estimación de las aportaciones y los resultados; ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital; reducir el exceso de capacidad para aumentar la tasa de ocupación hasta un 80-90% (a la vez que se controla la duración de la estancia).</p>

<b>8. Los servicios sanitarios: errores médicos y calidad asistencial insuficiente</b>	Conocimiento o aplicación insuficientes de las normas y los protocolos de asistencia clínica; ausencia de directrices; supervisión inadecuada.	Mejorar las normas de higiene hospitalarias; proporcionar una mayor continuidad de la asistencia médica; realizar más auditorías clínicas; supervisar el rendimiento hospitalario.
<b>9. Despilfarro en los sistemas sanitarios: derroche, corrupción y fraude</b>	Guías poco claras sobre la asignación de los recursos; falta de transparencia; mecanismos deficientes de justificación y gestión; salarios bajos.	Mejorar la regulación y la gestión, introduciendo mecanismos sancionadores efectivos; evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción; realizar estudios de seguimiento del gasto público; promover códigos de conducta.
<b>10. Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente / nivel inadecuado de estrategias</b>	Intervenciones de coste elevado y bajo efecto cuando las opciones de bajo coste e impacto elevado no están financiadas. Equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia y/o entre la prevención, la promoción y el tratamiento.	Evaluación periódica e incorporación a la política de los resultados de los costes y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas.

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, 2010.<sup>37</sup>

37. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 63 p.

---

# CONCLUSIONES

Para promover de forma eficaz la cobertura sanitaria universal es preciso comprender las razones en que se sustentan los esfuerzos por implantarla, incluidos los importantes aspectos relativos a los derechos humanos en que se basa la cobertura sanitaria universal y los imperativos de financiación sanitaria en que descansan los enfoques viables. En este breve manual se ha procurado esbozar dichas razones, y sus redactores esperan que los argumentos y ejemplos proporcionados sean de utilidad para las organizaciones de la sociedad civil que deseen implicar a los gobiernos, socios de desarrollo y las instituciones académicas en el proceso encaminado a lograr la

cobertura sanitaria universal. Como se señala en la introducción, las organizaciones de la sociedad civil ya han desempeñado un importante papel en la promoción del programa relativo a la cobertura sanitaria universal. Han contribuido a establecer un consenso acerca de la necesidad de aplicar políticas y estrategias eficaces o han apoyado la ejecución efectiva de políticas y estrategias destinadas a garantizar que la cobertura sanitaria universal sea verdaderamente universal y que no se dejen sin atender las necesidades de las personas pobres y vulnerables. Estamos convencidos de que seguirán desempeñando una función esencial en el futuro.



# REFERENCIAS

1. Savedoff W et al. Transitions in Health Financing and Policies for Universal Health Coverage: Final Report of the Transitions in Health Financing Project. Washington: Results for Development Institute; 2012.  
<http://r4d.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/THF%20Summary%20-%20Transitions%20in%20Health%20Financing%20and%20Policies%20for%20Universal%20Health%20Coverage.pdf>, consultado el 12 de noviembre de 2013.
3. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.  
<http://www.who.int/whr/2010/en/>, consultado el 12 de noviembre de 2013.
5. Moreno-Serra R, Smith P. Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet*. 2012; 380:917-23. doi:10.1016/S0140-6736(12)61039-3.
6. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 9 p.
7. Jurberg C, Humphreys G. La marcha del Brasil hacia la cobertura universal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2010; 88:646-647 doi:10.2471/BLT.10.020910.
8. Amouzou A, Habi O, Bensaïd K. Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study. *The Lancet*. 2012; 380:1169-78. doi:10.1016/S0140-6736(12)61376-2.
9. Burundi: Standard DHS, 2010, in Measure DHS, Demographic and Health Survey [sitio web]. Calverton: Measure DHS, 2010.  
<http://www.measuredhs.com/what-we-do/survey/survey-display-346.cfm>, consultado el 19 de noviembre de 2013.  
Zhang J. Results Count: How a Financing Scheme in Burundi Turned Nurses into Entrepreneurs. Result Based Financing for Health. Mayo de 2013.  
<http://www.rbfhealth.org/news/item/797/results-count-how-financing-scheme-burundi-turned-nurses-entrepreneurs>, consultado el 19 de noviembre de 2013.
10. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 41 p.
11. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 5 p.
12. Krishna A. The Mixed News on Poverty. *Current History*. 2013; 112: 20.  
[http://www.currenthistory.com/pdf\\_user\\_files/112\\_750\\_020.pdf](http://www.currenthistory.com/pdf_user_files/112_750_020.pdf) (se precisa contraseña), consultado el 19 de noviembre de 2013.
13. Himmelstein D, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *The American Journal of Medicine*. 2009; 122:741-6 doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012.
14. Wheatley A. The Link Between Health Costs and National Savings Rates. *New York Times*. 3 de agosto de 2009.  
<http://www.nytimes.com/2009/08/04/business/global/04inside.html>, consultado el 19 de noviembre de 2013.
15. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Nonthaburi, Tailandia: Health Insurance System.  
<http://www.gurn.info/en/topics/health-politics-and-trade-unions/development-and-health-determinants/development-and-health-determinants/thailand2019s-universal-coverage-scheme-achievements-and-challenges>, consultado el 19 de noviembre de 2013.
16. Knaul F M et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*. 2012; 380: 1259-79. doi:10.1016/S0140-6736(12)61068-X.
17. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Op. Cit.
19. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit.

20. Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25, 1948.
22. More money for health, and more health for the money. Londres: High-level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; 2009.  
<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about-ihp/past-events/high-level-taskforce-for-innovative-international-financing-of-health-systems/>, consultado el 19 de noviembre de 2019.
23. National Account Main Aggregate Database (base de datos en línea). Nueva York: División de Estadística de las Naciones Unidas; 2013.
24. Organización Mundial de la Salud. National Health Account database [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2013.  
<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, consultado el 19 de noviembre de 2013.
25. Gilson L, Russell S, Buse K. The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*. 1995; 7(3):369-401 [DOI: 10.1002/jid.3380070305].  
Masiye F, Chitah BM, McIntyre D. From targeted exemptions to user fee abolition in health care: experience from rural Zambia. *Social Science and Medicine*. 2010; 71(4):743-750.
26. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*. 2009; 373: 2078-81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0.
27. Asher M, Ramesh M, Maresso A. Medical savings accounts in Singapore. *Euro Observer*. 2010; 10(4):9-11.
28. Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. Providing Financial Protection and Funding. Health Service Benefits for the Informal Sector: Evidence from sub-Saharan Africa. Londres: Resyst; 2013.  
[http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2\\_financialprotection.pdf](http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2_financialprotection.pdf), consultado el 19 de noviembre de 2013.
29. Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. Op. Cit.
30. Organismo del Seguro Nacional de Enfermedad, Informe Anual, Accra: 2009.  
[http://www.nhis.gov.gh/files/1\(1\).pdf](http://www.nhis.gov.gh/files/1(1).pdf), consultado el 31 de diciembre de 2013.
33. Humphreys G. Gabon gets everyone under one social health insurance roof. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2013;91:318-319. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.020513>.
34. Banco Mundial/Programa de la GPOBA para empleados del sector de las tecnologías de la información [sitio web]. Health Insurance Fund; 2013.  
<http://hifund.org/index.php?page=world-bank-gbopa-program-for-it-employees>, consultado el 19 de noviembre de 2013.
37. Evans D, Elovainio R, Humphreys G. Op. Cit., 63 p.



## ARGUMENTANDO SOBRE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL | 2013

En las siguientes páginas se incluyen algunos principios básicos sobre financiación sanitaria, junto con ejemplos de países y argumentos basados en la evidencia, para respaldar a organizaciones de la sociedad civil que abogan por la adopción de **políticas de financiación sanitaria que promuevan la equidad, la eficiencia y la eficacia, garantizando que se tengan en cuenta los derechos de los más vulnerables.**