

DOCUMENTO DE LA OMS**HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: CONCEPTOS, ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS Y DESAFÍOS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

documento de antecedentes para la

**Reunión ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal
18 y 19 de febrero de 2013, Sede de la OMS, Ginebra (Suiza)**

Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_agenda_abridged_2013.02.05_es.pdf

INTRODUCCIÓN

1. La cobertura sanitaria universal (CSU) se define como una situación en la que todas las personas pueden acceder a los servicios de salud que necesitan, de la debida calidad, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos^{1,2}. La expresión engloba dos conceptos de cobertura relacionados entre sí. En el ámbito de la salud pública, este término encierra el principio de que todas las personas han de poder utilizar, en atención a sus necesidades, una serie de servicios de salud de calidad que incluyan una combinación apropiada de funciones de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos³. Los economistas de la salud, por su parte, lo emplean para describir si una población está protegida contra el riesgo de sufrir graves dificultades financieras por tener que pagar los servicios de atención sanitaria de su propio bolsillo⁴.

2. Avanzar hacia la CSU supone un proceso de realización paulatina. Se trata de lograr progresos en varios frentes y para todas las personas, más concretamente en relación con la amplia variedad de servicios que conforman la atención sanitaria (incluidos los medicamentos, los productos médicos, los trabajadores sanitarios, la infraestructura de salud y la información sanitaria); la proporción de los costos de esos servicios que se sufragan; y la proporción de la población a la que se da cobertura.

LA COBERTURA UNIVERSAL ES IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO

3. La CSU no es solo una cuestión de salud sino también una cuestión propia del desarrollo⁵. Al asegurar la cobertura de los servicios necesarios se contribuye a mejorar o mantener el estado de salud⁶, lo que a su vez permite a los adultos obtener ingresos y a los niños adquirir conocimientos, herramientas imprescindibles para escapar de la pobreza. Al mismo tiempo, la cobertura financiera impide que las personas se vean empujadas a la pobreza por tener que pagar los servicios de atención sanitaria de su propio bolsillo⁷ (se entiende que la mayor parte del gasto sanitario sufragado por pagos directos a cargo de los usuarios –sobre todo en los países en desarrollo– no es discrecional sino que responde a la necesidad de prevenir o atender problemas de salud). La CSU representa además una expresión práctica de la cohesión social y responde al anhelo de velar por que todos, incluso los grupos más vulnerables, puedan ejercer su derecho a la salud.

SE HAN LOGRADO AVANCES PERO AÚN QUEDA MUCHO POR HACER

4. Las promesas políticas hechas en esta esfera han subrayado el vínculo que existe entre la cobertura de servicios de salud esenciales y la protección contra los riesgos

financieros, pero plasmar esas promesas en resultados concretos a nivel de país no es tarea sencilla. La dificultad estriba en salvar los complejos desafíos que se plantean en todos los países, por ejemplo en forma de bajos niveles de ingresos nacionales, débiles sistemas de salud, cambios en las pautas de morbilidad, envejecimiento de la población y grandes desigualdades económicas y sociales. Con todo, aunque la CSU no es algo que se pueda conseguir de la noche a la mañana, existen una serie de medidas que ya se pueden adoptar ahora.

5. En los últimos tiempos, se han logrado diversos avances. En los países en desarrollo ha aumentado la cobertura con servicios de salud asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁸. Así por ejemplo, la proporción de partos atendidos por personal de salud calificado aumentó en los países en desarrollo del 59% al 65% entre 2000 y 2010⁸. Por otra parte, se ha observado que numerosos países están recurriendo cada vez menos a sistemas de pago directo para financiar los servicios de salud⁹.

6. Queda, sin embargo, mucho por hacer. Buena parte de los 1,4 millones de pobres que hay en el mundo siguen sin recibir los servicios de salud que necesitan¹⁰. En muchos entornos persisten graves carencias de personal sanitario, y retener a los trabajadores de la salud o motivarlos para ofrecer una atención de calidad requiere inversiones adicionales, así como un entorno propicio que apueste por los incentivos. Según un estudio reciente, la disponibilidad de medicamentos esenciales en los centros de salud del sector público apenas se situaba, en promedio, en alrededor del 35% en los 27 países en desarrollo para los que se disponía de datos¹¹; por si esto fuera poco, se observan también otros problemas, como la debilidad de los sistemas de adquisición y distribución o el uso irracional de los fármacos, que forman parte de las principales fuentes de ineficiencia de los sistemas de salud¹. En un gran número de países, se continúa careciendo de

fondos suficientes para lograr avances importantes hacia la cobertura universal; los niveles de pagos directos por los usuarios siguen siendo elevados en muchos de los países más pobres cuyas poblaciones presentan las mayores necesidades en materia de atención de salud. Se estima que hay unos 150 millones de personas en situación de catástrofe financiera y que cada año unos 100 millones se ven arrastrados a vivir por debajo del umbral de la pobreza por tener que pagar los gastos sanitarios de su propio bolsillo¹².

7. El logro de progresos presupone la capacidad de identificar y superar obstáculos, así como el compromiso y la colaboración de las instancias pertinentes en todos los ministerios. Dependiendo del país de que se trate, los organismos de seguridad social y los ministerios de trabajo, bienestar social, planificación y asuntos exteriores pueden tener un importante papel que desempeñar en los esfuerzos por asegurar la protección social de la población (en particular, de los grupos más vulnerables), por mejorar la eficacia de coordinación entre los asociados gubernamentales y los asociados para el desarrollo, de conformidad con los principios de la Declaración de París¹³ y, por último, por lograr la inclusión de la CSU como meta u objetivo de desarrollo internacional.

8. Sin embargo, el elemento más importante posiblemente sea la interacción entre los ministerios de salud y los ministerios de finanzas, ya que ambos comparten el reto de obtener fondos suficientes y de utilizarlos de forma eficiente para atender la creciente demanda de servicios de salud por parte de la población. Los ministerios de finanzas lidian con la necesidad de obtener ingresos y tienen que tomar decisiones que implican la asignación de fondos a la salud y a otros sectores, de conformidad con el objetivo de conseguir el máximo beneficio posible. Los ministerios de salud a menudo despliegan grandes esfuerzos por promover las inversiones en el ámbito de la salud y tienen que

velar de forma continua por que los fondos recibidos se utilicen con eficacia y eficiencia. Ambos ministerios se esfuerzan por rendir cuentas a la población del uso dado a los fondos. Según se desprende de la experiencia de distintos países en esta esfera, la coordinación entre los dos ministerios en lo que a la adopción de políticas se refiere es esencial para que los países puedan avanzar hacia la cobertura universal o preservar los logros alcanzados al respecto¹.

MANTENER LOS PROGRESOS HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL: ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS DE LA EXPERIENCIA DE LOS PAÍSES Y NUEVOS DESAFÍOS

9. Las experiencias de los países en materia de reformas permiten extraer una serie de enseñanzas importantes acerca de la adopción de medidas de política acordes con la meta de avanzar hacia objetivos relacionados con la CSU. Se trata de lecciones de amplio alcance que lejos de constituir una especie de «manual de instrucciones» para la reforma, pueden percibirse como logros operativos que cada país puede adaptar a las particularidades únicas de su propio contexto. Como era de esperar, los desafíos fundamentales se concentran en el ámbito de la aplicación práctica.

10. No existe una solución idónea única para organizar el sistema de salud de cara a la cobertura universal, aunque sí hay algunos principios que pueden servir de orientación en la fase de diseño. Los objetivos de la CSU (reducir el desajuste entre los servicios que se necesitan y los servicios a los que se puede acceder, mejorar la calidad y reforzar la protección financiera) guían las orientaciones generales para el logro de avances, pero la reforma debe partir siempre, sea cual sea el país, del contexto y el sistema en vigor a nivel nacional. El camino hacia la cobertura universal debe definirse localmente, lo que no implica que todas las opciones sean igual de válidas. Una lección importante que

cabe extraer de la experiencia en esta esfera es que cada país debe contar con una estrategia nacional de reforma sanitaria que esté expresamente orientada a superar los obstáculos que dificultan el progreso hacia la CSU y proponga un enfoque coherente para la alineación de los diferentes componentes del sistema. Sin embargo, para conseguir resultados significativos, también es primordial que esa estrategia esté integrada dentro de un marco fiscal realista para el sector de la salud y tenga debidamente en cuenta la naturaleza del sistema político-administrativo del país (por ejemplo, qué decisiones se adoptan en el sector público a nivel central, regional o de distrito).

REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN SANITARIA (RECAUDACIÓN Y MANCOMUNACIÓN DE FONDOS) EN PRO DE LA COBERTURA UNIVERSAL

11. Una lección que emerge claramente de la experiencia es que los objetivos de asegurar una protección financiera universal y asegurar la equidad en el uso de los servicios necesarios tienen más posibilidades de prosperar cuando un sistema de salud se basa principalmente en la recaudación de fondos mediante el prepagó obligatorio (es decir, fondos procedentes de los ingresos generales del Estado, contribuciones obligatorias a la seguridad social, o una combinación de ambos). No existe en el mundo ningún país que haya conseguido garantizar la cobertura universal de la población sirviéndose de contribuciones voluntarias, y menos aún utilizando un sistema de pago directo por los propios usuarios. Por otra parte, al reducir la fragmentación en la forma en que se mancomunan los fondos se puede aumentar la capacidad para asegurar una redistribución favorable a las personas con mayores necesidades sanitarias^{1,14,15}.

12. Huelga decir que para muchos países adoptar un sistema basado principalmente en la recaudación de fondos mediante el pre-

pago obligatorio y reducir el grado de fragmentación es más fácil en la teoría que en la práctica. Existe el riesgo de que los esfuerzos por aumentar la financiación a través de cotizaciones a la seguridad social vinculadas a los salarios acabe exacerbando las desigualdades entre los contribuyentes y las personas que no pertenecen al sector del empleo formal y tenga, además, efectos negativos sobre el empleo y la competitividad económica. Por otro lado, la capacidad para movilizar recursos suficientes por medio de contribuciones obligatorias es bastante limitada en los países de ingresos bajos, donde buena parte de la población carece de un empleo formal y estable. También se ha comprobado que es muy difícil implantar sistemas de contribución en concepto de primas para las personas no pertenecientes al sector formal, aún adoptando las pertinentes disposiciones legales para darles carácter obligatorio. En consecuencia, cada vez son más los países, de todos los niveles de renta, que como parte de los esfuerzos desplegados para asegurar la inclusión de los grupos vulnerables y de las personas no pertenecientes al sector formal de un modo acorde con las preocupaciones de política fiscal y macroeconómica, optan por la mancomunación de ingresos públicos generales y cotizaciones al seguro obligatorio o por el uso explícitamente complementario de ambas fuentes^{9,15}.

13. El hecho de que la financiación pública constituya uno de los pilares centrales de la CSU hace que sea imperativo asegurar una estrecha coordinación entre las autoridades nacionales encargadas de la salud y las responsables de las finanzas. Esto también plantea una serie de retos cruciales, en particular en lo referente al imperativo de encontrar el justo equilibrio entre la necesidad del sistema de salud de asegurar un flujo de fondos estable y previsible y los requisitos del sistema de gestión financiera del sector público que exigen una jerarquía de rendición de cuentas claramente definida en relación con el uso de esos fondos. En el caso de

los países más pobres, en particular, los condicionantes fiscales restringen sobremedida la capacidad de aplicar un sistema basado predominantemente en la financiación pública, lo que hace más difícil sopesar las dificultades y compensaciones conexas. Aun así, no es necesario que los países sean ricos para poder avanzar hacia la cobertura universal: la experiencia sugiere que el compromiso político es esencial, tanto a efectos de financiación como para garantizar un uso eficaz de los recursos.

HACER PROMESAS... Y RENDIR CUENTAS SOBRE SU CUMPLIMIENTO

14. En muchos países, los esfuerzos por avanzar hacia la CSU se enmarcan dentro de disposiciones constitucionales que garantizan el «derecho a la salud» y el acceso equitativo a los servicios de salud, o disposiciones conexas. Dicho de otro modo, esas disposiciones constituyen una promesa que los gobiernos tienen la obligación de cumplir, y los países han ido introduciendo diversos mecanismos para que sus ciudadanos puedan realizar paulatinamente los derechos que les corresponden. El quid de la cuestión está en especificar las prestaciones, en particular los derechos y obligaciones de la población en relación con los servicios de atención sanitaria.

15. Ningún sistema de salud puede pretender cubrirlo todo para todos: cada uno de los países tiene que encontrar soluciones de compromiso a la hora de definir qué servicios se van a prestar, a quién y con qué nivel de asequibilidad. El mayor desafío político en este proceso hacia la cobertura universal posiblemente sea establecer un orden de prioridades que abarque sus tres componentes principales – a saber: población, servicio y costo – y lo seguirá siendo a medida que se vayan desarrollando nuevas tecnologías y servicios de salud. Especialmente problemáticos resultan, sin embargo, los casos en que los sistemas no cumplen sus promesas; esto ocurre cuando los servicios supuestamente

garantizados para toda la población no se ofrecen en la práctica, lo que puede traducirse en que algunos servicios no estén disponibles o que los pacientes tengan que acudir al sector informal y pagar de su propio bolsillo servicios en principio incluidos dentro del plan de prestaciones definidas que tiene derecho a recibir.

16. Para evitar que las promesas queden en simples palabras, los países también han implantado mecanismos que permiten a los ciudadanos exigir cuentas a sus gobiernos acerca de la forma en que les dan cumplimiento. La comunicación es esencial para que las personas tomen realmente conciencia de los derechos que les corresponden. Los países utilizan asimismo otras medidas conexas para asegurar que los ciudadanos puedan hacer valer esos derechos, por ejemplo mecanismos de reclamación o recursos para obtener reparación por vía judicial. Además, el diseño de los sistemas también puede obrar en favor del objetivo perseguido: la información es la clave para asegurar un seguimiento transparente de los resultados.

LA PROMESA DE OFRECER SERVICIOS DE SALUD EFICIENTES Y DE ALTA CALIDAD DEBE PLASMARSE EN RESULTADOS CONCRETOS

17. Una «plataforma» esencial para la cobertura universal es la garantía de una amplia cobertura geográfica: los sistemas de prestación de servicios de salud deben asegurar el acceso equitativo de la población a la atención sanitaria. El nivel de asistencia primaria – es decir, los servicios de mayor «proximidad con el usuario» – es prioritario dentro del fortalecimiento de los sistemas, lo que demuestra que se reconoce que también es importante mantener un justo equilibrio entre los servicios centrados en las personas (por ejemplo, tratamientos y cuidados paliativos) y los centrados en las poblaciones (por ejemplo, intervenciones de prevención y promoción basadas en la población). La

cobertura universal de los servicios de salud necesarios, por su parte, engloba muchos componentes diferentes, entre ellos el acceso universal a productos sanitarios y medicamentos esenciales, la disponibilidad de un personal sanitario suficientemente motivado y adecuadamente distribuido integrado por una mezcla apropiada de profesionales y la existencia de sistemas de información capaces de proporcionar de forma oportuna los datos necesarios para la toma de decisiones. El compromiso político para con la CSU puede actuar de catalizador para nuevas inversiones y reformas de los sistemas de salud, de vital importancia para garantizar la disponibilidad de los servicios pertinentes. La alineación de las políticas de financiación y las relacionadas con la prestación de servicios es fundamental, por un lado para el costo de los servicios prometidos y, por otro, para la aplicación de incentivos que promuevan una prestación eficiente y de alta calidad. Esto, a su vez, requiere la capacidad de encontrar un justo equilibrio entre los servicios prometidos y los recursos previsiblemente disponibles, así como el empleo de mecanismos de pago al proveedor que aseguren que los lotes de servicios no queden en meras declaraciones y que su adquisición se haga efectiva. Para muchos países, una de las mayores dificultades que se les plantean a este respecto consiste en estimar los recursos necesarios para ofrecer el lote previsto. Si el sistema de prestación de servicios de salud en vigor presenta ineficiencias, puede ocurrir que las proyecciones de las necesidades de recursos basadas en un análisis de los costos actuales «integren» esas ineficiencias sin más. Cabe pues afirmar que alinear los recursos con las prestaciones no se reduce a un ejercicio mecánico de contabilidad: se trata más bien de un proceso continuo de búsqueda de soluciones para asegurar que los proveedores encuentren incentivos que fomenten la reducción de las ineficiencias con el paso del tiempo, de modo que sea posible aumentar la cantidad y la calidad de los servicios previstos para un determinado nivel de financiación.

SEGUIMIENTO DE LOS AVANCES HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL Y RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE LOS RESULTADOS ALCANZADOS

17. Los planes que se adopten en esta esfera no solo deberán traducir unas metas y estrategias de amplio alcance en objetivos concretos y en detalladas medidas de aplicación, sino que habrán de velar por que esos objetivos y medidas sean mensurables. Se persigue aquí una doble finalidad: por un lado hay que poner los medios necesarios para poder medir los progresos que se vayan logrando y poder evaluar y ajustar las estrategias concretas de ejecución y, por otro, se debe garantizar la rendición pública de cuentas en relación con los resultados alcanzados y el uso dado a los fondos públicos. También esta tarea supone un importante desafío político, ya que incluso si el plan propuesto es excelente nunca se pueden prever todas las eventualidades. Si el entorno político exige un cambio de rumbo radical cada vez que se detectan problemas, no será fácil mantener el ritmo de los avances.

18. Establecer y fortalecer la plataforma de datos probatorios relacionados con la CSU es otro aspecto fundamental. Para lograr ese fin, habrá que asegurar un seguimiento sistemático de los progresos realizados – por ejemplo, utilizando las cuentas nacionales de salud para supervisar el gasto sanitario, incluidas estimaciones, basadas en encuestas domiciliarias, de los pagos directos por los propios usuarios dentro de distintos grupos de población – o recurrir a encuestas o sistemas de información sanitaria sistemática para seguir de cerca los niveles de cobertura correspondientes a los servicios sanitarios considerados necesarios. También será preciso estudiar y analizar las políticas pertinentes para asegurar la rápida incorporación de las enseñanzas extraídas en materia de aplicación y su vinculación a los procesos de toma de decisiones, con miras a efectuar las oportunas correcciones sobre la marcha. El fortalecimiento y mantenimiento

de las capacidades nacionales para generar y analizar esos datos, y la eficaz plasmación de los resultados conexos en decisiones de política, es lo que distingue a un sistema de salud sostenible y adaptable de otro que no lo es.

19. Existe una gran demanda de un marco de seguimiento centrado en la cobertura universal que abarque los dos componentes principales de esta: la cobertura referida a la prestación de servicios de salud necesarios con la debida calidad y la cobertura en materia de protección contra los riesgos financieros – y que tanto pueda ser adaptado por los países en función de sus respectivas necesidades, como ser utilizado para actividades de seguimiento de carácter internacional, sobre todo en el contexto de los avances hacia el establecimiento de objetivos internacionales de desarrollo sostenible para después de 2015. La OMS y el Banco Mundial han emprendido un trabajo conjunto en relación con ese marco y esperan poder presentar un proyecto de texto íntegro para el mes de julio de 2013.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
2. OMS. Resolución WHA58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
3. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948.
4. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. En: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S editores. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.p. 114-137.
5. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet*. 2012; 380: 864-5.

6. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012; 380: 917–23.

7. Xu K, Evans DB, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet*. 2003; 362: 111-117

8. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012. Nueva York: Naciones Unidas; 2012.

9. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012; 380: 933-43.

10. Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicador?display=default> (consultado el 29 de enero de 2013).

11. Naciones Unidas. Objetivo de desarrollo del Milenio 8. Resultados de la alianza mundial para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas; 2008.

12. Xu K, Evans DB, Carrin G, et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007; 26 :972-983.

13. OCDE. Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; 2005.

14. Fuchs VR. What every philosopher should know about health economics. *Proc Am Philos Soc*. 1996; 140(2):186-196.

15. Kutzin, J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bull World Health Org Suppl*. 2012;90:867-868.