ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO **EB115/8**
115ª reunión **2 de diciembre de 2004**
Punto 4.5 del orden del día provisional

Seguro social de enfermedad

Informe de la Secretaría

1. Como continuación del debate mantenido por el Consejo Ejecutivo en su 114ª reunión,[1] la Secretaría prosiguió las conversaciones con los Estados Miembros sobre sus experiencias en materia de financiación de los sistemas de salud y sus necesidades de asistencia técnica al respecto. En el presente documento se informa de los resultados y, como se acordó en la 114ª reunión, se propone también un proyecto de resolución sobre el tema.

2. Se define «cobertura universal» como el acceso de todos, por un precio asequible, a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo que en la práctica equivale a hacer realidad el **acceso equitativo.** El principio de **protección contra los riesgos financieros** garantiza que el costo de la atención sanitaria no pone a la gente en peligro de desastre económico. Un objetivo conexo de la política de financiación de la salud es la consecución de una **financiación equitativa,** gracias a la cual cada familia contribuya al sistema sanitario en función de sus posibilidades. La cobertura universal es coherente con los conceptos de salud para todos y atención primaria de salud que preconiza la OMS.

3. Para hacer realidad la cobertura universal se precisan mecanismos institucionales que permitan: recaudar de distintas fuentes, eficaz y equitativamente, las contribuciones financieras al sistema sanitario; mancomunar esas cotizaciones para que todos los contribuyentes compartan el riesgo de tener que pagar por los servicios de salud, carga que de otro modo recaería únicamente sobre los enfermos; y utilizar esos recursos para ofrecer o contratar intervenciones sanitarias eficaces. El modo en que un país combina estas funciones determina la eficacia y equidad de su sistema de financiación de la salud.

4. En la mayoría de los países, las contribuciones financieras al sistema sanitario provienen de las familias y las empresas, aunque en muchos lugares las aportaciones externas, como la ayuda oficial, son otra fuente importante de recursos. El reciente incremento de los capitales externos destinados a financiar la salud puede impulsar grandes mejoras sanitarias en los países pobres. Por otro lado, sin embargo, las instituciones financieras multilaterales y algunos ministerios de finanzas recelan de los posibles efectos de esa afluencia de capital sobre la estabilidad macroeconómica. Además, esos fondos sirven a veces para costear programas concretos, de manera más o menos independiente de las acciones que estén en marcha para establecer sistemas y organismos duraderos con vistas a financiar el sistema sanitario en su conjunto. Es importante que los fondos entrantes destinados a actividades concretas se gestionen de forma coherente con el objetivo más general de instituir sistemas de financiación y avanzar hacia la cobertura universal.

[1] Véase el documento EB114/2004/REC/1, actas resumidas de la quinta sesión.

5. Aunque existen diversas opciones organizativas para lograr la cobertura universal, todos los sistemas que dan buenos resultados comparten un rasgo fundamental: una parte de las contribuciones familiares se paga por adelantado, y con ella se constituye una caja común. Normalmente, esas contribuciones son la principal fuente de financiación interna de los gastos sanitarios del país. La experiencia demuestra que es preciso contar en gran medida con fuentes de financiación obligatorias, como los impuestos de varios tipos, las deducciones del salario o las cotizaciones obligatorias a la seguridad social. El prepago con carácter voluntario puede tener su función en determinados contextos, pero es difícil lograr la cobertura universal recurriendo únicamente a este tipo de cotizaciones.

6. En lo que a fuentes de financiación se refiere, cabe distinguir dos grandes opciones para alcanzar la cobertura universal. La primera es la de utilizar los ingresos fiscales generales como principal instrumento financiero para mancomunar los riesgos, en lo que también se conoce como **sistemas de salud financiados por los impuestos.** La segunda opción consiste en instituir un **seguro social de enfermedad,** expresión que designa aquí la situación en que los trabajadores por cuenta propia o ajena, las empresas y las administraciones públicas pagan cotizaciones destinadas específicamente a la salud que sirven para constituir una o varias «cajas de seguro social de enfermedad». Con la primera opción, lo normal es que todos los ciudadanos (y a veces todos los residentes) tengan derecho a los servicios de salud, lo que automáticamente resulta en la cobertura universal. En el caso del seguro social de enfermedad, ese derecho depende de las cotizaciones abonadas por una persona o por un tercero en su nombre. Sólo se llegará a la universalidad cuando se efectúen cotizaciones en nombre de todos y cada uno de los miembros de la población. Por ello la mayoría de los sistemas de seguro social de enfermedad combinan varias fuentes de financiación, en cuyo caso los gobiernos suelen cotizar en nombre de quienes no tienen recursos para hacerlo.

7. En algunos países se aplica una solución mixta: los impuestos generales financian la cobertura de una parte de la población, mientras que otros grupos quedan cubiertos por contribuciones obligatorias a una caja de seguridad social o por diversos tipos de seguro voluntario de enfermedad.

8. Ningún sistema sanitario cubre la totalidad de los costos de los servicios de salud únicamente con los fondos mancomunados procedentes del pago anticipado por la vía de los impuestos o de las cotizaciones al seguro. Lo más frecuente es que se exija alguna forma de copago, a veces de carácter extraoficial, en el momento de utilizar el servicio, con la intención de restringir la demanda y/o reducir los costos para el gobierno o la caja del seguro. Sin embargo, es fundamental que la contribución relativa que el paciente efectúa en forma de pago directo por la prestación de un servicio no sea de tal magnitud que reduzca su acceso a la atención y lo deje desprotegido ante los riesgos financieros propios de las prestaciones de costo elevado. Se estima que nada menos que 178 millones de personas al año podrían sufrir un desastre económico a resultas de los pagos directos por prestaciones sanitarias, y que 104 millones podrían caer en la pobreza debido simplemente a los gastos médicos.[1]

9. Todos los dispositivos institucionales dedicados a recaudar y mancomunar fondos tienen que utilizar esos recursos financieros del mejor modo posible, prestando o contratando los oportunos servicios de salud de manera más activa que pasiva, ya sea en instalaciones públicas o por mediación de proveedores privados, o bien combinando ambos métodos. En cualquier caso, los gobiernos deben asegurarse de que existan los oportunos incentivos para que los proveedores se limiten a prestar los servicios que sean necesarios y lo hagan con un elevado nivel de calidad.

[1] *Preliminary global estimates on the population subjected to catastrophic expenditure and impoverishment*. OMS, noviembre de 2004.

10. Los sistemas de financiación de la salud que ofrecen cobertura universal suelen ser fruto de años de evolución, en cuyo transcurso ha ido aumentando en general la tasa de cobertura de la población. En los países que todavía carecen de cobertura universal hay distintos mecanismos para proteger a distintos grupo de población, ya se trate de servicios financiados con los impuestos o de seguros de enfermedad de carácter comunitario, cooperativo o privado. Tales mecanismos seguirán coexistiendo durante la fase de transición, pero en algún punto del proceso habrá que articular esos componentes dispersos de tal manera que la cobertura universal quede garantizada.

11. La transición a la cobertura universal puede durar varios años, o incluso decenios. La velocidad del proceso depende de varios factores, entre los que destacan los siguientes: el grado de aceptación del valor y el concepto de la solidaridad social; la eficacia del gobierno en el desempeño de su función de rectoría; y la confianza que inspiren a la población el gobierno y sus instituciones. Un factor limitante básico es la capacidad de la administración para obtener ingresos fiscales o recaudar las cotizaciones al seguro. Una elevada tasa de crecimiento económico hace que la gente pueda contribuir en mayor medida a un plan de financiación de la salud. Cuando ello se acompaña de un fortalecimiento del sector estructurado, también resulta más fácil que el sistema de financiación pueda calcular los ingresos y recaudar las contribuciones familiares (esto es, cobrar los impuestos o las cotizaciones al seguro). Otro factor importante es la existencia de un cuerpo de administrativos cualificados que facilite la gestión eficaz de un sistema de ámbito nacional.

12. Para financiar la salud no existen soluciones perfectas y recomendables en cualquier contexto. Valgan como ejemplo los 30 miembros de la OCDE, de los que 15 tienen un sistema que se alimenta básicamente de cotizaciones mancomunadas en una caja de seguridad social, 12 poseen sistemas financiados en gran medida con los impuestos generales y tres funcionan con sistemas mixtos. En casi todos los países que recurren a cotizaciones mancomunadas, el gobierno aporta fondos de sus ingresos presupuestarios para dar cobertura a determinados grupos de población, por ejemplo los pobres. Todos ellos, además, tienen instaurada alguna forma de copago de ciertos servicios o de productos farmacéuticos. Desde el punto de vista de la eficacia, la incidencia en los resultados sanitarios o la capacidad de responder a las necesidades del paciente, ninguno de los dos sistemas parece presentar claras ventajas sobre el otro.

13. Sin embargo, los resultados de un sistema de financiación no dependen sólo del mecanismo por el que se recaudan los fondos, sino también del modo en que éstos se mancomunan y utilizan para ofrecer o contratar servicios de salud. Conviene no centrarse exclusivamente en la cuestión de la obtención de los ingresos, que a veces escapa a las competencias del ministerio de salud, pues también es posible mejorar el nivel de eficacia y equidad estudiando las modalidades de mancomunación y utilización de los recursos para ofrecer o contratar servicios e intervenciones de salud. Los organismos que forman parte del sistema de financiación (el ministerio de salud, otros ministerios y las cajas de seguro médico) necesitan incentivos apropiados para obtener ingresos suficientes y lograr así el objetivo de la cobertura universal, y también disposiciones adecuadas que regulen la mancomunación de fondos y la contratación de servicios.

14. En la evolución de un sistema de financiación de la salud hacia la cobertura universal, llega un momento en que diversos condicionantes de orden social, económico y/o político imponen orientaciones concretas. Un primer factor básico es el contexto organizativo, o dicho de otro modo, la posibilidad de avanzar a partir de instituciones ya existentes que funcionen correctamente. En segundo lugar, es esencial la función de rectoría del gobierno y, sobre todo, la existencia de una firme voluntad política de emprender una determinada reforma del sistema de financiación. También es importante, en tercer lugar, el estado de la economía desde el punto de vista del crecimiento general y del nivel de empleos en el sector estructurado, pues tanto el crecimiento económico como la consolidación de la economía oficial permiten a los gobiernos recaudar con mayor facilidad las contribuciones obligatorias

con vistas a la cobertura universal. Por último, y con independencia del modelo de financiación de que se trate, es preciso disponer de un número suficiente de administrativos cualificados para desempeñar todas las tareas ligadas a la financiación.

15. En última instancia, la decisión de un país sobre el modo en que desea reformar su sistema de financiación de la salud debe guiarse por las decisiones sobre recaudación, mancomunación y contratación de servicios, y sobre la arquitectura institucional conexa, que puedan conducirle con más probabilidad a la cobertura universal en sus circunstancias concretas, teniendo en cuenta los valores y objetivos colectivos de su sociedad. Los métodos de prepago y la mancomunación de recursos y riesgos son principios básicos de la protección financiera que exigen especial atención cuando esos mecanismos no están consolidados. También hay que estudiar muy detenidamente el modo en que se contraten o presten servicios utilizando la caja común para dar una respuesta idónea a las necesidades de la población y a la cuestión de la equidad.

16. Al reformar el sistema de financiación de la salud, un gobierno debe mantener su importante función de rectoría con el fin de orientar la ejecución de la reforma y al mismo tiempo conservar un cierto grado de pragmatismo, pues las sociedades y economías son dinámicas y lo más probable es que la transición a la cobertura universal dure varios años.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

17. Se invita al Consejo Ejecutivo a examinar el proyecto de resolución siguiente:

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo considerado el informe sobre el seguro social de enfermedad,[1]

RECOMIENDA a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Observando que en muchos países conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos financieros;

Aceptando que, con independencia de la fuente de financiación que se elija para costear el sistema de salud, el prepago y la mancomunación de recursos y riesgos son principios básicos de la protección contra los riesgos financieros;

Entendiendo que al elegir un sistema de financiación de la salud es preciso tener en cuenta la situación de cada país;

Consciente de que varios Estados Miembros están llevando adelante reformas de la financiación de la salud, algunas de las cuales implican la introducción de un seguro social de enfermedad;

[1] Documento EB115/8.

Tomando nota de que algunos países han recibido últimamente cuantiosas aportaciones de fondos externos destinados al sector de la salud;

Reconociendo la importancia que tiene la función de rectoría de los gobiernos para profundizar en la reforma de los sistemas de financiación de la salud con el fin de lograr la cobertura universal,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que velen por que los sistemas de financiación de la salud instituyan o perfeccionen el pago anticipado de las contribuciones al sector de la salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud;

2) a que velen por que los fondos externos destinados a actividades o programas de salud concretos sean gestionados y organizados de tal manera que contribuyan a la creación de mecanismos e instituciones duraderos para financiar el sistema de salud en su conjunto;

3) a que introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud para todos;

4) a que reconozcan que, al gestionar la transición a la cobertura universal, será preciso formular las distintas opciones teniendo en cuenta la situación macroeconómica, sociocultural y política de cada país;

5) a que, cuando convenga, y bajo la firme rectoría global del gobierno, aprovechen las oportunidades existentes de colaboración entre proveedores públicos y privados y organismos de financiación de la salud;

6) a que intercambien experiencias sobre la reforma de la financiación de la salud, comprendida la elaboración de planes de seguro social de enfermedad, con especial referencia a los mecanismos institucionales establecidos para cumplir las principales funciones de un sistema de financiación de la salud;

2. PIDE al Director General:

1) que, respondiendo a peticiones de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico destinado a reforzar los medios y el saber técnico necesarios para instituir sistemas de financiación de la salud, y en particular planes de prepago, comprendido el seguro social de enfermedad, con vistas a alcanzar el objetivo de la cobertura universal; y que colabore con los Estados Miembros en el proceso de diálogo social sobre las opciones existentes para financiar la salud;

2) que facilite a los Estados Miembros información técnica sobre los efectos en la estabilidad macroeconómica que podría tener la afluencia de capital externo para financiar la salud;

3) que reúna datos científicos para describir prácticas idóneas de financiación de la salud relacionadas con la obtención de ingresos, la mancomunación y la prestación o contratación de servicios, teniendo en cuenta las diferencias económicas y socioculturales;

4) que elabore instrumentos y métodos para evaluar la incidencia en los servicios de salud de los cambios en los sistemas de financiación a medida que éstos avanzan hacia la cobertura universal, y que preste apoyo técnico a los países que deseen utilizar dichos instrumentos y métodos.

= = =