



INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP
Open Budgets. Transform Lives.

Gaceta

Año 01. No.4. 2008

LAS OPINIONES QUE PRESENTA ESTA GACETA SON DEL AUTOR Y NO
NECESARIAMENTE REREPRESENTAN LA OPINIÓN DEL IBP

Hacia un fondo global para la salud: La revolución en las finanzas de la salud y la lucha contra el SIDA se extiende a los servicios generales de salud

por Gorik Ooms, "Institute of Tropical Medicine", Antwerp

El Fondo Global "Global Fund" de la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria estableció un mecanismo internacional para financiar los servicios de salud que antes se consideraban inaccesibles para los países más pobres. Aquellos países con posibilidades de ofrecer ayuda contribuyen al Fondo Global y aquellos con necesidad de ayuda usan el Fondo. Esto es muy parecido a los sistemas financieros de salud nacional con el riesgo financiero de que las personas que se enferman y necesitan tratamiento se propaguen entre los miembros contribuyentes.

El Fondo Global ofrece un modelo de financiamiento global para los sistemas y servicios generales de salud o servicios comprensivos de salud primaria, de acuerdo con la Declaración Alma Ata de hace 30 años.¹ Un Fondo Global de la Salud, al que los países ricos contribuyan una cantidad significativa de recursos (conforme a sus posibilidades) para financiar los servicios de salud primaria en países pobres (de acuerdo a sus necesidades), no es difícil de imaginar. Sin tener que reemplazar los mecanismos de protección de salud nacionales, podría ofrecer una fundación internacional para la construcción de los mismos mecanismos nacionales.

Financiamiento de la protección internacional de la salud social: El Fondo Global por la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

Era necesario contar con un mecanismo que fuera diferente a las vías de desarrollo existentes para concretar la perspectiva internacional sobre el tratamiento del SIDA. En 2002, se estableció el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

El Fondo ofrece ayuda financiera para el tratamiento en países que, muy probablemente, no pueden sustituir el financiamiento internacional con recursos nacionales, sin esperar que los países receptores asuman la carga financiera de lidiar con estas enfermedades. En su propuesta claramente se menciona: "Los solicitantes no tienen que demostrar solvencia financiera para las intervenciones identificadas al final del término de la

¹ La Declaración de Alma-Ata se adoptó en la conferencia internacional sobre servicios de salud primaria, Almaty (*antes Alma-Ata*), en Kazajstán, del 6-12 de septiembre 1978. Expresó la necesidad de acción urgente de parte de todos los gobiernos y de todos los trabajadores de salud y desarrollo y de la comunidad mundial de proteger y promover la salud de toda la gente del mundo. Se trató de la primera declaración internacional que marca la importancia del cuidado de salud primaria. Ver: http://en.wikipedia.org/wiki/Alma_Atta_Declaration

propuesta.” Esto implica un compromiso continuo de ayuda financiera después de finalizar la propuesta.

El compromiso implícito de ayuda financiera sustentable se confirmó en la Asamblea General de las Naciones Unidas. La sesión especial sobre VIH/SIDA de junio 2006 culminó en la declaración en donde los miembros de los estados se comprometieron a “apoyar y fortalecer los mecanismos financieros existentes, incluyendo el Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como organizaciones relevantes de las Naciones Unidas, mediante la provisión sostenible de fondos” (cabe resaltar). Por ello, lo asequible y sustentable del tratamiento del SIDA ya no sólo depende de la capacidad financiera de los países afectados; sino de la capacidad de la economía global.

El Fondo Global se convirtió, *de facto*, en un mecanismo de protección internacional de protección social de la salud.

Cambiar lo asequible y sustentable del paradigma: la lucha contra el SIDA

¿Qué servicios de salud son asequibles y sustentables? La respuesta depende de la perspectiva que uno escoja. ¿Debemos de enfocarnos en la capacidad financiera del individuo que necesita servicios de salud? ¿Debemos de enfocarnos en la capacidad del país en donde vive el individuo? O ¿Debemos de enfocarnos en la capacidad de la economía global para financiar los servicios de salud?

El ingreso anual de una persona que vive en un país pobre puede ser de US\$ 500 o menos. El deseo y habilidad de una persona de poder pagar servicios de salud, probablemente, no debe de sobrepasar dos semanas de ingreso, es decir, 4 por ciento, o US\$ 20. Lo más probable es que los servicios de salud por encima de esa cantidad, no sean usados.

Si vemos la capacidad del país en donde vive esta persona, la respuesta cambia. Debido a la redistribución de la carga financiera — mediante mecanismos nacionales de protección de salud social — los servicios de salud más caros pueden ser accesibles y sustentables. No toda la gente de un país necesitará el paquete completo de servicios de salud cada año, y un paquete de servicios de salud que al año cuesta US\$ 100 por paciente, puede acabar por costar no más de US\$ 20 al año por persona.

Si nos enfocamos en la economía global, la respuesta a nuestra pregunta sobre lo asequible y sustentable cambia dramáticamente. El Banco Mundial estima que la suma del Producto Interno Bruto (PIB) 2006 de todos los países es de US\$ 48,000 billones, es decir, un promedio del PIB anual por persona de alrededor de US\$ 7,500. Si asumimos que la economía global puede pagar el equivalente a 4 por ciento sobre salud — que es mucho menos de lo que muchos países gastan hoy en día — entonces un nivel de gasto en salud de US\$ 300 por persona al año parece fácilmente asequible y perfectamente sustentable. Además, en vista de que no todas las personas necesitan el paquete completo de servicios de salud cada año, el costo de los servicios de salud de hasta US\$ 1,500 por persona al año puede ser tanto asequible como sustentable.

Tabla 1: Diferentes perspectivas sobre lo asequible y sustentable de los servicios de salud

Perspectiva	Producción económica por persona al año	Costo de servicios de salud accesibles por persona al año sin compartir la carga	Costo de servicios de salud accesibles por persona al año compartiendo la carga
Individuo que vive en un país	US\$ 500	US\$ 20	-

de bajos ingresos			
País de bajos ingresos	US\$ 500	US\$ 20	US\$ 100
Economía global	US\$ 7,500	US\$ 300	US\$ 1,500

Es realista asumir que algún día nuestros tomadores de decisiones globales emplearán esta perspectiva internacional. De hecho, ya sucedió respecto a la lucha contra el SIDA. Sin embargo, como lo explica la guía del Banco Mundial "Health Financing Revisited – A Practitioner's Guide": "La sustentabilidad, generalmente, ha sido descrita en términos de auto-suficiencia." Este paradigma impone una perspectiva nacional sobre accesibilidad y sustentabilidad. El apoyo financiero internacional es cuando mucho temporal — auto-suficiencia es la meta principal. Por ende, cuando los activistas de SIDA exigen tratamiento para toda la gente que vive con SIDA (con un costo hoy en día de, por lo menos, US\$ 500 por paciente al año), incluyendo aquellos en los países más pobres del mundo, sus demandas fueron rechazadas inicialmente por ser inaccesibles y no-sustentables. Pero los activistas de SIDA no se conformaron con esta respuesta: aunque los recursos domésticos fueran insuficientes en algunos países, con seguridad el mundo tiene suficientes recursos.

La llamada Declaración del Consenso de Harvard de abril 2001, que se convirtió en la espina dorsal del Fondo, fue muy clara: el tratamiento de SIDA puede ser muy costoso para algunos países, pero resulta barato para la economía global. Por más obvio que esto parezca, fue de hecho un cambio revolucionario sobre cómo pensaba la gente acerca de las finanzas de salud.

¿Cuál es el costo?

En 1978 la Declaración Alma Ata presentó el ideal de servicios comprensivos de salud primaria, el cual fue abandonado por ser inaccesible e insostenible, al menos para los países más pobres del mundo. Esto sería cierto si uno sólo se enfocara en la capacidad financiera doméstica. Pero como se menciona arriba, la lucha contra el SIDA cambió el paradigma de accesibilidad y sustentabilidad de forma efectiva. ¿Acaso el ideal de servicios de salud primaria comprensivos seguiría sin pasar la prueba de accesibilidad y sustentabilidad si uno empleara la perspectiva internacional?

No existen estimaciones recientes sobre los costos de servicios de salud primaria comprensivos. Los datos más aproximados provienen de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud "Commission on Macroeconomics and Health" (CMH), establecida por la entonces directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Gro Harlem Brundtland en enero 2000.² En diciembre 2001 la CMH dio a conocer su reporte final en donde se estimó que las intervenciones requeridas para alcanzar los objetivos del milenio "Millennium Development Goals" (MDGs) en países de bajos ingresos requerirían cerca de US\$ 38 billones al año antes del 2015. Estas proyecciones asumen que los países de bajos ingresos también aumentarían sustantivamente sus contribuciones domésticas.

El Banco Mundial estima que la cantidad de los PIBs del 2006 de todos los países de altos ingresos que son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de US\$ 35,000 billones. Por ende, sólo tomaría un poco más de 0.1 por ciento de la suma del PIB de los miembros de la OCDE para financiar US\$ 38 billones al año.

² El reporte de CMH está disponible aquí: <http://www.cid.harvard.edu/archive/cmh/cmhreport.pdf>

No es común para países de altos ingresos gastar el equivalente a 7 u 8 por ciento de sus PIBs en la protección nacional social de la salud. Conforme lo indica la base de datos de las Cuentas de Salud Nacional "National Health Accounts" de la OMS, el gasto total en salud en Francia fue de 11.2 por ciento del PIB en 2005, del cual 79.9 por ciento fue gasto gubernamental (8.9 por ciento del PIB); para Alemania fue de 10.7 por ciento del PIB, del cual 76.9 por ciento fue gasto gubernamental (8.2 por ciento del PIB); y para el Reino Unido fue de 8.2 por ciento del PIB, del cual 87.1 por ciento fue gasto gubernamental (7.1 por ciento del PIB). Por lo tanto, si los países de altos ingresos contribuyeron sólo 1.5 por ciento de sus presupuestos para la protección nacional de la salud y para la creación de un mecanismo internacional de protección social de la salud; suficientes fondos estarían disponibles para cumplir con las metas del milenio como un primer paso hacia la salud primaria comprensiva para todos.

No sería necesario internacionalizar por completo la protección social de la salud. Internacionalizar sólo una pequeña parte de los presupuestos de países de altos ingresos sería suficiente para crear una base sobre la cual construir mecanismos nacionales sociales de salud, crear solidaridad global permanente o compartir la carga de los costos de salud. Con el tiempo, los países de bajos ingresos pueden convertirse en países de medianos ingresos (que ya no reciben, ni contribuyen al Fondo Global de la Salud), o incluso países de altos ingresos (que contribuyen al Fondo Global de la Salud); mientras algunos países de altos ingresos pueden convertirse en países de medianos ingresos (que ya no contribuyen, ni reciben recursos del Fondo Global de la Salud). Esto conforme a los principios en los que se basa la protección social de la salud de contribuciones y derechos conforme a necesidades.

Existe una base de derechos humanos para la protección internacional social de la salud

Crear un mecanismo de protección internacional social de la salud no es asunto de obligaciones morales o un medio para cumplir con la prestación eficiente de servicios de salud primaria. Se trata antes que nada de cumplir con las obligaciones legales internacionales.

Dos acuerdos completaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos: La Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y la Convención Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales. Esta última establece en el artículo 1(2): "Todas las personas pueden, para sus propios fines, disponer libremente de su riqueza y recursos naturales sin perjuicio hacia ninguna de las obligaciones que se desprenden de la cooperación internacional con base en el principio de beneficio mutuo y del derecho internacional" (cabe resaltar); y en el artículo 2(1): "Cada Partido de Estado presente ante la Convención se compromete a tomar pasos individualmente y mediante la ayuda y cooperación internacional, especialmente económica y técnica y a usar los recursos disponibles al máximo, con la visión de alcanzar, progresivamente, el cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente Convención por todos los medios adecuados" (cabe resaltar).

El Comité sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales, que fuera creado para vigilar los esfuerzos para la implementación de la Convención agregó respecto al derecho a la salud: "Para evitar cualquier duda, el Comité desea enfatizar que incumbe sobre todo a los partidos de los Estados y a otros actores en la posición de ayudar y ofrecer ayuda y cooperación internacional, especialmente económica y técnica, que le permita a los países en vías de desarrollo cumplir con sus obligaciones" (cabe resaltar).

Por ende, por mucho que algunos países necesiten ayuda financiera para cumplir con el derecho a la salud, la ayuda internacional no es un asunto de caridad sino de obligaciones legales internacionales. Los estados individuales tienen la principal responsabilidad de cumplir con el derecho a la salud de su gente; pero una vez que han

agotado sus recursos domésticos, pueden pedir ayuda de otros estados. Es decir, se convierten en estados con derechos "rights-holding states", mientras los estados más ricos (aquellos "en posición de ayudar") se convierten en estados con responsabilidades "duty-bearing states" — con una responsabilidad secundaria de cumplir con el derecho a la salud de los habitantes de estados que necesitan ayuda.

Conclusión

El dinero por sí mismo no puede comprar trabajadores de salud adicionales e infraestructura; en cambio la ayuda financiera de largo plazo sí lo puede hacer. Tomemos a los trabajadores de salud como ejemplo: los compromisos de largo plazo le permiten a los países aumentar la capacidad de entrenamiento (dos o tres años), capacitar a los trabajadores de salud adicionales (tres años para enfermeras y por lo menos seis años para médicos), y ofrecerles una perspectiva profesional razonable (10 a 15 años).

Los paquetes de ayuda bilateral — tradicionalmente válidos de tres a cinco años — no pueden resolver este problema. Como resultado quedan atrapados en un círculo vicioso: la ayuda adicional está disponible, pero la capacidad humana necesaria para transformarla en mejores servicios de salud sigue haciendo falta. Por eso la ayuda adicional no produce los resultados esperados y los donatarios se frustran (y pueden retirar su apoyo). Un Fondo Global para la Salud puede brindar ayuda internacional para la salud por muchas décadas y eso les permitiría a los países pobres resolver sus problemas en el sistema de salud.

Es posible reconsiderar las preocupaciones sobre accesibilidad y sustentabilidad de los servicios generales de salud desde una perspectiva internacional. La internacionalización de sólo una parte del gasto para la protección nacional social de la salud social, mediante la creación de un Fondo Global para la Salud, sería suficiente para cumplir con los objetivos del milenio respecto a salud. Crearía una base internacional para la protección social de la salud sobre la cual hasta los países más pobres podrían construir mecanismos sociales de protección a la salud.