



EL ARTÍCULO: “FINANCIAMIENTO DIAGONAL”

INVERTIR EN SALUD: “EL ENFOQUE DIAGONAL”

Entre el “financiamiento vertical” y el “financiamiento horizontal” de los servicios de salud de los países en vías de desarrollo hay una tercera vía llamada “financiamiento diagonal”. **Este enfoque diagonal parece poder modificar de manera positiva la organización de la cooperación internacional en materia de salud**, tal como lo explican los autores

Gorik Ooms et al., en *The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?*

+ INFORMACIÓN

[Vea el artículo en GIMI](#)

(marzo de 2008).

¿Qué es el enfoque diagonal?

Las imágenes que siguen, concebidas por Gorik Ooms y Marc Bestgen, permiten ilustrar su visión de cada mecanismo de financiamiento.

Las imágenes se basan en las estimaciones de la Comisión de Macroeconomía y Salud, según las cuales un adecuado paquete de intervenciones médicas, incluyendo los tratamientos contra el sida, costaría 40 dólares estadounidenses por persona por año. Ahora bien, en 37 de 54 países de bajos ingresos (identificados como tales por el Banco Mundial) los gastos de salud pública en 2004 fueron inferiores a 10 dólares por persona.



El “enfoque vertical”. Se destinan recursos suplementarios a programas específicos dedicados a la lucha contra una enfermedad, lo que implica que dicha enfermedad en particular es tratada correctamente (una “isla de necesidades satisfechas”). Sin embargo, el resto del sistema de salud sigue siendo inadecuado y falto de personal (“el pantano”) y a largo plazo, estas “islas de necesidades satisfechas”, demasiado frágiles, se enfrentan a mayores dificultades a causa de las disfunciones de los sistemas de salud y la falta de personal.

El “enfoque horizontal”. Se asigna una capa suplementaria de financiamientos al sistema de salud en su conjunto. Sin embargo, los gastos siguen siendo insuficientes y muy por debajo de los 40 dólares



mencionados más arriba. El sistema de salud sigue siendo bastante inadecuado.



El “enfoque diagonal” considera que los programas consagrados a una enfermedad en particular (por ejemplo, el SIDA), si desean ser viables a largo plazo, deben ser acompañados de medidas que permitan reforzar el sistema de salud en su conjunto (tales como la formación y el reclutamiento de personal, la integración y coordinación con programas similares referidos a otras enfermedades, el fortalecimiento de los laboratorios, la gestión de la salud, los sistemas de seguro de enfermedad). De este modo, el enfoque diagonal permitiría la construcción de “islas” cuya base sería más amplia y sólida; estas islas estarían progresivamente conectadas las unas a las otras, lo que permitiría rellenar poco a poco el pantano.

El enfoque diagonal y el desarrollo de sistemas nacionales de seguro de enfermedad

Un primer ejemplo, el de Ruanda

Es en esta veta que, en enero de 2006, el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria lanzó un programa de cinco años para mejorar el sistema de salud ruandés. En la medida que estas tres enfermedades representaban la carga sanitaria más pesada del país y teniendo en cuenta las bajas tasas de utilización de los servicios de salud en Ruanda, el Fondo Mundial se propuso mejorar el acceso a una atención médica de calidad.



EL ARTÍCULO: “FINANCIAMIENTO DIAGONAL”

+ INFORMACIÓN

[Vea el informe de GFATM en GIMI](#)

Las cifras de utilización mostraban en ese momento que, en la población pobre, los afiliados de mutuales de salud tenían más contacto con los servicios de salud que los no afiliados; por consiguiente, el Fondo Mundial orientó su proyecto al apoyo al desarrollo de las mutuales de salud, en línea con la política del gobierno.

En 2006, la decisión del Gobierno ruandés de introducir un seguro de salud familiar obligatorio facilitó el logro del objetivo de mejoramiento del acceso a la atención médica.

La tasa de cotización por el paquete universal de servicios de salud de base fue fijada en 1000 francos ruandeses por persona y por año (a partir de enero de 2007), con un tique moderador del 10% por servicio en hospital o en centros de salud. Como esta suma, en apariencia mínima, quedaba fuera del alcance de los más pobres, el Fondo Mundial decidió financiar la cotización de estas personas, de huérfanos y personas infectadas por el sida. En 2007 pagó las cotizaciones de alrededor de 800 000 de los ruandeses más pobres.

El informe *Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) 5th Round Project on Health Systems Strengthening (2007)* muestra la evolución del proyecto e identifica los retos futuros con relación a la implementación del proyecto en Ruanda.

Un segundo ejemplo, el de Burkina Faso

En Burkina Faso las tasas de utilización de los servicios de salud son muy bajas, lo cual refleja un escaso acceso a la atención médica a causa de barreras geográficas y financieras y una baja calidad de la oferta de servicios. Los sistemas de protección social de la salud existentes cubren principalmente a los empleados públicos y los asalariados del sector privado. La gran mayoría de la población (los trabajadores de la economía informal) no dispone de ninguna protección.

Burkina Faso inició el proceso de concepción de un sistema nacional de seguro de enfermedad que garantizará el acceso universal a una cobertura básica de protección social en salud. El paquete será distribuido por la vía de los sistemas reglamentarios de seguro de enfermedad existentes así como de las mutuales de salud y las asociaciones comunitarias. El dispositivo prevé una socialización de los riesgos (o coparticipación en los riesgos) centralizada y un importante sistema de redistribución (subvención de las cotizaciones de los más pobres).

Un estudio reciente, *HIV Financing and Social Health Protection Mechanisms in Burkina Faso*, financiado por ONUSIDA y realizado por el Grupo KADRIS e IMEDA Global Medical Alliance, explica que el 92% de los gastos relativos a la epidemia del sida es financiado por fondos internacionales provenientes de organismos

bilaterales o multilaterales, así como de ONG internacionales. El informe explica que los fondos asignados a la lucha contra el sida podrían tener un impacto significativo alentando y estructurando el desarrollo en materia de protección social, tanto para los trabajadores de la economía formal como de la economía informal. En efecto, estos fondos podrían catalizar la emergencia de nuevas formas organizativas (mutuales, sistemas de microseguro, sistemas de seguro de enfermedad).

El informe también propone la introducción de un administrador externo, el cual permitiría facilitar la integración de financiamientos verticales (como los fondos para el sida) en los sistemas horizontales y de esta manera, permitiría incrementar la cobertura del

+ INFORMACIÓN

[Vea el informe de UNAIDS en GIMI](#)

seguro de enfermedad. El administrador externo podría desempeñar el papel de intermediario entre los proveedores de fondos, los prestadores de servicios de salud y los pacientes, desarrollando la contractualización (negociación de tarifas, acuerdos sobre la calidad de los servicios, derecho de los pacientes a la confidencialidad, etc.), registrando las necesidades en términos de tratamiento contra el sida e informando sobre ellas. Así, el administrador podría progresivamente preparar el terreno para incrementar el acceso a los servicios de salud, aumentando la accesibilidad financiera a los servicios de salud de las poblaciones desfavorecidas y ampliando la accesibilidad geográfica a todo el territorio.

¿Qué podemos aprender de estos dos ejemplos?

Las mutuales de salud, los sistemas de base comunitaria, los sistemas de seguro de enfermedad, los sistemas articulados, etc., pueden desempeñar un importante papel en el fortalecimiento de los sistemas de salud creando una demanda solvente de servicios de salud y contribuyendo a la mejora de la calidad y la disponibilidad de los servicios. Estrategias orientadas a fortalecer los sistemas de salud (tales como el enfoque diagonal) podrían asignar una parte de los fondos mundiales (Fondo Mundial, GAVI, UNITAID, etc.) al desarrollo de sistemas de seguro de enfermedad:

- financiando los estudios preliminares necesarios para concebir y establecer estos programas, pero también financiando su implementación;
- financiando al menos una parte de las cotizaciones de las poblaciones más desfavorecidas para que puedan afiliarse a los sistemas de seguro de enfermedad existentes o futuros; como en el caso de Ruanda, donde el proyecto del Fondo Mundial financió las cotizaciones de los más pobres, los huérfanos y las personas con sida;
- favoreciendo concretamente el establecimiento de un entorno favorable al desarrollo de este tipo de



EL ARTÍCULO: “FINANCIAMIENTO DIAGONAL”

sistemas; por ejemplo, con el desarrollo de sistemas de información y gestión capaces de administrar y efectuar el seguimiento del flujo de información, la relación con la oferta de servicios y la subvención a través de financiamientos exteriores. Al permitir un mejor seguimiento y una mejor cobertura de las personas con sida, el administrador externo propuesto en Burkina Faso podría al mismo tiempo contribuir a incrementar la capacidad de gestión de los sistemas de seguro de salud del país.

Actualmente existen muy pocas iniciativas para canalizar los fondos mundiales verticales hacia el desarrollo de sistemas de seguro de enfermedad para los trabajadores de la economía informal y sus familias, las poblaciones pobres y vulnerables, los huérfanos, las personas que padecen enfermedades crónicas. No obstante, un número creciente de gobiernos toma en cuenta esta posibilidad durante la elaboración de las estrategias nacionales de extensión de la protección social.

{Compilación preparada por Tess Abbott y Valérie Schmitt-Diabaté, OIT/STEP, Ginebra, Suiza}