



# Asamblea General

Distr. general  
20 de septiembre de 2013  
Español  
Original: inglés

---

## Sexagésimo octavo período de sesiones

Tema 127 del programa

### Salud mundial y política exterior

## Salud mundial y política exterior

### Nota del Secretario General

El Secretario General transmite adjunto un informe preparado por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre las experiencias de los países en su avance hacia la cobertura sanitaria universal, en virtud de la resolución [67/81](#) de la Asamblea General.



## **Informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mundial y política exterior**

### *Resumen*

En el presente informe se describe la labor dirigida a aplicar las recomendaciones que figuran en la resolución 67/81 de la Asamblea General sobre salud mundial y política exterior.

El informe recopila y analiza experiencias anteriores y actuales de los Estados Miembros en la manera en que tratan de aproximarse a la cobertura sanitaria universal y mantenerla. Asimismo, considera los vínculos con los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional y las medidas que se han adoptado a fin de intercambiar, crear y fortalecer la capacidad institucional para facilitar la determinación de políticas basada en la mejor información posible sobre el diseño de sistemas de cobertura sanitaria universal por medios como el seguimiento de los flujos de gasto sanitario mediante la aplicación de marcos contables uniformes.

El informe también permite un entendimiento inicial de la importancia y la función de las alianzas a la hora de conseguir mejores resultados sanitarios y de abordar los retos que afrontan el sector y los agentes de la atención de la salud, incluido el camino que conduce a la cobertura sanitaria universal.

Las conclusiones reconocen las importantes interrelaciones existentes entre la salud y la política exterior. Asimismo, destacan la relevancia del acceso universal a servicios de atención de la salud de alta calidad y a la protección contra los riesgos financieros, los dos componentes de la cobertura sanitaria universal que ayudan a mejorar la salud y el bienestar económico de las poblaciones. También se hace hincapié en la importancia de disponer de información oportuna y precisa para ayudar a los países a elaborar y aplicar políticas que les permitan aproximarse a la cobertura sanitaria universal y mantenerla, incluida la necesidad de intercambiar experiencias y desarrollar la capacidad en los diversos países.

## I. Introducción

1. La Asamblea General, en su resolución [67/81](#), observó con especial preocupación que para millones de personas el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental sigue siendo una meta remota, en parte porque no pueden costearse la atención de la salud en el momento de la prestación y en parte porque la necesidad de hacerlo las disuade de solicitar o seguir recibiendo la atención que necesitan. Se hizo hincapié en la importancia de garantizar el acceso universal a servicios de atención de la salud de buena calidad, basados en la atención primaria de la salud, con acceso a medicamentos esenciales y otros servicios médicos, así como a la necesidad de disponer de sistemas de protección social y financiación de la salud para asegurarse de que las personas no sufran una catástrofe económica o un empobrecimiento debidos al pago de altos gastos médicos.

2. La Asamblea General *observó* que los servicios de atención de la salud han de incluirse como un elemento importante de la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que a su vez abarca toda la gama de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, así como la promoción de buenas prácticas en la esfera de la salud.

3. La Asamblea General *acogió con beneplácito* los resultados de una serie de reuniones de alto nivel sobre los temas de la salud, el desarrollo sostenible y la cobertura sanitaria universal, y las resoluciones a las que dieron lugar, incluidas sus resoluciones [65/277](#), [66/2](#) y [66/288](#), en las que se subrayaba la importancia de la cobertura sanitaria universal y el desarrollo sostenible.

4. *Se invitó* a los Estados Miembros a que reconocieran los vínculos entre el avance hacia la cobertura sanitaria universal y otras muchas cuestiones de política exterior, como la dimensión social de la globalización, la cohesión y la estabilidad, el crecimiento inclusivo y equitativo, y el desarrollo sostenible y la sostenibilidad de los mecanismos nacionales de financiación. Se puso de relieve el vínculo entre la cobertura sanitaria universal y los mecanismos de protección social, incluidos niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional. Se invitó también a los Estados Miembros a que adoptasen estrategias con miras a reducir las desigualdades en materia sanitaria y garantizar el desarrollo sostenible mediante un enfoque multisectorial que se centrara en los determinantes de la salud, incorporando, cuando correspondiera, la salud en todas las políticas.

5. La resolución *exhortaba* a los Estados Miembros a valorar la contribución de la cobertura sanitaria universal a la consecución de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que están interrelacionados, lo que acabará dando lugar a una vida más saludable, en particular para las mujeres y los niños; y a velar por que los sistemas de financiación de la salud evolucionasen de forma que permitieran evitar pagos directos significativos en el momento de la prestación mediante un método para el prepagó con una posterior mancomunación de las contribuciones financieras para la salud. Al mismo tiempo, se *alentó* a los Estados Miembros a que no dejaran de invertir en sistemas de atención de la salud ni de reforzarlos a fin de aumentar y salvaguardar el alcance y la calidad de los servicios para responder adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población.

6. La Asamblea General, a continuación, *solicitó* al Secretario General que le presentase en su sexagésimo octavo período de sesiones, en relación con el tema titulado “Salud mundial y política exterior”, un informe que recopilase y analizase

las experiencias anteriores y actuales de los Estados Miembros sobre la aplicación con éxito de estrategias para aproximarse a la cobertura sanitaria universal, en particular sus vínculos con los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional. El informe también abarcaría las maneras en que los países intercambian información sobre sus propias experiencias y tratan de crear y fortalecer sus propias capacidades institucionales para generar la información y los datos objetivos que necesitan para la adopción de decisiones acerca del diseño de sistemas de atención de la salud y financiación de la salud con vistas a aproximarse a la cobertura sanitaria universal. En este contexto se mencionó específicamente la necesidad de hacer un seguimiento del gasto sanitario mediante la aplicación de marcos contables uniformes.

## II. Cobertura sanitaria universal y protección social

7. *Cobertura sanitaria universal* significa que todas las personas reciban los servicios de atención de la salud que necesitan sin riesgo de caer en la penuria por costearlos. Tiene que ver con dos conceptos interrelacionados de la cobertura, a saber, las intervenciones sanitarias (de buena calidad) necesarias y la protección contra los riesgos financieros que garantiza que nadie se empobrezca a consecuencia del pago de gastos médicos.

8. El acceso a la atención paliativa y de prevención, tratamiento y rehabilitación necesaria, así como la promoción de buenas prácticas sanitarias, ayudan a las personas a conservar y mejorar su salud. También protegen sus medios de vida económicos permitiendo que los niños aprendan y que los adultos trabajen y se ganen la vida. El componente relativo a la protección contra los riesgos financieros previene que las personas se vean abocadas a la pobreza por culpa del pago de gastos médicos. Al mismo tiempo, la gente valora la cobertura sanitaria universal en sí misma, ya que ofrece la garantía de que los servicios de atención de la salud que puede precisar durante su vida están a su disposición y son accesibles y asequibles, lo que aporta tranquilidad.

9. La cobertura sanitaria universal contribuye al progreso en materia de desarrollo sostenible, aprovecha los beneficios que este ofrece y representa una manera de medir dicho avance. La importancia de la cobertura sanitaria universal se señaló en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (véase la resolución 66/288 de la Asamblea General). Otros procesos internacionales han reafirmado la necesidad de lograr tal cobertura, como por ejemplo la iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños”, puesta en marcha en septiembre de 2010, y la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, celebrada en septiembre de 2011.

10. El objetivo de la *protección social* es “*garantizar la seguridad en materia de ingresos y el acceso a servicios sociales esenciales* para todos, prestando particular atención a los grupos vulnerables”<sup>1</sup>. La seguridad en materia de ingresos conlleva que la gente sepa que tendrá suficientes ingresos para mantenerse durante toda su vida, con independencia de su situación laboral, lo cual suele garantizarse mediante transferencias en efectivo, tales como prestaciones por hijos a cargo y por maternidad, prestaciones por

---

<sup>1</sup> Organización Internacional del Trabajo, “Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva” (Ginebra, 2011).

desempleo y pensiones de vejez. El acceso como mínimo a un nivel básico de *todos* los servicios esenciales incluye el acceso al agua y el saneamiento, la educación, la seguridad alimentaria, la vivienda y la atención de la salud.

11. *Protección social de la salud* es un término utilizado de forma generalizada para hacer referencia a la protección social específicamente relacionada con la atención de la salud. En ella se encuadran las transferencias en efectivo asociadas a la enfermedad y la discapacidad, la protección contra los riesgos financieros que entraña hacer frente a los costos de la atención de la salud y el acceso a intervenciones sanitarias esenciales.

12. La cobertura sanitaria universal es fundamental para ambos elementos de la protección social de la salud. El componente relativo a la protección contra los riesgos financieros de la cobertura sanitaria universal aporta seguridad en materia de ingresos y previene que las personas se vean abocadas a la pobreza o a sufrir dificultades económicas por el pago de gastos médicos. El acceso a los servicios de atención de la salud que se necesitan contribuye al componente relativo a los servicios esenciales de la protección social.

13. La Iniciativa conjunta sobre un nivel mínimo de protección social, con la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismos principales, fue una de las nueve iniciativas conjuntas en situaciones de crisis esbozadas por la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación en respuesta a la reciente crisis financiera. Dicha iniciativa instaba a los países a establecer unos niveles mínimos de protección social con el fin de garantizar a sus poblaciones una seguridad en materia de ingresos y el acceso a los servicios fundamentales incluso en tiempos de crisis económica y financiera.

14. La adopción de medidas encaminadas a desarrollar los sistemas de atención de la salud de los países para que se aproximen a la cobertura sanitaria universal es una parte vital del componente de salud del nivel mínimo de protección social, en lo que se refiere a asegurar una cobertura que incluya los servicios de atención de la salud que se precisan y la protección contra los riesgos financieros en relación con la atención de la salud. La cobertura sanitaria universal incluye la ambición de elevar los niveles de dicha protección y, con el paso del tiempo, incrementar progresivamente la cobertura de los servicios de atención de la salud —de buena calidad— que se precisan y de protección contra los riesgos financieros. La cobertura sanitaria universal y la protección social de la salud encarnan una serie de objetivos normativos fundamentales que todos los países comparten, pero no llevan aparejado ningún conjunto de arreglos institucionales en el sistema de atención de la salud. Las experiencias de los países indican que hay varios enfoques que pueden ser fructíferos, aunque se pueden extraer ciertos principios fundamentales y rasgos comunes de dichas experiencias.

### **III. Experiencias de los países**

15. Los retos que implica aproximarse a la cobertura sanitaria universal y posteriormente mantener los logros alcanzados no se limitan a un determinado grupo de países. Incluso los países de ingresos altos, cuyas poblaciones suelen tener un buen acceso a servicios de atención de la salud de buena calidad, con mecanismos eficaces para garantizar la protección contra los riesgos financieros, se enfrentan a una presión

constante para ampliar los servicios y mantener este tipo de protección debido al envejecimiento de la población, la mayor demanda de servicios por parte de la población en su conjunto y las nuevas tecnologías, por lo general más costosas. Los efectos continuos de la crisis financiera también han ejercido presiones financieras adicionales sobre los países que tratan de preservar sus logros pasados.

16. Pese a esto, países de ingresos bajos y medianos tan diversos como el Brasil, China, el Ecuador, Ghana, Indonesia, Marruecos, Rwanda, Sierra Leona, Tailandia y Turquía figuran entre los muchos que han adoptado medidas para modificar sus sistemas de atención de la salud a fin de acercarse a la cobertura sanitaria universal. Solo en la esfera de la financiación de la salud, más de 80 países han solicitado a la Organización Mundial de la Salud asesoramiento técnico sobre maneras de modificar sus sistemas de financiación de la salud desde que se publicó el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, titulado *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*.

17. Sus experiencias han demostrado que acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal requiere medidas concretas que refuercen los sistemas de atención de la salud y creen un entorno propicio para que estos contribuyan de modo eficaz a la mejora de los resultados en materia de salud y al bienestar social y económico. Hay muchos obstáculos —financieros, administrativos y políticos—, y la mayoría de los países se enfrentan a una combinación de retos. Debido a esto, no hay un plan estratégico general. Cada país debe encontrar un enfoque que le permita abordar las necesidades y problemas específicos que plantee el contexto nacional y aprovechar las oportunidades brindadas por este.

18. A pesar de esto, surgen algunos temas comunes. Aproximarse a la cobertura sanitaria universal es un proceso dinámico. No se trata de un conjunto mínimo fijo de servicios de atención de la salud, sino de lograr progresos en varios aspectos: la gama de servicios a disposición de las personas y su calidad, la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta y la proporción de la población que tiene cobertura. Garantizar la disponibilidad, la calidad y la utilización de los servicios de atención de la salud que se necesitan requiere muchos componentes diferentes, entre los cuales cabe mencionar el acceso universal a medicamentos esenciales y a tecnologías y productos del sector de la salud; un número suficiente de profesionales de la salud motivados, que cubran la gama necesaria de profesiones médicas y estén situados cerca de la población; y sistemas informativos que proporcionen información oportuna para la adopción de decisiones.

19. A fin de contar con sistemas de financiación de la salud que puedan garantizar que los servicios de atención de la salud de buena calidad estén al alcance de las personas y que estas puedan acceder a ellos sin miedo a sufrir dificultades económicas, es necesario que se tomen medidas en una de las esferas siguientes o en todas ellas: incrementar los ingresos destinados a la atención de la salud; asegurar que los servicios de atención de la salud sean asequibles mediante mecanismos de pago anticipado y posterior mancomunación de fondos (ingresos generales de los gobiernos, seguros o una combinación); y garantizar activamente que los fondos disponibles se empleen de la manera más eficiente y equitativa posible.

20. De entre los muchos ejemplos posibles, cabe mencionar el caso de Chile, país que a mediados de la década de 2000 se embarcó en un proceso de reforma que incorporaba los principios de igualdad en el acceso a los servicios de atención de la salud, calidad de los servicios y protección contra los riesgos financieros. Chile inició

la reforma mediante un pequeño incremento del impuesto sobre el valor añadido asignado para fines determinados, destinando los fondos adicionales recaudados a un mecanismo que garantizaba que todo el mundo tuviera acceso a servicios de atención de la salud si se cumplía una serie de condiciones que se han ido ampliando con el tiempo, que fijaba unos niveles de calidad para el tratamiento y que establecía unos límites explícitos a los períodos de espera y al pago de gastos médicos.

21. Ghana ha desarrollado su plan nacional de seguro médico en el último decenio gracias a un firme apoyo político. El plan ha permitido al país realizar progresos significativos en lo que se refiere a ir abandonando la financiación de la salud basada en el pago directo en el momento de la prestación. Asimismo, se trata del primer plan de protección social en toda Ghana dedicado a la salud que incluye a grupos de personas pobres y rurales en el mismo fondo común de seguros en el que participan quienes trabajan en el sector estructurado y que realizan contribuciones obligatorias a la seguridad social.

22. Tailandia tiene un largo historial de reformas del sistema de atención de la salud. Después de haber confiado principalmente en planes de seguro médico contributivos en la década de 1990, este país puso en marcha en 2002 una reforma clave que garantizó la cobertura sanitaria a toda la población que no estaba afiliada a ninguno de los regímenes estructurados de la seguridad social. El plan de cobertura universal se financia íntegramente a partir de los ingresos generales del Gobierno, confiando el dinero recaudado a escala nacional a un organismo público independiente que contrata a proveedores de servicios públicos y privados para garantizar el acceso y la protección financiera para un conjunto de servicios definido. Un examen reciente reveló que esta reforma ha mejorado en gran medida tanto la igualdad en la utilización de los servicios como la protección contra los riesgos financieros, mientras que los métodos de contratación y de pago empleados han permitido alcanzar estos logros a un costo relativamente bajo, en comparación con la mayoría de los demás países.

23. Estos son tan solo algunos de los ejemplos recientes. Pese a las diferencias en los detalles, cabe citar algunas de las características comunes de los sistemas de financiación de la salud que han permitido progresar notablemente hacia la cobertura sanitaria universal: a) confianza predominante en fuentes de pago anticipado público u obligatorio para la mayoría de los ingresos destinados al sistema de atención de la salud, lo cual es especialmente importante para garantizar el acceso de las personas pobres y vulnerables a dicha atención; b) acuerdos de mancomunación que elevan al máximo la capacidad de reparto de riesgos de estos ingresos reduciendo la fragmentación o mitigando sus consecuencias; y c) avance hacia una adquisición estratégica de servicios, es decir, utilizar la información relativa a las necesidades de la población respecto de la atención de la salud y al desempeño de los proveedores como base para asignar ingresos a los proveedores de servicios de atención de la salud.

24. En algunos países, las modificaciones de las estrategias de financiación de la salud han estado estrechamente relacionadas con los cambios introducidos en los mecanismos generales de protección social. Por ejemplo, en 2009, Burkina Faso puso en marcha un diálogo normativo entre múltiples interesados que tiene por objeto establecer un nivel mínimo de protección social nacional. En este proceso, la atención de la salud ha sido un componente clave. Se ha planteado una propuesta de plan de seguro médico universal, dirigida a combinar las diferentes formas de

seguro médico en el país en su avance hacia la cobertura sanitaria universal. Este plan se considera parte de los mecanismos de protección social y de la seguridad social, de carácter más amplio.

25. Ampliar la protección social mediante el establecimiento de unos niveles mínimos de protección social definidos a escala nacional es un aspecto en el que muchos países han de centrar su atención. Más de 35 países en desarrollo tienen experiencia concreta en esta materia, tras haber ampliado la cobertura de sus sistemas de seguridad social durante el último decenio. Asimismo, el avance hacia la ampliación de la protección social ha venido recibiendo mayor atención desde que la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó en junio de 2012 la Recomendación núm. 202 sobre los pisos nacionales de protección social. Los estudios recientes de 15 países en desarrollo indican que estas medidas redujeron la pobreza, la vulnerabilidad y la desigualdad<sup>2</sup>.

26. El resultado de los esfuerzos de los países por desarrollar sistemas nacionales de financiación de la salud y prestación de servicios de atención de la salud con el fin de aproximarse a la cobertura sanitaria universal se refleja en las mejoras observables en la cobertura de intervenciones esenciales y en la protección contra los riesgos financieros. Por ejemplo, los informes anuales sobre los progresos conseguidos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestran que se ha producido un aumento significativo de la proporción de personas que disfrutan de cobertura respecto de la mayoría de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud materno-infantil y de aquellas destinadas a luchar contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria desde 2000. En los países en desarrollo, la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado aumentó del 59% al 66% entre 2000 y 2011. En el mismo período, la proporción de niños que dormían protegidos por mosquiteros tratados con insecticidas en África Subsahariana se incrementó del 2% al 39%, al tiempo que durante el período de 2009 a 2010 se produjo el mayor aumento interanual del número de personas que recibían terapia antirretroviral contra el VIH/SIDA.

27. En 2007, más de 130 países disponían de una lista de medicamentos esenciales y, entre aquellos, un 81% de los países de ingresos bajos habían actualizado sus listas en los 5 años anteriores.

28. Alemania, el Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y los Países Bajos son algunos de los países que están desarrollando redes de prestación de servicios de atención de la salud integrados para garantizar a sus poblaciones unos servicios de atención de la salud equitativos, globales, integrados y continuos. Actualmente, las reformas en otros muchos países están abordando la organización, la financiación y la dotación de personal de los servicios de atención primaria de la salud.

29. Estos esfuerzos por fortalecer los sistemas de atención de la salud y la protección social de la salud constituyen uno de los principales motivos por los que las tasas de mortalidad materna y en la niñez han descendido en la mayor parte del mundo desde 2000, aunque algunos de los progresos también podrían atribuirse a las mejoras de las condiciones sociales y económicas generales. De 2005 a 2011, el índice de desarrollo humano revela mejoras en todas las regiones del mundo en

---

<sup>2</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/Organización Internacional del Trabajo/Academia Mundial para el Desarrollo Sur-Sur, "Successful social protection floor experiences" (Nueva York, 2011).

materia de salud, educación e ingreso nacional, especialmente aceleradas en los países menos adelantados. La proporción de la población mundial que vive en la pobreza también ha disminuido.

30. También pueden observarse mejoras en la extensión de la protección contra los riesgos financieros en relación con la salud. Entre 2005 y 2011, la dependencia media de los países respecto del pago de gastos médicos para financiar sus sistemas de atención de la salud se redujo en todas las regiones, a medida que aumentó la dependencia de la financiación procedente del pago anticipado y de la mancomunación de fondos, que ofrece protección contra los riesgos financieros. Algunos países realizaron progresos particularmente notables. En 29 países, caracterizados por diferentes niveles de ingresos y pertenecientes a diversas regiones, la proporción de gasto sanitario que representa el pago de gastos médicos se redujo como mínimo en un 25% desde 2005.

31. A pesar de esto, queda mucho por hacer. Se calcula que en el mundo hay 1.000 millones de pobres que todavía no reciben los servicios de atención de la salud que necesitan. Por ejemplo, la proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado aumentó del 44% al 48% entre 2000 y 2011 en África Subsahariana, cifra que aún queda lejos del objetivo del 100% de los partos. Se cree que la cobertura de muchos de los servicios de atención de la salud necesarios para prevenir o tratar enfermedades no transmisibles es reducida en muchas partes del mundo, aunque se dispone de pocos datos precisos. Las desigualdades siguen siendo considerables en la cobertura de servicios de atención de la salud y en los niveles de protección contra los riesgos financieros dentro de los países.

32. Muchos países todavía padecen una grave escasez de profesionales de la salud y tienen dificultades para retenerlos en zonas desatendidas. El acceso a medicamentos esenciales asequibles fue mayor en el período de 2007 a 2011 que en los 5 años anteriores, pero la disponibilidad de medicamentos (genéricos) esenciales en una muestra de países de ingresos bajos y de ingresos entre bajos y medianos fue tan solo de un 50% aproximadamente en los servicios de salud pública y de un 67% en los servicios privados<sup>3</sup>. En la mayoría de los casos, los sistemas informativos siguen siendo incapaces de proporcionar datos sobre la cobertura de la mayoría de las intervenciones relacionadas con la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles.

33. Pese al aumento del gasto en la atención de la salud, en muchos países los fondos todavía son insuficientes para garantizar la cobertura universal siquiera para un conjunto mínimo de servicios de atención de la salud (esto es, para apoyar los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, así como la promoción de buenas prácticas en la esfera de la salud). El Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora de los sistemas de salud estimó que los países necesitaban un promedio de 44 dólares *per capita* en 2009, cuantía que se prevé que aumente hasta los 60 dólares en 2015, para garantizar la cobertura incluso con un conjunto mínimo de servicios<sup>4</sup>. En 2010, el gasto sanitario medio *per capita* en los países de ingresos bajos fue de 38 dólares *per capita*; 22 de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud todavía gastaron menos

<sup>3</sup> Naciones Unidas, La alianza mundial para el desarrollo: pasar de las palabras a los hechos, Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2012 (Nueva York, septiembre de 2012).

<sup>4</sup> Ninguno de los promedios está ponderado, a menos que se indique lo contrario.

de 44 dólares *per capita* en atención de la salud, procedentes de todas las fuentes disponibles, incluido el apoyo de los donantes.

34. El nivel de pago de gastos médicos sigue siendo alto en numerosos países. Se calcula que 150 millones de personas sufren una catástrofe económica porque no están suficientemente cubiertas por alguna forma de protección contra los riesgos financieros, y 100 millones de personas caen por debajo del umbral de pobreza por la misma razón.

#### **IV. Desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de los países para ofrecer cobertura sanitaria universal**

35. Hay una serie de *plataformas* fundamentales que pueden utilizarse para orientar el desarrollo de las capacidades institucionales e individuales necesarias como base para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. La primera es una *plataforma de servicios de atención de la salud* para ofrecer una amplia cobertura geográfica de servicios de atención de la salud necesarios de buena calidad, incluidos los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, así como la promoción de buenas prácticas en la esfera de la salud. Esto es esencial para garantizar un acceso equitativo de la población a los servicios de atención de la salud que necesita, considerando una prioridad el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de la salud que son cercanos al paciente, con el respaldo de un sistema de remisión adecuado, un número suficiente de profesionales de la salud cualificados, que cubran la gama necesaria de profesiones médicas, y la disponibilidad de medicamentos esenciales y otras tecnologías relacionadas con la atención de la salud. Es sumamente importante crear capacidades para planificar y prestar los servicios de atención de la salud necesarios, de buena calidad, y desarrollar e implantar el sistema de financiación de la salud que apoye la prestación de servicios.

36. La segunda es la *plataforma de pruebas*, que conlleva el fortalecimiento y mantenimiento de la capacidad institucional para generar pruebas que se traduzcan eficazmente en decisiones normativas sobre el diseño, la aplicación y las mejoras a mitad de período de políticas y estrategias orientadas hacia la cobertura sanitaria universal. A este respecto, se debe prestar atención a desarrollar, fortalecer, mantener e incrementar al máximo la utilización de los datos producidos por los sistemas ordinarios de información sobre la salud y los procesos y estudios destinados a la supervisión y la evaluación de políticas. Una parte crucial de esto es la institucionalización de los procesos para garantizar un seguimiento periódico del gasto sanitario (cuánto se ha gastado, quién ha gastado, en qué, y qué se ha conseguido).

37. La investigación de todo tipo es un componente importante del desarrollo de la plataforma de pruebas. El *Informe sobre la salud en el mundo 2013*, relativo al tema de las *investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, destacaba la importancia de desarrollar la capacidad nacional para la investigación tanto clínica como sobre las políticas aplicadas. La capacidad nacional para generar, analizar y utilizar la información a fin de apoyar la adopción de decisiones resulta fundamental para que un país diseñe un conjunto coherente de medidas encaminadas a avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, supervisar el progreso realizado y anticiparse y adaptarse a circunstancias cambiantes. Si bien los países pueden aprender de las experiencias de otros, el contexto singular de cada país requiere que este tenga la

capacidad analítica necesaria para adaptar las lecciones extraídas de otros lugares a las circunstancias locales.

38. En Kirguistán, por ejemplo, los esfuerzos por desarrollar la capacidad para la investigación sobre las políticas sanitarias aplicadas comenzaron en 2000, y el país utilizó los resultados obtenidos de aquella investigación a medida que fue diseñando y aplicando sus reformas de la atención de la salud durante el decenio posterior. Por ejemplo, la investigación solicitada por la Ministra de Salud sobre la primera fase de reformas diseñadas para reducir los pagos oficiosos realizados por los pacientes hospitalarios aportó pruebas muy necesarias que convencieron al Gobierno y a los asociados externos de la necesidad de apoyar el despliegue de dichas reformas en todo el país.

39. La tercera plataforma está relacionada con *las capacidades operativas* y la *buena gobernanza*. En el ámbito de la financiación de la salud, por ejemplo, mejorar la eficiencia y la igualdad en la utilización de los recursos mediante la adquisición estratégica de servicios requiere la capacidad de analizar los datos sobre el uso de servicios y el desempeño de los proveedores y vincular los datos a las decisiones relativas a la asignación de recursos. Es esencial que se disponga de las capacidades de reglamentación necesarias para hacer cumplir los contratos acordados con los proveedores de servicios de atención de la salud y aplicar sanciones en aquellos casos en que dichos proveedores no rindan cuentas ante los pacientes. A su vez, garantizar que dichas medidas sean acordes con los objetivos generales del sistema de atención de la salud y que se dé el mejor uso a los fondos disponibles requiere mecanismos que permitan garantizar la obligación de rendir cuentas del sector público, como por ejemplo una junta directiva para el organismo responsable de adoptar tales decisiones de adquisición.

40. Por ejemplo, el Fondo de Seguro de Salud de Estonia promueve la rendición de cuentas mediante su informe anual, en el que no solo informa con transparencia del uso de sus ingresos, sino también de su desempeño en relación con un conjunto de indicadores que permiten medir el acceso, la calidad, la mejora de los comportamientos de la población en materia de salud, la utilización eficiente de los recursos y los procedimientos operacionales internos. Periódicamente, el Fondo informa acerca de los estudios de satisfacción de la población y, en numerosas ocasiones, ha recibido un premio insignia de transparencia del sector público, por el que se lo reconoce como la organización gubernamental estonia con el informe anual más transparente y sustancial<sup>5</sup>.

41. Aunque la formación en investigación sobre las políticas sanitarias y sociales aplicadas es necesaria para incrementar la capacidad, simplemente aumentar el número de personas que tengan estos conocimientos especializados no bastará para desarrollar una formulación de políticas basadas en pruebas. La oferta debe complementarse con la demanda de supervisión e investigación pertinente para la formulación de políticas por parte de los principales responsables de la adopción de decisiones. Además, los países tienen que encontrar arreglos institucionales adecuados que les permitan retener a las personas a las que hayan formado, con el fin de garantizar que su trabajo responda a las prioridades en las políticas públicas, al mismo tiempo que se aseguran la independencia y la objetividad de su labor. Se

---

<sup>5</sup> Triin Habicht, "Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia", William D. Savedoff y Pablo Gottret, eds. *Governing Mandatory Health Insurance: learning from experience* (Washington, D.C., Banco Mundial, 2008).

trata de lograr un equilibrio, y las soluciones deben adaptarse al contexto específico de cada país.

42. La formulación de políticas con base empírica para la cobertura sanitaria universal requiere información fiable sobre muchos temas, como la disponibilidad y distribución de todos los elementos de la atención de la salud, incluidos los recursos financieros y humanos, los medicamentos y otras tecnologías relacionadas con la atención de la salud, así como la infraestructura; los niveles actuales de cobertura de la población en cuanto a los servicios de atención de la salud y la protección contra los riesgos financieros que necesitan; los efectos en la salud y el bienestar económico de las personas; y la naturaleza de las desigualdades en todos esos asuntos.

43. La Asamblea General, en su resolución [67/81](#), solicitaba al Secretario General que en su informe incluyese información sobre el seguimiento de los flujos de gasto sanitario mediante la aplicación de marcos contables uniformes. En 2000, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) publicó un marco uniforme para el seguimiento del gasto sanitario, conocido como el sistema de cuentas de salud. Después de diez años de aplicación en países de todos los niveles de ingresos, se elaboró una versión revisada, el sistema de cuentas de salud 2011, gracias a la colaboración entre la OCDE, Eurostat y la OMS, con aportaciones de otras muchas organizaciones, organismos y expertos nacionales.

44. El sistema de cuentas de salud 2011 ofrece un enfoque orientado a las políticas para determinar las corrientes financieras, desde los ingresos hasta los planes de financiación, dentro del sistema de atención de la salud. Los responsables de formular políticas nacionales dispondrán de una sólida metodología de seguimiento del gasto sanitario que les permitirá adaptarse a contextos en rápida evolución y recibir observaciones sobre las estrategias y políticas que han puesto en marcha. Esto propiciará un proceso de adopción de decisiones más reactivo y una mejor rendición de cuentas global respecto de las corrientes financieras en el sistema de atención de la salud.

45. Actualmente, muchos países están pasando a poner en práctica el sistema revisado. Desde su publicación, más de 50 países han recibido apoyo de organizaciones internacionales y bilaterales para formar a su personal y desarrollar capacidades con vistas a aplicar este marco contable uniforme. Hasta hace poco, eran principalmente los países de ingresos altos los que hacían un seguimiento ordinario de su gasto sanitario, informaban al respecto y utilizaban esta información para la formulación de políticas. No obstante, ahora, cada vez más países de ingresos bajos y medianos están tomando medidas para proceder de esa manera; entre ellos se incluyen Benin, Liberia, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania y el Togo.

46. A esto también está contribuyendo la labor de apoyo a las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño de la OMS. Para 2015, 60 países habrán puesto en práctica ejercicios dirigidos a hacer un seguimiento del gasto sanitario global, así como del gasto en la salud de la mujer y el niño, y en una variedad de enfermedades y patologías, y a vincularlos a los resultados.

## V. Entorno propicio a través de alianzas

47. La Declaración del Milenio y el octavo Objetivo de Desarrollo del Milenio dieron un enorme impulso al establecimiento de nuevas alianzas para el desarrollo. Proporcionaron un marco para que los países desarrollados llegaran a un pacto en virtud del cual prestarían asistencia a los países en desarrollo en sus esfuerzos por reducir la pobreza y lograr otros objetivos de desarrollo.

48. No obstante, el trabajo a través de alianzas para conseguir mejores resultados sanitarios tiene un largo historial en el sector de la atención de la salud. La Organización Mundial de la Salud, en virtud del artículo 2 de su Constitución, tiene el mandato de “actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional”. La OMS gestiona una red de más de 800 instituciones que constituyen parte de sus centros colaboradores. También acoge a siete alianzas, como por ejemplo la Asociación Alto a la Tuberculosis y la Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud; y copatrocina programas como el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis.

49. El número de alianzas mundiales en favor de la salud, iniciativas y otras formas de colaboración ha aumentado de manera constante durante el último decenio. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es, por definición, una alianza innovadora.

50. La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, de 2005, y el Programa de Acción de Accra, de 2008, establecen principios para aumentar la eficacia de la ayuda mejorando su calidad y la armonización de todos los asociados para el desarrollo. Más de 130 países y 28 organizaciones internacionales se han adherido a esos documentos. En el contexto de los procesos de París y Accra, el enfoque de la mejora de la salud ha demostrado, mediante iniciativas como la Alianza Sanitaria Internacional, que, a pesar de la diversidad de los agentes que participan en el sector de la atención de la salud, es posible mejorar la coordinación en torno a las estrategias nacionales relacionadas con la atención de la salud.

51. En 2011, la Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo dio señal de un cambio de pensamiento que pasaba de la eficacia de la ayuda tradicional a un enfoque más amplio e inclusivo de la cooperación para el desarrollo, haciendo mayor hincapié en la consideración de los recursos nacionales y externos de forma conjunta y en los resultados. El concepto de rendición de cuentas mutua se lleva un paso más lejos con la rendición de cuentas a nivel nacional, en virtud de la cual los gobiernos han de asumir sus responsabilidades ante los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad civil con respecto a la salvaguardia de la salud pública.

52. El enfoque adoptado en Busan (República de Corea) trata de abordar los retos cambiantes en materia de desarrollo, ya que la mayoría de los pobres del mundo viven en países que se consideran de ingresos medianos de acuerdo con su nivel de crecimiento económico. La asistencia oficial para el desarrollo, que en algunos casos se ha reducido como resultado de la crisis financiera y económica mundial, ya no es la única manera en que se está financiando la asistencia para el desarrollo.

53. Salvaguardar los logros alcanzados a través de programas financiados mediante transferencias únicas de recursos de los países ricos a los países pobres requiere un nuevo enfoque en virtud del cual esos fondos se complementen con

acuerdos de financiación previsible a más largo plazo que estén integrados en los sistemas financieros y administrativos nacionales de los países. Los recursos procedentes de fuentes nacionales, ingresos tributarios, remesas de fondos, financiación en condiciones favorables proveniente de fundaciones, inversión extranjera directa e impuestos de solidaridad mundial están contribuyendo a la financiación para el desarrollo.

54. Después de más de diez años de rápido crecimiento, la asistencia para el desarrollo destinada a la atención de la salud se ha estabilizado. El número de agentes de la atención de la salud en los ámbitos nacional, regional e internacional ha seguido creciendo, al tiempo que han aumentado los retos planteados por la fragmentación, la duplicación y los altos costos de transacción. A la luz de las nuevas tendencias y los retos que van surgiendo, se deben examinar el lugar, la función y las características principales de las alianzas que permitirían la consecución de un programa para el desarrollo transformador, centrado en las personas y sensible a las circunstancias del planeta.

55. Al mismo tiempo, los dirigentes mundiales han reconocido constantemente el lugar central que ocupa la salud en el desarrollo a través de varios procesos políticos de alto nivel. En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, se reafirmó que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible. También se reconoció que los sistemas de atención de la salud fortalecidos y orientados a la prestación de una cobertura sanitaria universal equitativa son una condición indispensable para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles.

56. En la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución [66/2](#) de la Asamblea General), se reconocía que tales enfermedades, puesto que constituyen un factor que contribuye a la pobreza y al hambre en los países en desarrollo, se cuentan entre los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI. Este proceso político puso de relieve el descubrimiento de que únicamente una respuesta multisectorial a las enfermedades no transmisibles puede prevenir el empobrecimiento de las familias e incluso la quiebra de naciones en todas las regiones del mundo.

57. Los debates en torno al proceso relativo al desarrollo después de 2015 han reiterado el papel crucial que desempeñan las alianzas en el próximo programa. En su informe, el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015 ha identificado cinco cambios transformadores en el avance hacia el desarrollo sostenible. Forjar una nueva alianza mundial se considera “un cambio a nivel global en cooperación internacional que proporciona el margen normativo para transformaciones a nivel doméstico”<sup>6</sup>. El informe propone una nueva alianza mundial con una amplia variedad de agentes, cada uno de los cuales tiene un papel que desempeñar: gobiernos nacionales; autoridades locales; instituciones internacionales; empresas; organizaciones de la sociedad civil; fundaciones, otras entidades filantrópicas e inversionistas de impacto social; científicos y académicos; y personas.

---

<sup>6</sup> Disponible en [www.un.org/es/sg/pdf/hlp\\_report\\_post2015\\_sg.pdf](http://www.un.org/es/sg/pdf/hlp_report_post2015_sg.pdf).

58. Las alianzas *inclusivas* marcan el cambio de las relaciones tradicionales entre donantes y receptores a un concepto de asociados para el desarrollo. Las alianzas, coaliciones e iniciativas creadas en torno a un asunto específico han demostrado su valor logrando un rápido progreso a la hora de hacer frente a enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. La iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños” puesta en marcha por el Secretario General ha impulsado un movimiento mundial extraordinario movilizándolo a las máximas autoridades de diferentes países y animando a los agentes de la atención de la salud de todos los niveles a mejorar la salud de las mujeres y las niñas.

59. Estas iniciativas también cobran importancia en la supervisión de los resultados y en el seguimiento de los recursos comprometidos y gastados. El trabajo de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño mostró la importancia creciente del seguimiento y la supervisión cuando se trata de identificar los cuellos de botella y las estrategias adecuadas para abordarlos.

60. En el pasado decenio, las alianzas han incluido constantemente a los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado como asociados iguales no solo en lo relativo a la financiación, sino también a la gobernanza y la capacidad para adoptar decisiones. Las redes han llegado a los políticos y a las personas en los ámbitos local y comunitario. Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, incluidas las redes sociales, han remodelado la manera en que se difunde la información y se ha dado voz a nuevos grupos que han ganado influencia.

61. El Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes recibió observaciones de más de 5.000 organizaciones de la sociedad civil y 250 directores generales de grandes corporaciones. Más de 800.000 personas participaron en el estudio “MI Mundo” (disponible en [www.myworld2015.org](http://www.myworld2015.org)) y clasificaron las esferas prioritarias por orden de importancia para ellas y sus familias con la vista puesta en la agenda para el desarrollo después de 2015. “Una mejor atención de la salud” está clasificada como la segunda prioridad más urgente en líneas globales, lugar que también ocupa en el caso de 11 de 15 grupos desglosados por quintiles en función del género, la edad, el nivel educativo y los ingresos.

62. Garantizar la *sostenibilidad* del gran número de intervenciones sanitarias con objetivos bien determinados puede lograrse mediante su integración como parte de los sistemas nacionales de atención de la salud. El rápido crecimiento económico que se ha producido en diferentes partes del mundo no ha conllevado un progreso equivalente en la esfera del bienestar y los servicios sociales. Cada vez más países se enfrentan a retos similares relacionados con el aumento de la esperanza de vida, y lograr la cobertura sanitaria universal es pertinente para todos los países, con independencia de la fase de desarrollo en que se encuentren; las similitudes entre países también se reflejan en los obstáculos que traban el avance hacia tales objetivos relativos a la atención de la salud.

63. Se está recaudando una cantidad considerable de nuevos recursos para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud a través de alianzas como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (FIAM/UNITAID). No obstante, los países que más necesitan la asistencia externa no suelen ser los mejor equipados para gestionarla. La existencia de múltiples

canales de financiación puede distorsionar las prioridades nacionales y desviar los esfuerzos de aquellas esferas donde más se necesitan. La Alianza Sanitaria Internacional trabaja para armonizar la financiación procedente de fuentes nacionales e internacionales en torno a objetivos y estrategias definidos en el ámbito nacional. También ofrece un instrumento para valorar conjuntamente las políticas nacionales y supervisar el progreso en lo relativo a la adhesión a los principios de eficacia de la ayuda.

64. Un enfoque *sistémico* de la mejora de los resultados sanitarios requiere abordar los determinantes sociales de la salud. La acción coordinada en todos los múltiples sectores que apoyan el enfoque que abarca todos los niveles del gobierno y a toda la sociedad es una manera de lograr mejores resultados sanitarios para toda la población. La formulación de políticas proactiva vigila los riesgos aplicando la experiencia adquirida de los sectores ambiental y de la atención de la salud. Las enfermedades relacionadas con el medio ambiente podrían prevenirse vinculando las cuestiones de salud y de medio ambiente y enmarcándolas en los planes nacionales de desarrollo y la creación de capacidad en todos los niveles. La Alianza Estratégica para la Salud y el Medio Ambiente con el fin de aplicar la Declaración de Libreville sirve como base de los planes de acción conjunta y como plataforma regional para el diálogo intersectorial en África.

65. Un enfoque de la atención de la salud basado en los derechos humanos puede contribuir a incrementar la asequibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios e instalaciones de atención de la salud asegurando la inclusión de los beneficiarios en todos los debates y su participación en los procesos pertinentes de adopción de decisiones. Las desigualdades y la discriminación en el acceso a los servicios de atención de la salud siguen siendo determinantes subyacentes que inciden en la capacidad para llevar una vida sana.

66. La asistencia técnica tradicional está dando paso al asesoramiento preliminar sobre políticas, que favorece la experiencia práctica que puede adquirirse a través de la cooperación triangular, la cooperación Sur-Sur y las alianzas público-privadas. La Declaración del Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, celebrado en Busan, reconocía que la naturaleza, las modalidades y las responsabilidades aplicables a la cooperación Sur-Sur difieren de las aplicables a la cooperación Norte-Sur.

67. Los tres tipos de alianza demuestran enfoques que combinan solidaridad y cooperación ante los retos mundiales. Para proteger la salud de las poblaciones frente a nuevas enfermedades infecciosas emergentes, es necesario que exista una cadena de vigilancia y respuesta a escala mundial. El personal de atención de la salud y el aumento de su movilidad requieren soluciones mundiales, entre las que cabe incluir políticas de formación, distribución, retención e incentivo, que constituyen preocupaciones comunes en muchos países en desarrollo. El acceso equitativo a la atención básica de la salud, a la atención de la salud sexual y reproductiva y a los servicios de maternidad sigue resultando sumamente difícil para las mujeres en muchas partes del mundo.

## VI. Conclusiones

68. Cada vez más, la población está reclamando acceso a servicios de atención de la salud de buena calidad a un precio asequible, lo cual constituye la esencia de la cobertura sanitaria universal. Dicha cobertura les aporta la tranquilidad de que pueden costear la utilización de los servicios de atención de la salud que necesitan en caso de emergencia y que estos servicios serán de buena calidad. El acceso a los servicios de atención de la salud necesarios también ayuda a las personas a potenciar y conservar su salud, lo que les brinda la oportunidad de aprender, trabajar y ganar ingresos. Así pues, se trata de un componente crucial del desarrollo sostenible.

69. El acceso a los servicios de atención de la salud también está estrechamente vinculado al concepto de protección social, y la salud es un componente importante de los niveles mínimos de protección social. Los esfuerzos orientados hacia la cobertura sanitaria universal están elevando los niveles de este tipo de protección, lo más rápidamente posible, de manera que todo el mundo pueda acceder a los servicios de atención de la salud que necesita sin dificultades u obstáculos financieros.

70. La cobertura sanitaria universal es pertinente para países de todos los niveles de ingresos, en la medida en que todos ellos se enfrentan de diferentes maneras a cuestiones relacionadas con la escasez de recursos como resultado de las necesidades y demandas crecientes de sus poblaciones. No obstante, el camino hacia la cobertura universal es específico para cada país, si bien las experiencias nacionales también demuestran que cualquier enfoque debe centrarse no solo en las estrategias de financiación de la salud, sino también en el sistema de prestación de servicios de atención de la salud con todos sus componentes, así como en los determinantes sociales de la salud.

71. Incrementar la capacidad de los países para que unos aprendan de las experiencias de otros es una forma importante de avanzar con mayor rapidez. Otra opción es que los países aumenten sus propias capacidades para diseñar políticas basadas en las mejores pruebas, aplicarlas y a continuación supervisar y evaluar sus efectos, con el fin de modificarlas si es necesario.

72. El progreso hacia la cobertura sanitaria universal tiene que basarse en sistemas informativos sólidos que proporcionen datos oportunos que sean pertinentes para la formulación de políticas. Hacer un seguimiento de los flujos de gasto sanitario mediante la aplicación de marcos contables uniformes es un elemento importante y, con el despliegue del sistema de cuentas de salud 2011, los países han acordado internacionalmente directrices sobre los enfoques que pueden utilizarse.

73. La Alianza Sanitaria Internacional y las iniciativas conexas han identificado siete comportamientos específicos necesarios para incrementar la armonización y la alineación de la ayuda, prestando especial atención a los resultados sanitarios. Entre otros elementos, se centran en las prioridades acordadas que figuran en una estrategia nacional de salud, basadas en evaluaciones conjuntas y conjuntamente supervisadas, con una reducción de las tareas separadas; los recursos registrados en el presupuesto y alineados con las prioridades y compromisos nacionales; los sistemas de gestión financiera y adquisiciones que han sido armonizados con la correspondiente creación de

capacidad para fortalecer los sistemas nacionales y el uso de dichos sistemas; el aprendizaje sistemático; y la prestación de apoyo técnico estratégicamente planificado y coordinado.

74. Perfeccionar los instrumentos que ya existen contribuiría a una alianza que promovería la innovación tecnológica en el desarrollo de nuevos servicios y dispositivos médicos, al tiempo que se garantizarían la educación, la formación y la capacidad profesional del personal sanitario para utilizarlos. La investigación y desarrollo en la elaboración de nuevas vacunas o medicamentos ayudaría a mejorar su disponibilidad y asequibilidad, a la vez que se lucharía contra la producción de medicamentos de calidad inferior, falsos, indebidamente etiquetados, falsificados y de imitación.

75. Las alianzas han de fortalecer las capacidades nacionales existentes, en lugar de sobrecargarlas. Tienen que hacer hincapié en la calidad de la ayuda, más que en la cantidad. En lugar de una proliferación de requisitos e indicadores para la presentación de informes, lo que se necesita son mecanismos sistémicos que tengan en cuenta el enfoque basado en la salud integral. Las alianzas creadas en torno a objetivos comunes, con un sentido de propiedad por parte de múltiples agentes que comparten un mismo interés, pueden contribuir a generar soluciones duraderas y, al mismo tiempo, resolver problemas actuales.

---