



Asamblea General

Distr. general
13 de agosto de 2012
Español
Original: inglés

Sexagésimo séptimo período de sesiones

Tema 70 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe provisional preparado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

* A/67/150.



Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resumen

En el presente informe se examina la financiación de la salud en el contexto del derecho a la salud. El pleno disfrute de este derecho está supeditado a la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible, tanto a nivel nacional como internacional. Por ello, en el presente informe se analiza la obligación de los Estados de asegurar una financiación nacional para la salud suficiente, equitativa y sostenible. En el informe se abordan tres aspectos fundamentales de la financiación de la salud: el modo en que los Estados aseguran la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y las fuentes de donde obtienen esos fondos; el modo en que se mancomunan esos fondos; y el modo en que se distribuyen los fondos y los recursos en los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad. El Relator Especial también estudia varias cuestiones sustantivas al respecto, incluidas la tributación y la financiación internacional para la salud; los mecanismos de mancomunación, incluido el seguro social de salud; las preocupaciones en cuanto a la distribución, como el reparto de fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, y la brecha existente en relación con los recursos entre las zonas rurales, remotas y urbanas. El Relator Especial concluye su informe con una serie de recomendaciones para asegurar la disponibilidad de suficientes recursos para la salud, mancomunar fondos y distribuir los fondos para la salud de manera equitativa.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Marco conceptual	4
A. Asegurar fondos suficientes y dar prioridad a la financiación de la salud	5
B. Mancomunación y distribución de los fondos y recursos para la salud	6
C. Asistencia internacional	7
III. Cuestiones sustantivas de la financiación de la salud	8
A. Asegurar suficientes fondos para la salud	8
B. Mancomunación de los fondos nacionales para la salud	15
C. Distribución de los fondos y recursos para la salud	21
IV. Conclusiones y recomendaciones	24

I. Introducción

1. El pleno disfrute del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental está supeditado a la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible a nivel nacional e internacional. Por ello, en el presente informe se examina la financiación de la salud en el contexto del derecho a la salud. Se analiza la obligación de los Estados de asegurar una financiación nacional para la salud suficiente, equitativa y sostenible y se presenta un marco conceptual para un enfoque de esta financiación basado en el derecho a la salud. En particular, se examina la obligación de los Estados de: asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y dar prioridad a la financiación de la salud en los presupuestos nacionales; asegurar la distribución equitativa de fondos y recursos para la salud; y cooperar a escala internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud. En el informe también se estudian varias cuestiones sustantivas al respecto, incluidas la tributación y la financiación internacional para la salud; los mecanismos de mancomunación de fondos, incluido el seguro social de salud; las preocupaciones en cuanto a la distribución, como el reparto de fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, y la brecha existente en relación con los recursos entre las zonas rurales, remotas y urbanas.

2. El panorama contemporáneo de la financiación de la salud se caracteriza por déficits constantes y desafíos que se repiten a la hora de financiar los sistemas de salud en todo el mundo. El gasto público en materia de salud es demasiado reducido en muchos Estados porque se da poca prioridad a la salud en los presupuestos y, en algunos casos, debido a la falta de disponibilidad de fondos públicos suficientes en valores absolutos. Las deficiencias de gobernanza también son una causa fundamental de la incapacidad de muchos Estados de destinar suficiente financiación a la salud. La corrupción generalizada, las lagunas fiscales y una administración tributaria laxa, caracterizada por altas tasas de evasión de impuestos, suelen reducir la capacidad de los Estados de generar ingresos y destinar suficientes fondos públicos a la salud. Muchos Estados dependen en gran medida de los pagos en efectivo de los usuarios y la financiación internacional para financiar sus sistemas de salud. No obstante, la financiación internacional para la salud es impredecible e insostenible, como ha demostrado la reciente crisis financiera, y los pagos en efectivo a cambio de bienes y servicios de salud repercuten de manera desproporcionada en los pobres, que deben destinar a este sector una proporción bastante mayor de sus ingresos que los pacientes acaudalados. En consecuencia, los hogares pobres suelen experimentar catástrofes financieras y empobrecimiento a causa de los pagos en efectivo, que los disuaden de entrada de acudir a los servicios de salud.

3. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud reconoce que debe alcanzarse cierto equilibrio entre la financiación pública y privada para la salud, así como entre la administración pública y privada de los centros, bienes y servicios de salud. Sin embargo, la tendencia mundial hacia la privatización de los sistemas de salud pone en peligro de manera significativa la disponibilidad y la accesibilidad equitativas de los centros, bienes y servicios de salud, especialmente para los pobres y otros grupos vulnerables y marginados. En muchos casos, la privatización ha llevado a un aumento de los pagos en efectivo a cambio de bienes y servicios de salud, una financiación desproporcionada de los

servicios de atención secundaria y terciaria en detrimento de la atención primaria, y un aumento de la disparidad en cuanto a la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas.

4. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud es especialmente importante en vista de estos desafíos y tendencias mundiales en cuanto a la financiación de la salud. Proporciona un marco para asegurar que se dé prioridad a la salud en los presupuestos estatales, reforzado por la participación activa y bien fundada de las personas y las comunidades afectadas en la formulación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de los presupuestos de salud. Este enfoque exige la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud y reconoce el papel fundamental de la asistencia internacional a la hora de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes y recursos técnicos para la salud a nivel mundial, en particular para los Estados de bajos ingresos. Este enfoque subraya la importancia de dar prioridad a la financiación de la atención primaria para alcanzar un equilibrio entre la atención primaria, secundaria y terciaria. Finalmente, el enfoque basado en el derecho a la salud reconoce la brecha existente en cuanto a los recursos entre las zonas rurales, remotas y urbanas, y exige que los Estados destinen equitativamente los fondos y recursos para la salud a las zonas rurales y remotas para asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad en estas zonas con arreglo al principio de no discriminación.

II. Marco conceptual

5. La financiación de la salud es un componente fundamental del derecho a la salud, necesario para el pleno disfrute de este derecho según lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, desarrollado en la Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Numerosos instrumentos internacionales y regionales, como la Declaración de Alma-Ata, aprobada en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Otras Enfermedades Infecciosas Conexas, aprobada por la Unión Africana en 2001, también han reconocido la importancia de la financiación de la salud para la estabilidad y la efectividad de los sistemas de salud y para alcanzar los objetivos de desarrollo internacionales. Por ello, los Estados tienen la obligación de asegurar una financiación de la salud suficiente, equitativa y sostenible. Las preocupaciones principales en cuanto a la financiación de la salud son: cómo aseguran los Estados la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y de qué fuentes obtienen esos fondos; cómo se mancomunan los fondos; y cómo se distribuyen los fondos y los recursos en los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad. El enfoque basado en el derecho a la salud proporciona un marco conceptual por medio del cual puede tratarse cada una de estas preocupaciones principales.

A. Asegurar fondos suficientes y dar prioridad a la financiación de la salud

6. Para el disfrute del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y dar prioridad a la financiación de la salud en sus presupuestos. Esa obligación es un requisito previo necesario para el disfrute de casi todos los aspectos del derecho a la salud, dispuesto en el contexto de la obligación de los Estados de asignar el máximo de recursos disponibles para dar plena efectividad al derecho a la salud (Observación general núm. 14, párr. 33). Como se enuncia en la Observación general núm. 14, el derecho a la salud engloba varios componentes, como la disponibilidad de centros de salud de calidad y el acceso a los medicamentos básicos, que requieren ingentes desembolsos del Estado. Se necesitan fondos públicos suficientes para dar plena efectividad a esos derechos. La inversión insuficiente o la mala distribución de los recursos públicos pueden comprometer el disfrute del derecho a la salud de personas o grupos, especialmente los más vulnerables o marginados, y constituyen una violación de la obligación de los Estados de asegurar el ejercicio del derecho a la salud (Observación general núm. 14, párr. 52).

7. Por lo tanto, para utilizar el máximo de recursos disponibles, los Estados deben hacer todo lo necesario para recaudar suficientes ingresos y movilizar los recursos para la salud y para que se dé la prioridad necesaria a la financiación de la salud en los presupuestos nacionales y subnacionales. A esos efectos los Estados deben asignar a la salud una parte significativa de los gastos generales de gobierno y dar prioridad a este sector junto con otros compromisos importantes de financiación, como el gasto en educación, seguridad social y defensa. Al respecto, los Estados tienen la obligación de promover la participación activa y bien fundada de las personas y las comunidades afectadas en la formulación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de los presupuestos de salud. Los Estados también deben asegurar la transparencia de la formulación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de los presupuestos para la salud. Para asegurar que se rindan cuentas de la ejecución de los presupuestos de salud nacionales y subnacionales y de la aplicación de las leyes y políticas conexas, los Estados también deben crear e implementar mecanismos que permitan o prevean la auditoría y supervisión independientes de esos instrumentos.

8. La obligación de dar prioridad a la financiación de la salud en los presupuestos estatales está estrechamente relacionada con el principio de realización progresiva, que establece la obligación concreta y constante de los Estados de avanzar lo más rápida y eficazmente posible hacia el pleno disfrute del derecho a la salud por todas las personas, sin discriminación alguna, y teniendo en cuenta los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles (Observación general núm. 14, párrs. 30 y 31, y Observación general núm. 3, párr. 9). Para facilitar la realización progresiva del derecho a la salud de todas las personas, los Estados deben asignar el máximo de fondos y recursos disponibles para asegurar el ejercicio de este derecho, lo que exige recaudar fondos con éxito y garantizar que se destinen a la salud mediante la atribución de prioridad en los presupuestos. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud de este derecho (Observación general núm. 14, párr. 47).

9. La obligación de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y dar prioridad a la financiación de la salud debería orientarse de manera inequívoca

a partir de las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud (Observación general núm. 14, párrs. 43 a 45). Las obligaciones básicas no son derogables y representan los niveles mínimos que deben alcanzar los Estados para cumplir su deber de asegurar el derecho a la salud. Las obligaciones básicas incluyen componentes positivos y negativos y se refieren a cuestiones relacionadas con la distribución y la igualdad. Los componentes positivos, como la obligación de garantizar el acceso a un alojamiento, una vivienda y servicios sanitarios básicos, así como el suministro adecuado de agua limpia y potable, suelen exigir a los Estados la utilización de ingentes fondos y recursos para su plena realización. Las obligaciones básicas que entrañan componentes negativos y se refieren a cuestiones de distribución, como la obligación de velar por una distribución equitativa de centros, bienes y servicios de salud de calidad y asegurar el acceso a ellos sin discriminación, dan por sentada la existencia de dichos centros, bienes y servicios y, por ello, también exigen a los Estados una inversión financiera significativa. Por lo tanto, los Estados deben asegurar la disponibilidad de fondos suficientes y dar prioridad a la financiación de la salud para poder cumplir al menos estas obligaciones básicas del derecho a la salud. En este sentido, estas obligaciones establecen una base de referencia para la financiación por debajo de la cual se consideraría que los Estados estarían violando las obligaciones que dimanarían del derecho a la salud.

B. Mancomunación y distribución de los fondos y recursos para la salud

10. La obligación de asegurar la distribución equitativa de centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria es una de las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud. El derecho a acceder a centros, bienes y servicios de salud de calidad sobre una base no discriminatoria, en particular de los grupos vulnerables o marginados, incluidos, entre otros, los grupos de minorías étnicas, raciales, religiosas y sexuales, las mujeres, los niños y los pobres, constituye una obligación básica adicional para los Estados. Para cumplir las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud, los Estados deben garantizar la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud, con el fin de alcanzar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad, de conformidad con el principio de no discriminación y prestando especial atención a las necesidades de las poblaciones vulnerables y marginadas. La distribución no equitativa de los fondos y recursos para la salud puede conducir a la discriminación indirecta dentro de los sistemas de salud, en particular de los grupos vulnerables y marginados, que no suelen contar con medios sociales y políticos para hacer frente a la distribución no equitativa de los recursos públicos (Observación general núm. 14, párr. 19).

11. La distribución equitativa de fondos y recursos para la salud puede lograrse mancomunando los fondos para la salud recaudados mediante planes de pago anticipado. La mancomunación permite la financiación cruzada de los riesgos financieros relacionados con los servicios de salud entre distintos grupos en las poblaciones grandes y la transferencia de fondos para la salud de los ricos a los pobres y de los sanos a los enfermos. De este modo, la financiación cruzada de riesgos financieros protege a los grupos vulnerables o marginados, como los pobres, de los gastos catastróficos en materia de salud y permite el acceso a centros, bienes

y servicios de salud de calidad que, de lo contrario, resultarían inaccesibles desde el punto de vista financiero. Por ello, la mancomunación de fondos para facilitar la financiación cruzada de los riesgos financieros y en materia de salud es un método fundamental para que los Estados puedan asegurar la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud que se requiere para el disfrute del derecho a la salud.

12. La Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que las inversiones en materia de salud no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población. Los servicios de atención primaria suelen ser menos gravosos que los de atención secundaria y terciaria, que, por definición, requieren profesionales de la salud con formación especializada, sofisticados equipos de diagnóstico y una infraestructura física importante. Por lo tanto, la inversión en atención primaria es más rentable a largo plazo, porque previene las enfermedades y promueve la salud general, lo que reduce la necesidad de atención secundaria y terciaria, más gravosas¹. Las economías resultantes pueden reinvertirse en el sistema de salud, quizá en forma de subsidios adicionales de los servicios de salud para los pobres. Por lo tanto, el derecho a la salud exige la distribución eficiente de los fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, haciendo hincapié en la atención primaria.

13. Los Estados deben distribuir los fondos y recursos de salud de manera que aseguren la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad para las poblaciones rurales y remotas, así como el fácil acceso a ellos por dichas poblaciones. La considerable disparidad existente en materia de salud entre las poblaciones rurales y remotas y las poblaciones urbanas de muchos Estados está bien documentada². Esto se debe a varios factores, incluidas las inversiones insuficientes en infraestructuras de salud y la falta de profesionales cualificados en las zonas rurales y remotas. Este problema se ve agravado por el hecho de que las poblaciones rurales y remotas suelen componerse de grupos vulnerables y marginados, como los pobres, las minorías étnicas y raciales y los pueblos indígenas, que tienden a ser más pobres que sus homólogos de las zonas urbanas³. Por ello, de conformidad con el enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados deben asegurar que los fondos y recursos para la salud se distribuyan de manera equitativa entre las zonas rurales, remotas y urbanas.

C. Asistencia internacional

14. El enfoque basado en el derecho a la salud reconoce el papel esencial que desempeña la asistencia internacional para asegurar la disponibilidad de suficientes fondos y recursos para la salud a nivel mundial, en particular en los países en

¹ Rifat Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (Copenhague, OMS, 2004), págs. 6 a 8.

² Juan Antonio Casas *et al.*, "Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants", *Equity and Health*, Occasional Paper núm. 8 (Organización Panamericana de la Salud, 2008), págs. 37, 42.

³ Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics 2008*, Inequities in health care and health outcome, págs. 92 a 95.

desarrollo. En virtud del Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, los artículos 2 1), 12, 22 y 23 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración de Alma-Ata, los Estados deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir con los compromisos asumidos de tomar medidas conjunta o separadamente para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud a nivel mundial. En este sentido, la Declaración de Alma-Ata proclama que las grandes desigualdades en el ámbito de la salud entre distintos grupos, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada país, son inaceptables desde los puntos de vista político, social y económico y deben constituir una preocupación común a todos los Estados. El enfoque basado en el derecho a la salud exige que los Estados cooperen internacionalmente para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud. Esto incluye la responsabilidad de mancomunar fondos a escala internacional a partir de contribuciones obligatorias de los Estados, según su capacidad de pagar, y asignar fondos a los Estados, según su necesidad, para alcanzar la financiación cruzada de recursos para la salud a nivel mundial.

III. Cuestiones sustantivas de la financiación de la salud

A. Asegurar suficientes fondos para la salud

1. Tributación

15. La tributación es un método frecuente del que se sirven los Estados para recaudar fondos públicos para la salud mediante pagos anticipados, en contraposición a los pagos en efectivo que se efectúan en el momento de recibir el servicio. Algunos Estados han logrado el acceso universal (o casi universal) a los centros, bienes y servicios de salud mediante la utilización de los ingresos tributarios para financiar este sector⁴. La tributación permite a los Estados acceder a distintas fuentes para fondos destinados a los servicios de salud, como los impuestos sobre la renta, la propiedad, los salarios, la manufactura, las ventas, el comercio, las ganancias de capital y las transacciones financieras. La tributación permite a los Estados mancomunar los fondos y extender a toda la población los riesgos financieros relacionados con los servicios de salud. Por ello, la tributación es un instrumento que puede permitir a los Estados asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud mediante la financiación progresiva, en virtud de las obligaciones dimanantes del derecho a la salud.

16. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud exige que la tributación a esos efectos se recaude progresivamente a fin de asegurar la generación equitativa de ingresos. La tributación progresiva supone la participación del contribuyente según su capacidad de pagar. Por ejemplo, la tributación progresiva del impuesto sobre la renta requiere que los contribuyentes acaudalados participen con un porcentaje mayor de su renta que los contribuyentes pobres. Por el contrario, la tributación regresiva supone mayores contribuciones proporcionales de quienes cuentan con menos recursos financieros que de los contribuyentes acaudalados. Por lo tanto, la tributación regresiva no es un mecanismo equitativo de financiación de la salud ni funciona de conformidad con el derecho a la salud.

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo, La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010), pág. 6.

17. Muchos Estados recurren a los impuestos especiales y generales sobre el consumo, como el impuesto sobre el valor añadido (IVA), para recaudar ingresos generales y conseguir fondos para el sector de la salud. El IVA se ha adoptado en casi 140 Estados y en la actualidad representa una parte considerable de los ingresos de muchos Estados, en particular en los países en desarrollo⁵. Algunos Estados han tenido éxito al reservar partes concretas de los ingresos recaudados a través del IVA para destinarlas al gasto en materia de salud⁶. Los impuestos sobre el consumo que se aplican a los bienes perjudiciales desde el punto de vista social, como el alcohol, la comida chatarra o el tabaco, también se emplean para recaudar fondos para la salud y pueden destinarse específicamente al gasto en este sector. Este tipo de impuestos puede cumplir la función secundaria de reducir el consumo de sustancias poco saludables al aumentar sus precios, lo que puede promover la salud pública en general en algunas circunstancias⁷.

18. En el contexto del derecho a la salud, los impuestos sobre el consumo no deben constituir una carga desproporcionada para los pobres. No obstante, el IVA puede funcionar de manera regresiva, lo que hace que los pobres contribuyan con una parte mayor de sus ingresos que los ricos⁸. Se ha demostrado que alzar el umbral de utilidades por debajo del cual las empresas no están sujetas a pagar el IVA y distinguir entre los bienes suntuarios y los de primera necesidad contribuye a aumentar la progresividad del IVA⁹. Los impuestos sobre el consumo de bienes perjudiciales para la salud también pueden ser regresivos¹⁰ y deben aplicarse proporcionalmente, de modo que los productos más baratos consumidos por los pobres sean menos gravados que los productos más caros consumidos por los ricos. También debe prestarse atención a las repercusiones financieras que tienen en las comunidades pobres los impuestos sobre el consumo de bienes perjudiciales para la salud, pues probablemente adquieran productos gravados con más frecuencia. El IVA, los impuestos sobre el consumo de bienes perjudiciales para la salud y otros tipos de impuestos sobre el consumo que son principalmente regresivos no están en consonancia con la obligación de los Estados de respetar el derecho a la salud.

19. La competencia fiscal internacional ha proliferado como consecuencia de la globalización y de una movilidad cada vez mayor del capital y su correspondiente elasticidad en respuesta a la tributación. La competencia fiscal alimenta la reducción de los estándares, en la que los Estados tratan de atraer inversiones extranjeras

⁵ Michael Keen, "What Do (and Don't) We Know about the Value Added Tax? A Review of Richard M. Bird and Pierre-Pascal Gendron's *The VAT in Developing and Transitional Countries*", *Journal of Economic Literature*, vol. 47, núm. 1, 2009, pág. 159.

⁶ Ghana y Chile han reservado el 2,5% y el 1% respectivamente de los ingresos provenientes de la recaudación del impuesto sobre el valor añadido para financiar la salud: Organización Mundial de la Salud, *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010), pág. 27.

⁷ Véase Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental, *Tobacco Taxation and Innovative Health-care Financing* (Nueva Delhi, 2012).

⁸ Nahida Faridy y Tapan Sarker, "Who really pays Value Added Tax (VAT) in developing countries? Empirical evidence from Bangladesh," *International Journal of Modeling and Optimization*, vol. 11 (2011); L. Sekwati y Brothers W. Malema, "Potential Impact of the Increase in VAT on Poor Households in Botswana", *International Journal of Economics and Research*, vol. 2, núm. 1 (2011).

⁹ Nahida Faridy y Tapan Sarker, pág. 194.

¹⁰ Christopher Snowdon, "The Wages of Sin Taxes", Adam Smith Institute (Londres, 2012), págs. 51 a 54.

directas mediante incentivos y otras reducciones fiscales para inversores extranjeros, y unos impuestos bajos o inexistentes sobre el comercio y las ganancias de capital¹¹. La competencia fiscal reduce los ingresos tributarios de los países en desarrollo y debilita su capacidad de recaudar fondos suficientes para financiar el sector de la salud¹². En algunos países en desarrollo, los ingresos que se pierden a causa de los incentivos fiscales equivalen a casi el doble del presupuesto para la salud¹³. Los países de ingresos altos también han experimentado una reducción de los ingresos tributarios provenientes del gravamen de la renta del capital como consecuencia de la liberalización de los impuestos en los países en desarrollo¹⁴. Las empresas multinacionales han trasladado sus activos al extranjero para aprovechar las ventajas de los paraísos fiscales y se dedican a fijar precios de transferencia para obtener ganancias en las jurisdicciones con bajos impuestos y evitar pagar impuestos más altos en los Estados en los que están domiciliadas¹⁵.

20. Los Estados deben asegurar que las políticas de liberalización de impuestos resultantes de la competencia fiscal internacional no tengan como consecuencia la reducción de los fondos públicos destinados a la salud. No obstante, unos ingresos tributarios más bajos y la disminución de las bases imponibles resultantes de las reducciones fiscales para los inversores extranjeros, aunados a impuestos bajos o inexistentes sobre el comercio y las ganancias de capital, pueden debilitar la capacidad de los Estados de recaudar fondos suficientes para la salud, en el contexto del derecho a la salud. Por lo tanto, los Estados y las instituciones financieras internacionales deben evitar promover la competencia fiscal a través de acuerdos de libre comercio, tratados sobre inversiones y préstamos sujetos a condiciones si estos instrumentos y políticas amenazan con reducir la disponibilidad de fondos para financiar la salud provenientes de los impuestos en los países en desarrollo.

21. La competencia fiscal internacional ha hecho que, en muchos Estados, los impuestos se apliquen sobre el consumo y la renta o los salarios, en lugar de hacerlo sobre las ganancias de las empresas y la renta del capital¹⁶. Sin embargo, los impuestos sobre la renta y los salarios son difíciles de recaudar en los Estados con grandes sectores no estructurados, que incluyen la mayor parte de los países en desarrollo. Estos Estados incurren en gastos administrativos considerables respecto de la recaudación de impuestos en el sector no estructurado, experimentan altos niveles de evasión fiscal y enfrentan dificultades a la hora de potenciar al máximo las bases imponibles del impuesto sobre la renta¹⁷. No obstante, se calcula que gravar el sector no estructurado podría aumentar los ingresos tributarios entre el 35%

¹¹ Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres, *Having Their Cake and Eating It Too: The Big Corporate Tax Break* (Bruselas, 2006), págs. 16 y 17.

¹² Marta Ruiz, Rachel Sharpe y María José Romero, *Approaches and Impacts. IFI tax policy in developing countries*, puede consultarse en: <http://eurodad.org/?p=4564>.

¹³ Tax Justice Network-Africa y ActionAid International, *Tax competition in East Africa: a race to the bottom?* (abril de 2012), pág. 12.

¹⁴ Véase Howard Wachtel, "Tax Distortion in the Global Economy", ponencia presentada en el Global Crisis Seminar, Transnational Institute (Amsterdam, febrero de 2002).

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Allison Christians, "Fair Taxation as a Basic Human Right", *International Review of Constitutionalism*, University of Wisconsin Legal Studies Research Paper N° 1066 (noviembre de 2009), pág. 20.

¹⁷ International Tax Compact, *Addressing tax evasion and tax avoidance in developing countries* (Eschborn, Alemania, diciembre de 2010).

y el 55% en algunos Estados¹⁸. Los enfoques innovadores en la recaudación de impuestos del sector no estructurado, que incluyen la cooperación del Estado con las asociaciones no oficiales de trabajadores, han tenido éxito en algunos casos y permiten albergar esperanzas en lo que respecta a aumentar las bases imponibles en los Estados con grandes sectores no estructurados¹⁸. A fin de asegurar la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible, según el enfoque del derecho a la salud, los Estados no deben depender primordialmente, como consecuencia de las políticas de liberalización de los impuestos, de los ingresos tributarios provenientes de sectores que son difíciles de regular. Sin embargo, para promover la igualdad en la financiación de la salud a través de la tributación, y dado el volumen de los ingresos que pueden obtenerse, los Estados deberían adoptar medidas para recaudar impuestos de las empresas del sector no estructurado, siempre y cuando les provean de los servicios y demás beneficios estatales a los que tienen derecho como entidades tributarias.

2. Financiación internacional

22. En el contexto del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de cooperar a escala internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible. La asistencia internacional es una de las fuentes principales de financiación para la salud en muchos países en desarrollo. Muchos de estos Estados no cuentan con suficientes fondos y recursos para la salud que les permitan cubrir las necesidades nacionales y, por ello, dependen en gran medida de la asistencia internacional. Además, dados el nivel y el índice de desarrollo de algunos países de bajos ingresos, estos serán incapaces de recaudar suficientes fondos a nivel nacional para cubrir sus necesidades de salud en el futuro cercano. Por ello, la plena efectividad del derecho a la salud en los países en desarrollo también depende de la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible, que a la larga debería conseguirse en el marco de un régimen obligatorio basado en los tratados y conforme al principio de solidaridad mundial.

23. Las prácticas de financiación internacional existentes presentan una serie de problemas. Los países donantes, las instituciones donantes multilaterales, las instituciones financieras internacionales y otras entidades de financiación siguen llevando a cabo prácticas que socavan la plena efectividad del derecho a la salud. En muchos casos, las entidades de financiación no consiguen orientar sus actividades hacia las necesidades de salud de los Estados receptores ni dirigir la asistencia directa al desarrollo de los sistemas de salud, incorporan inadecuadamente a sus actividades las aportaciones de las comunidades afectadas y ponen condiciones a la recepción de fondos para la salud.

24. Las entidades de financiación internacionales deben asegurar que sus actividades respeten el derecho a la salud. Por lo tanto, estas deben estar dirigidas a cubrir las necesidades nacionales de salud y promover el desarrollo de iniciativas y sistemas de salud autosuficientes. Con este fin, los donantes deberían incorporar a sus actividades la participación de la sociedad civil y las comunidades afectadas para asegurar que las intervenciones en el ámbito de la salud respondan a sus necesidades, sean sostenibles y contemplen el enfoque del derecho a la salud. Los

¹⁸ *Ibid.*

donantes también deben abstenerse de poner condiciones perniciosas a la recepción de asistencia internacional.

25. Los donantes internacionales tienden a centrarse en intervenciones a corto plazo que satisfacen necesidades de salud específicas, sin prestar suficiente atención al fortalecimiento de los sistemas de salud¹⁹. En algunos Estados, esto ha dado lugar a una excesiva dependencia de la financiación internacional y al subdesarrollo de los sistemas nacionales de salud, muchos de los cuales ni siquiera pueden cubrir las necesidades básicas de salud si no cuentan con asistencia internacional. Además, es menos probable que los Estados que dependen excesivamente de la financiación internacional para la salud den prioridad a este sector en sus presupuestos, lo cual es de vital importancia para la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas nacionales de salud.

26. Muchos países de bajos ingresos no cuentan con suficientes fondos y recursos para la salud en valores absolutos. Otros pueden tener que hacer frente en ocasiones a una escasez grave de recursos que requiera la intervención de donantes internacionales. No obstante, en muchos casos, incluso los países de bajos ingresos pueden llegar a movilizar más fondos que los que se hayan destinado a la salud mediante la modificación de las prioridades presupuestarias. Además, algunos Estados cuentan con suficientes recursos, pero simplemente no han movilizado ni destinado los fondos necesarios para la salud de manera equitativa. Si bien el enfoque basado en el derecho a la salud exige que los Estados cooperen a escala internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible, los Estados receptores también deben adoptar todas las medidas posibles para asegurar la autosuficiencia de los recursos nacionales y evitar así la dependencia excesiva de la financiación internacional.

27. La asistencia internacional suele estar condicionada a que los Estados receptores adopten políticas compatibles con la ideología y los intereses sociales, políticos o económicos de los donantes. Esta ayuda condicionada puede exigir a los Estados receptores que apliquen las estrategias de salud específicas preferidas por los donantes para obtener fondos. Sin embargo, las estrategias basadas en las preferencias de los donantes quizá no se ajusten a las necesidades de salud de los Estados receptores y, por el contrario, pueden llegar a distorsionar sus prioridades nacionales de salud²⁰. Por ejemplo, los fondos de los donantes destinados a los programas centrados únicamente en la abstinencia para los países afectados por el SIDA promueven los beneficios de abstenerse de mantener relaciones sexuales antes del matrimonio, pero no pueden difundir información útil sobre los beneficios que conlleva para la salud el uso de preservativos y anticonceptivos porque dicha información contradice el mensaje de la abstinencia²¹. Existen estudios que han demostrado que los programas centrados únicamente en la abstinencia resultan ineficaces para prevenir la infección con el VIH y que no difundir información sobre

¹⁹ P. Prakongsai *et al.*, “Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector?”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 86, núm. 11 (Ginebra, noviembre de 2008), pág. 898.

²⁰ Gorik Ooms *et al.*, “Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the ‘Big Push’”, *Globalization and Health*, vol. 6, núm. 17 (octubre de 2010), pág. 3.

²¹ Elaine Murphy *et al.*, “Was the ‘ABC’ Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda’s Decline in HIV?”, *PLoS Medicine*, vol. 3, núm. 9 (septiembre de 2006), pág. 1445.

los métodos anticonceptivos aumenta el riesgo de embarazo y de sufrir infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes²².

28. Otros tipos de financiación bilateral orientados a luchar contra el VIH/SIDA no conceden fondos a las organizaciones que no cuenten con políticas que se opongan explícitamente al trabajo sexual²³. No obstante, los trabajadores sexuales se encuentran entre los grupos de más alto riesgo de contraer el VIH y han desempeñado un papel fundamental en la lucha contra su transmisión. Por lo tanto, deben ser integrados plenamente en todas las medidas de prevención de la transmisión del VIH a fin de asegurar que las intervenciones respondan a sus necesidades, sean sostenibles y contemplen el enfoque del derecho a la salud. Por ello, los Estados donantes no deben actuar según su ideología social, política o económica a la hora de diseñar y poner en marcha intervenciones en el sector de la salud. Al contrario, conforme al enfoque del derecho a la salud, los donantes deben asegurar la aplicación de las estrategias más efectivas disponibles en función de las necesidades del Estado receptor, según lo determinen las partes interesadas del propio país.

29. En muchos casos, como consecuencia de las condiciones macroeconómicas que se imponen a los préstamos de las instituciones financieras internacionales, la asistencia internacional para la salud no deriva en un mayor gasto público en materia de salud, sino que los Estados la emplean para acumular reservas²⁴. Algunos estudios indican que cada dólar de los Estados Unidos adicional de ayuda para la salud solo suma aproximadamente 0,37 dólares a los presupuestos de este sector en los Estados receptores, y menos de 0,01 dólares en los Estados que asesora el Fondo Monetario Internacional²⁵. Por ejemplo, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, un Estado habría tenido que aumentar sus ingresos totales en un 20% y destinar a la salud el 15% de sus ingresos²⁶. Sin embargo, las condiciones macroeconómicas impuestas a los préstamos exigen que el Ministerio de Salud congelase los presupuestos de este sector de cara al futuro²⁶. Las restricciones de esta naturaleza en el gasto público en materia de salud redundan en perjuicio del derecho a la salud, ya que tienen un impacto desproporcionado en los pobres, que dependen en mayor medida que otros grupos de la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud públicos.

Mancomunicación de fondos internacionales para la salud

30. La financiación internacional para la salud es incoherente e insegura. Las intervenciones de los donantes suelen ser fragmentadas y esta mal coordinadas. La inseguridad de la financiación internacional quedó de manifiesto con la reciente crisis financiera mundial, que llevó, en parte, a cancelar la 11ª Convocatoria del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La incoherencia de la financiación internacional para la salud aumenta el riesgo de los Estados que dependen en gran medida de la asistencia internacional de experimentar una grave escasez de financiación en coyunturas económicas desfavorables a nivel

²² Heather Boonstra, “Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications”, *Guttmacher Policy Review*, verano de 2011, vol. 14, núm. 3, pág. 19.

²³ Véase la nota de pie de página 21.

²⁴ Véase la nota de pie de página 20.

²⁵ David Stuckler *et al.*, “International Monetary Fund and Aid Displacement”, *International Journal of Health Services*, vol. 41, núm. 1 (2011), págs. 67, 70.

²⁶ Gorik Ooms *et al.*, pág. 4.

mundial. La fragmentación de las intervenciones de los donantes queda ilustrada en el caso de un Estado, que cuenta con 50 donantes, 19 de los cuales proporcionan asistencia directa al gobierno mediante apoyo presupuestario y 31 de los cuales proporcionan ayuda mediante mecanismos o acuerdos individuales aislados²⁷. Las intervenciones mal coordinadas de los donantes conducen a gastos superfluos, distribución insuficiente de fondos y recursos para la salud y el fracaso de las medidas para hacer frente a las necesidades nacionales de salud de manera efectiva.

31. A fin de cooperar para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional para la salud sostenible en el contexto del derecho a la salud, los Estados deben mancomunar fondos a escala internacional. Si la cooperación internacional diera lugar a la creación de un único fondo mundial o de varios fondos coordinados, se conseguiría más fácilmente la financiación cruzada de los sistemas de salud en los países en desarrollo, lo cual permitiría la coordinación de las actividades de los donantes en los Estados receptores. La cooperación internacional en forma de mancomunación mundial de fondos para la salud es extremadamente necesaria en los tiempos que corren a fin de aligerar la carga mundial producida por las enfermedades y promover el desarrollo de sistemas nacionales de salud sostenibles.

32. El Fondo Mundial y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (FIAM/UNITAID) constituyen dos ejemplos de éxito de la mancomunación mundial de fondos, que han tenido un impacto muy positivo en la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en todo el mundo. Tanto el Fondo Mundial como el FIAM/UNITAID han recaudado y mancomunado ingentes recursos de los Estados donantes a través de mecanismos de financiación innovadores, y han distribuido fondos y recursos según las necesidades²⁸. Gracias a los programas financiados por el Fondo Mundial, solo en 2011, 3,3 millones de personas que viven con el VIH recibieron tratamientos antirretrovirales²⁹, y se detectaron y trataron 9,3 millones de casos positivos de tuberculosis entre 2010 y 2012³⁰. El FIAM/UNITAID ha proporcionado tratamientos aptos para niños a 400.000 niños que viven con el VIH y ha entregado 46 millones de tratamientos combinados con artemisinina a los principales compradores de medicamentos para la malaria³¹. Además, en contraste con la ayuda y la asistencia bilaterales de las instituciones financieras internacionales, el Fondo Mundial y el FIAM/UNITAID han eliminado las condiciones y aumentado los niveles de transparencia y la participación de las partes interesadas en los procesos y las actividades de programación de la financiación, de

²⁷ Karen McColl, "Europe Told to Deliver More Aid for Health", *The Lancet*, vol. 371, núm. 9630 (2008), pág. 2073.

²⁸ Véase Naciones Unidas, *Innovative Financing for Development*, The I-8 Group Leading Innovative Financing for Equity (Nueva York, 2009).

²⁹ Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, *Global Fund Results Fact Sheet End-2011* (2011), pág. 1.

³⁰ Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Noticia: Los resultados del Fondo Mundial muestran grandes progresos en la lucha contra el VIH, 23 de julio de 2012, pueden consultarse en: www.theglobalfund.org/es/mediacenter/newsreleases.

³¹ Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, *Informe anual de 2011* (OMS, diciembre de 2011), pueden consultarse en: www.unitaid.eu/images/Annual_Report_2011/UNITAID_AR2011_SP.pdf.

conformidad con el enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud³².

33. A fin de que el paradigma mundial de la asistencia internacional para la salud deje de ser un régimen de beneficencia basado en los donantes y se convierta en un sistema obligatorio basado en el principio de solidaridad, los mecanismos mundiales de mancomunidad deben fundarse en tratados internacionales o regionales que vinculen jurídicamente a los Estados a contribuir a la creación de fondos comunes según su capacidad de pagar y a través de los cuales se distribuyan los fondos según las necesidades. Se necesita una transformación de este tipo para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible en el contexto del derecho a la salud. Para promover la implicación y la rendición de cuentas en este marco, cada Estado aportaría contribuciones independientemente de su nivel de ingresos, y todos los procesos de financiación y programación deberán ser transparentes e incluir la participación activa y bien fundada de la sociedad civil y las comunidades afectadas. Por lo tanto, para lograr la plena efectividad del derecho a la salud a nivel mundial, los Estados deberían adoptar todas las medidas necesarias para desarrollar mecanismos mundiales de mancomunidad basados en tratados, que prevean contribuciones progresivas obligatorias que se distribuirían según las necesidades y en el marco de procesos participativos transparentes.

B. Mancomunidad de los fondos nacionales para la salud

34. El enfoque del derecho a la salud exige que los Estados aseguren la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad que sean accesibles para todas las personas sin discriminación alguna. Para respetar y lograr la plena efectividad del derecho a la salud, los Estados deberían eliminar las barreras financieras que restringen el acceso a los servicios de salud. Por consiguiente, este derecho supone que los Estados garanticen que la capacidad de pagar no incida en la decisión de las personas de recurrir a los servicios y bienes de salud necesarios. Los sistemas de salud financiados mediante pagos anticipados, como los que se basan en los impuestos y el seguro obligatorio, reducen las barreras financieras mediante la mancomunidad de los fondos recaudados antes de que se usen los servicios. La mancomunidad es un método mediante el cual los fondos para la salud se acumulan y gestionan para extender el riesgo financiero derivado de las enfermedades a todos los participantes durante un período de tiempo determinado³³. La mancomunidad promueve la financiación equitativa para la salud, pues facilita la financiación cruzada entre los miembros sanos y los enfermos, los ricos y los pobres y en todos los ciclos biológicos de cada miembro. La mancomunidad también aumenta la eficiencia, pues promueve mejoras en materia de salud más equitativas para todas

³² Gian Luca Burci, "Public/Private Partnerships in the Public Health Sector", *International Organizations Law Review*, vol. 6 (2009), págs. 359 a 382.

³³ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud" (Ginebra, 2000), pág. 99.

las poblaciones³⁴ y mitiga los riesgos que implica la incertidumbre relacionada con la situación de la salud y la capacidad financiera en el futuro³⁵.

35. La principal barrera financiera para acceder a los servicios de salud en la mayor parte de los Estados son los pagos en efectivo que deben realizar los usuarios a cambio de bienes y servicios de salud en el momento de recibirlos. En 2007, en 33 países, de ingresos bajos en su mayoría, los pagos en efectivo representaban más del 50% del total de los gastos en materia de salud³⁶. Los pagos en efectivo también pueden dar lugar a unos gastos desorbitados en materia de salud³⁷. Cada año, aproximadamente 100 millones de personas, de países de ingresos bajos en su mayoría, se ven arrastradas a la pobreza a causa de unos gastos excesivos o desorbitados en servicios de salud³⁸. Como mínimo, el derecho a la salud exige que los Estados reduzcan los pagos en efectivo del sector de la salud y eliminen los pagos que impacten en los pobres de manera desproporcionada. La mancomunación de pagos anticipados a cambio de bienes y servicios de salud reduce los pagos en efectivo de todos los usuarios y puede eliminar los de los pobres³⁹. Por lo tanto, la mancomunación protege a los usuarios frente a los gastos desorbitados del sector de la salud a través de la financiación cruzada de los riesgos financieros relacionados con los gastos en materia de salud.

36. Los sistemas de pagador único con un solo fondo común de riesgos o los sistemas de pagadores múltiples con múltiples fondos comunes de riesgos reducen las barreras financieras para acceder a los centros, bienes y servicios de salud, conforme al enfoque basado en el derecho a la salud. En los sistemas de pagador único, una organización recauda y mancomuna los fondos y adquiere servicios para toda la población. En la mayoría de los casos, a todos los miembros participantes se les proporciona acceso a los mismos bienes y servicios de salud⁴⁰. Debido a su capacidad de generar y obtener fondos, a través de mecanismos como la tributación, y de inscribir de manera obligatoria a un gran número de personas, el gobierno, en la mayoría de los casos, administra el fondo común y adquiere bienes y servicios de salud en un sistema de pagador único. La mancomunación única de los riesgos promueve el acceso equitativo a los centros, bienes y servicios de salud conforme al enfoque basado en el derecho a la salud, pues permite una mayor financiación cruzada que los sistemas con fondos comunes más pequeños y fragmentados. Por lo tanto, los sistemas de pagador único son efectivos para promover el acceso universal

³⁴ Peter Smith y Sophie Witter, "Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance", Health, Nutrition and Population Discussion Paper (Washington, D.C., Banco Mundial, 2004), pág. 4.

³⁵ Chris James y William Savedoff, "Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity", *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, Background Paper núm. 5, puede consultarse en: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport.

³⁶ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo*, "La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal" (Ginebra, 2010), pág. 12.

³⁷ Ke Xu *et al.*, "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis", *The Lancet*, vol. 362, núm. 9378 (julio de 2003), págs. 111 a 117.

³⁸ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo*, "La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal", pág. 8.

³⁹ Margaret Kruk *et al.*, "Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low-And Middle-Income Countries," *Health Affairs*, vol. 28, núm. 4 (2009), págs. 1056, 1063.

⁴⁰ Gerald F. Anderson y Peter Hussey, *Special Issues with Single-Payer Health Insurance Systems*, Documento de debate Health, Nutrition and Population (HNP) (Banco Mundial, 2004), pág. 28.

a los centros, bienes y servicios de salud, reducir los pagos en efectivo y proteger a los usuarios de los gastos desorbitados en materia de salud.

37. Los servicios de salud privados también pueden funcionar junto a los sistemas de pagador único. Se puede permitir a los hospitales y médicos privados dejar de participar en el sistema financiado con fondos públicos y cobrar honorarios privados a los pacientes. En consecuencia, el sistema público puede experimentar una falta de financiación, si los usuarios están exentos de contribuir una vez que salen del sistema, y falta de personal, si un gran número de profesionales de la salud abandona el sistema público para obtener mejores retribuciones en el sector privado. A su vez, esto puede reducir en general la calidad de los centros, bienes y servicios de salud pública. Los pobres y otros grupos que no pueden abandonar el sistema público por su incapacidad de pagar los servicios privados de salud son los más afectados por estas circunstancias. De este modo, un sistema privado de salud paralelo puede dar lugar a violaciones del derecho a la salud, ya que puede reducir el acceso generalizado a los centros, bienes y servicios de salud del sector público y la calidad de estos.

38. Contrariamente a los sistemas de pagador único, los sistemas de pagadores múltiples suelen incluir varios fondos comunes de seguros gestionados por aseguradores privados que compiten entre sí, pero no excluyen la posibilidad de que existan programas de seguros gestionados por el gobierno. La existencia de varios fondos comunes permite que los paquetes de bienes y servicios de salud de los aseguradores estén más específicamente diseñados para satisfacer las necesidades de los distintos grupos. Los aseguradores de los sistemas de pagadores múltiples recaudan fondos a través de mecanismos de contribución como las primas de seguro. No obstante, las primas pueden ser regresivas y, por lo tanto, no equitativas, si no se basan en la capacidad de pagar de cada persona, sino únicamente en sus riesgos en materia de salud. En este sentido, las primas basadas en la evaluación de los riesgos también dan lugar a una selección adversa, según la cual los aseguradores estudian el estado de salud de los solicitantes para excluir a las personas que tengan grandes riesgos al respecto⁴¹. Este tipo de selección lleva a la exclusión de los pobres y las personas con enfermedades preexistentes de los planes de seguros, incluidos los pobres, y produce fondos más pequeños y menos diversos, lo que debilita el efecto de la financiación cruzada⁴². Las primas y prácticas regresivas conducentes a la selección adversa violan el derecho a la salud hasta el punto de discriminar a los grupos vulnerables o marginados y reducir el acceso general a centros, bienes y servicios de salud de calidad.

39. A fin de reducir los efectos negativos de las primas regresivas y la selección adversa en los sistemas de pagadores múltiples, debería ser obligatorio participar en un fondo común de seguros médicos. La participación obligatoria asegura la cobertura universal y permite la utilización de mecanismos para igualar o ajustar los riesgos con el fin de facilitar la financiación cruzada entre los distintos fondos comunes. Por ejemplo, la legislación podría exigir la transferencia de un porcentaje de los ingresos de los fondos de bajo riesgo a los de alto riesgo en circunstancias

⁴¹ Elias Mossialos y Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud (Bélgica, OMS, 2004), págs. 107, 108.

⁴² Robert Carroll y Phillip Swagel, "The Intersection of Tax and Health Care Policy", *National Tax Journal*, vol. LXII, núm. 3 (Washington, D.C., 2009), pág. 568.

especiales⁴³. Los Estados también pueden regular directamente el funcionamiento de los aseguradores privados limitando la información de que pueden disponer sobre los posibles participantes en un fondo común, restringiendo la manera de calcular las primas y prohibiendo la exclusión de las personas con problemas de salud preexistentes de los fondos comunes de seguros, entre otras medidas. Los programas de seguros de los gobiernos también deberían proporcionar cobertura a los pobres u otros grupos vulnerables o marginados que resultan excluidos de los fondos privados por su incapacidad de pagar, por presentar problemas de salud preexistentes o por tener un alto riesgo de sufrir problemas de salud. Por ejemplo, las personas que desempeñan trabajos peligrosos pueden ver denegado su acceso al seguro médico porque tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud y los trabajadores con salarios bajos pueden no tener capacidad de pagar las altas primas exigidas por los aseguradores privados. Según el enfoque del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de garantizar que estas personas tengan acceso a los servicios de salud a través de un seguro médico. Esta obligación puede cumplirse mediante la debida regulación de los aseguradores privados de salud, la subvención de las primas de estos aseguradores o la disponibilidad de programas de seguros gestionados por los gobiernos.

40. A un nivel más particular, los seguros médicos gestionados por comunidades mancomunan los fondos recaudados a partir de los miembros de comunidades pequeñas e incluyen una gran variedad de mecanismos de financiación, como los fondos comunitarios para la salud, los seguros mutuos de salud y el seguro médico rural. Los programas de seguro médico gestionados por comunidades pueden funcionar como complemento o suplemento de los sistemas de pagador único o pagadores múltiples. Estos programas suelen existir en las comunidades pobres, vulnerables o marginadas, y pueden aumentar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud de los grupos vulnerables o marginados y facilitar la participación de las comunidades en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud⁴⁴.

41. No obstante, los programas de seguro médico gestionados por comunidades pueden encontrar dificultades para conseguir una financiación cruzada efectiva, en razón del volumen y de la constitución de los fondos comunes. En la mayoría de los casos, los fondos comunes gestionados por comunidades son muy pequeños y sus participantes son personas pobres con un alto riesgo de enfermedad, por lo cual la financiación cruzada puede no resultar efectiva para hacer frente a los riesgos financieros y en materia de salud de todos sus miembros. Las contribuciones a los seguros médicos gestionados por comunidades también han sido regresivas en algunos casos, ya que se aportan en forma de cantidades fijas, y las contribuciones en función de los ingresos y las exenciones para los pobres han sido difíciles de implantar debido al desafío que supone determinar los ingresos de los hogares⁴⁵. Además, los costos relacionados con la recaudación de las contribuciones de las

⁴³ Naoki Ikegami y John Campbell, "Medical Care in Japan", *The New England Journal of Medicine*, vol. 333, núm. 19 (1995), págs. 1295 a 1299.

⁴⁴ Véase Werner Soors *et al.*, *Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths many rivers to cross*, *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, Documento de antecedentes núm. 48 (Ginebra, 2010).

⁴⁵ Véase Anne Mills *et al.*, "Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage", *The Lancet*, vol. 380, núm. 9837 (2012), págs. 126 a 133.

poblaciones de zonas rurales y de zonas urbanas no estructuradas son relativamente altos respecto de los ingresos generados a partir de ellas. Así, mientras que en algunos casos los programas de seguros gestionados por comunidades pueden usarse para aumentar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud de los grupos vulnerables o marginados y facilitar la participación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud, no pueden sustituir a los mecanismos de mancomunación más grandes y centralizados.

Seguro social de salud

42. El seguro social de salud es un mecanismo de mancomunación de fondos financiado con los pagos anticipados obligatorios recaudados mediante las contribuciones de personas y organizaciones y complementados por la tributación. Los programas del seguro social de salud son en general gestionados por el Estado, que emplea los fondos recaudados mediante contribuciones obligatorias e ingresos tributarios para adquirir bienes y servicios de salud para el asegurado. Contrariamente a los mecanismos de fondo comunes más pequeños y fragmentados, los programas del seguro social de salud establecen fondos suficientemente grandes, mediante contribuciones obligatorias, para facilitar una eficaz financiación cruzada de los riesgos financieros y relacionados con la salud de las poblaciones grandes⁴⁶. De este modo, el seguro social de salud aumenta el uso de los centros, bienes y servicios de salud, promueve la igualdad de acceso y puede permitirse niveles más altos de protección financiera para los pobres⁴⁷. Los programas del seguro social de salud pueden adoptar la forma de sistemas de pagador único, que tienden a alentar el gasto eficiente en materia de salud y costos administrativos más reducidos, o de sistemas de pagadores múltiples, que fomentan la competencia y permiten que otras entidades adquieran servicios de salud. Por lo tanto, los programas del seguro social de salud son un buen ejemplo de mecanismo de mancomunación de fondos que promueve la plena efectividad del derecho a la salud.

43. Los programas de seguro social de salud deben financiarse mediante contribuciones obligatorias en forma de pagos anticipados para alcanzar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad y una sólida financiación cruzada de los riesgos financieros y relacionados con la salud. Los planes de contribuciones voluntarias pueden ayudar a recaudar fondos cuando no existen pagos y mancomunación generalizados, familiarizar a las personas con los beneficios del seguro y actuar como mecanismo intermedio de financiación que facilite la transición hacia un plan de contribuciones obligatorias más inclusivo, pero no aumentan necesariamente las tasas de cobertura porque no es obligatorio inscribirse en ellos. Contrariamente al sistema de contribuciones voluntarias, los planes de contribuciones obligatorias evitan que los miembros acaudalados y sanos abandonen el programa y reduzcan el tamaño del fondo común a expensas de los miembros más pobres y enfermos. Los planes de contribuciones obligatorias también impiden que las personas se adhieran al programa únicamente cuando tengan alguna necesidad de índole médica⁴⁸. Si bien las contribuciones voluntarias

⁴⁶ Pablo Gottret y George Schieber, "Health financing revisited: a practitioner's guide" (Banco Mundial, Washington, D.C., 2006), págs. 58 y 59.

⁴⁷ Regional Committee for the Eastern Mediterranean, documento técnico: "The impact of health expenditure on households and options for alternative financing" (OMS, 2004), pág. 9.

⁴⁸ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, "La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal", págs. 88 y 89.

pueden ayudar a recaudar fondos cuando no existen pagos y mancomunación generalizados, familiarizar a las personas con los beneficios del seguro y actuar como mecanismo intermedio de financiación que facilite la transición hacia un plan de contribuciones obligatorias más inclusivo⁴⁸, no aumentan necesariamente las tasas de cobertura porque no es obligatorio inscribirse. Así, los planes de contribuciones voluntarias no resultan efectivos a la hora de aumentar el acceso de los pobres a los centros, bienes y servicios de salud, ya que no generan fondos comunes suficientemente grandes como para promover una financiación cruzada sólida.

44. Según el enfoque basado en el derecho a la salud, el diseño y el alcance de los programas de seguro social de salud deberían basarse en las necesidades de salud, la capacidad financiera y la situación laboral de las poblaciones receptoras. Por ello, los programas del seguro social de salud deben asegurar la disponibilidad de un conjunto mínimo de bienes y servicios de salud, así como el acceso universal a ellos según las necesidades. Los paquetes de beneficios deben adaptarse a la carga derivada de las enfermedades y las necesidades de salud de la población, incluir servicios de atención primaria efectivos y centrados en la comunidad para hacer frente a las necesidades especiales de esta, e incluir medicamentos básicos y genéricos para asegurar el acceso a tratamientos seguros, efectivos y asequibles, conforme al enfoque del derecho a la salud. Los planes de contribuciones deben diseñarse para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad. Los mecanismos destinados a controlar los costos de los programas que limitan la inscripción, como los topes en el porcentaje de personas que están totalmente exentas, deben ser coherentes con las realidades de la pobreza y la capacidad de pagar⁴⁹. De este modo, el enfoque basado en el derecho a la salud exige, como mínimo, que las contribuciones se estructuren de manera progresiva, según la capacidad de pagar de las personas, y que los programas puedan prever la exención total para los pobres.

45. Los programas del seguro social de salud suelen financiarse con contribuciones obligatorias basadas en los salarios, y puede ser difícil identificar e incluir a las personas cuyos ingresos no se declaran de manera oficial o no pueden contabilizarse fácilmente, como los trabajadores del sector no estructurado o por cuenta propia y los de las zonas rurales y remotas. Por ejemplo, es difícil identificar a los trabajadores del sector no estructurado que cumplan los requisitos para recibir una exención total o una reducción de sus contribuciones mediante los programas de seguro social de salud basados en los salarios y, de este modo, pueden no estar inscritos en estos programas. Estas personas quizá no puedan acceder a centros, bienes y servicios de calidad porque deben realizar pagos en efectivo poco asequibles. En virtud del enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados deberían emplear estrategias innovadoras para incluir el sector no estructurado en los programas del seguro social de salud. Por ejemplo, se ha demostrado que los impuestos recaudados por asociaciones, en los que estas representan a un grupo concreto de trabajadores y los depositan en el sistema tributario, aumentan la

⁴⁹ Véase Patrick Apoya y Anna Marriot, "Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana" (Oxfam Internacional, marzo de 2011).

participación de los empleados del sector no estructurado en los programas oficiales de beneficios⁵⁰.

C. Distribución de los fondos y recursos para la salud

46. El enfoque basado en el derecho a la salud prevé la distribución equitativa de los fondos y recursos para la salud para alcanzar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad, de conformidad con el principio de no discriminación. En todas las decisiones relacionadas con la distribución debe prestarse especial atención a las necesidades de los grupos vulnerables o marginados, incluidos, entre otros, los grupos de minorías étnicas, raciales, religiosas y sexuales, las mujeres, los niños y los pobres. La eliminación de las desigualdades de acceso a los centros, bienes y servicios de salud produce mejores resultados en la salud pública y sistemas de salud más efectivos⁵¹. Por lo tanto, los Estados deben distribuir los fondos y recursos para la salud de manera de asegurar que los centros, bienes y servicios de salud de calidad sean asequibles para los pobres, accesibles desde el punto de vista físico para las poblaciones rurales y remotas, y que satisfagan las necesidades de atención primaria de todos, en lugar de las de atención especializada de unos pocos.

Atención primaria, secundaria y terciaria

47. En virtud del enfoque basado en el derecho a la salud, para proporcionar centros, bienes y servicios de salud a todas las personas sin discriminación alguna, los Estados deberían asegurar la distribución equitativa y eficiente de los fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, haciendo especial hincapié en la atención primaria. La atención primaria consiste en servicios de salud básicos y preventivos accesibles para todos en la comunidad a un costo que esta pueda permitirse⁵². En contraste con la atención primaria, los servicios de atención secundaria y terciaria ofrecen normalmente tratamiento para las enfermedades que no pueden gestionarse a nivel comunitario, y suelen ser proporcionados por médicos y profesionales especializados en lugares como los hospitales con unos costos comparativamente más elevados, utilizando equipos especializados y recurriendo a veces a la hospitalización del paciente.

48. Los bienes y servicios de atención primaria de la salud incluyen los exámenes rutinarios y de prevención, la inmunización y la vacunación, los servicios para el tratamiento de enfermedades crónicas, los servicios de planificación familiar, los servicios de nutrición, la asistencia materna y neonatal y los servicios de atención de la salud mental, todos los cuales satisfacen las necesidades básicas de salud a un costo bajo y reducen la necesidad de atención secundaria y terciaria. La atención primaria también incluye los servicios educativos y de concienciación de la salud, como las campañas de promoción del saneamiento y la higiene, que tienen efectos

⁵⁰ Anuradha Joshi y Joseph Ayee, "Associational taxation: a pathway into the informal sector?", *Taxation and State-Building in Developing Countries: Capacity and Consent*, Deborah Brautigam, Odd-Helge Fjeldstad y Mick Moore, eds. (Cambridge University Press, 2008), pág. 186.

⁵¹ Organización Mundial de la Salud, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network" (Ginebra, 2007), pág. 21.

⁵² Véase la Declaración de Alma-Ata, aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en 1978.

preventivos y promocionales y empoderan a los miembros de la comunidad para mejorar y ocuparse de su salud por sí mismos.

49. Los bienes y servicios de atención primaria no suponen una formación especializada de los profesionales de la salud, ni equipos de diagnóstico sofisticados, ni una infraestructura física importante. La atención primaria es proporcionada por médicos, enfermeros y demás profesionales del sector en el entorno de la comunidad, en clínicas pequeñas o a domicilio, y, por lo tanto, puede ofrecerse de una manera más aceptable desde el punto de vista social y cultural. De este modo, la atención primaria es más adaptable geográficamente y su prestación y acceso resultan menos costosos, lo que aumenta la disponibilidad de bienes y servicios de salud para las comunidades rurales y remotas y los pobres.

50. Además de conseguir resultados más equitativos, la distribución de fondos y recursos para la salud dando prioridad a la atención primaria también promueve la eficiencia de los sistemas de salud⁵³. Se ha demostrado que la atención primaria es más rentable a largo plazo, ya que previene las enfermedades y promueve la salud general, lo que reduce la necesidad de tratamientos avanzados, normalmente más gravosos⁵⁴. Las economías resultantes de invertir en atención primaria pueden reinvertirse en el sistema de salud y utilizarse para aumentar el acceso de los pobres a los servicios de salud, en un ciclo que mejoraría aún más los resultados en este ámbito. Si bien un sistema de salud completo y equilibrado debe incluir la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de atención secundaria y terciaria, los Estados deberían dar prioridad a la atención primaria en la distribución de fondos y recursos para la salud.

Zonas rurales, remotas y urbanas

51. Para conseguir resultados equitativos y el pleno ejercicio del derecho a la salud, los Estados deben distribuir fondos y recursos con el fin de asegurar la disponibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad para las poblaciones rurales y remotas y su fácil acceso. Las poblaciones de las zonas rurales y remotas suelen encontrarse en peores condiciones de salud que sus homólogas de las zonas urbanas a nivel mundial⁵⁵. Muchas enfermedades que pueden prevenirse y tratarse son frecuentes en las zonas rurales y remotas, las tasas de mortalidad infantil y materna son más elevadas que en las zonas urbanas y los niños sufren niveles más altos de malnutrición⁵⁶. Además, las personas que viven en zonas rurales y remotas suelen tener que recorrer distancias considerables y difíciles y gastar grandes cantidades de dinero para acceder a los servicios de salud, que no suelen estar disponibles en sus comunidades debido a la falta de inversiones en infraestructura física para la salud en las zonas rurales y remotas⁵⁷.

⁵³ Organización Mundial de la Salud, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care", pág. 32.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud: más necesaria que nunca* (Ginebra, 2008), págs. xvii y 42 a 51.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, "Inequities in health care and health outcome (2008)", págs. 92 a 95.

⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas*, vol. 1 (Washington, D.C., 2007), págs. 58, 60, 62.

⁵⁷ Mandy Leveratt, "Rural and remote Australia – Equity of access to health care services", *The Australian Health Consumer*, núm. 2 (2006-2007), págs. 16 y 17.

52. Por ejemplo, el derecho a la salud supone que los Estados adopten medidas para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna. No obstante, debido a la distribución insuficiente de fondos y recursos para la salud en las zonas rurales y remotas, no suele haber servicios de salud materna, profesionales de la salud especializados en este ámbito ni centros de calidad disponibles en estas zonas⁵⁸. Por ello, las mujeres no pueden acceder a los servicios de salud materna en sus comunidades, sino que para ello deben recorrer distancias considerables e incurrir en gastos importantes. En consecuencia, la tasa de nacidos vivos en partos asistidos por profesionales cualificados⁵⁸ es más reducida para las mujeres que viven en zonas rurales y remotas, que además experimentan tasas de mortalidad y morbilidad maternas más elevadas que las mujeres que viven en zonas urbanas⁵⁹.

53. El derecho a la salud también supone que los Estados aseguren la disponibilidad y la accesibilidad de centros, bienes y servicios de calidad para todas las personas sin discriminación alguna. En muchos Estados, las poblaciones rurales y remotas cuentan con una gran proporción de grupos vulnerables o marginados, como los pobres, las minorías étnicas y raciales y los pueblos indígenas⁶⁰. Estos grupos suelen enfrentarse a ciertas dificultades para acceder a los servicios de salud porque no cuentan con los medios sociales y políticos necesarios para luchar contra la distribución poco equitativa de los recursos públicos⁶¹. De este modo, la distribución poco equitativa de los fondos y recursos para la salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas puede llevar a la discriminación estructural de los grupos vulnerables y marginados dentro del sistema de salud, que, a diferencia de sus homólogos en las ciudades, no tienen acceso a centros, bienes y servicios de salud de calidad en sus comunidades.

54. La situación de los pueblos indígenas en el mundo da muestras de este problema. En muchos Estados, las comunidades indígenas constituyen un grupo vulnerable a causa de la pobreza, la marginación histórica y la falta de empoderamiento político continuos⁶². Estos desafíos se ven agravados por el hecho de que los pueblos indígenas suelen vivir en zonas rurales y remotas que no cuentan con infraestructura pública, incluidos los centros de salud⁶³. En consecuencia, los pueblos indígenas de todo el mundo experimentan peores resultados en cuanto a la salud que la población no indígena⁶⁴. Por ejemplo, los pueblos indígenas de tres países diferentes tuvieron unas tasas de mortalidad infantil 3 veces superiores, unas tasas de suicidio 11 veces superiores y un predominio de las malas condiciones de saneamiento 7 veces superior

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud, *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Societies & Economies* (septiembre de 2010), pág. 10.

⁵⁹ Organización Mundial de la Salud, “En torno a la reducción de los riesgos del embarazo”, nota descriptiva sobre la mortalidad materna (Ginebra, 2008).

⁶⁰ Consejo de Derechos Humanos, “Final study of the Human Rights Council Advisory Committee on the advancement of the rights of peasants and other people working in rural areas” (A/HRC/19/75, sect. IV).

⁶¹ Organización Mundial de la Salud/Comisión Europea, *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds* (Copenhague, 2010), págs. 9 y 10.

⁶² Robyn Eversole *et al.* (eds.), *Indigenous Peoples & Poverty: An International Perspective* (Bergen, Comparative Research Programme on Poverty, 2005), págs. 69, 128.

⁶³ Banco Mundial, *Indigenous Peoples: still among the Poorest of the Poor* (2010), pág. 5.

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud, *The Health and Human Rights of Indigenous Peoples*, Equipo de Salud y Derechos Humanos (2011).

a los de la población no indígena⁶⁵. El enfoque basado en el derecho a la salud supone que los Estados distribuyan equitativamente los fondos y recursos para la salud entre las zonas rurales, remotas y urbanas para respetar el derecho a la salud de los grupos vulnerables y marginados que viven en estas zonas y lograr su plan.

IV. Conclusiones y recomendaciones

55. El enfoque de la financiación de la salud basado en el derecho a la salud proporciona un marco para asegurar una financiación de la salud suficiente, equitativa y sostenible. Este enfoque considera tres aspectos fundamentales de la financiación de la salud: el modo en que los Estados aseguran la disponibilidad de fondos suficientes para la salud y las fuentes de donde obtienen esos fondos; el modo en que se mancomunan esos fondos; y el modo en que se distribuyen los fondos y los recursos en los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a centros, bienes y servicios de salud de calidad.

56. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para la salud:

a) Implantar un sistema progresivo de tributación general para financiar la salud o mejorar la progresividad de estos sistemas en caso de que ya existan;

b) Asegurar que los impuestos sobre el consumo, como los impuestos especiales y el IVA, no sean regresivos. Esto puede suponer el establecimiento de umbrales adecuados, por debajo de los cuales las pequeñas empresas no estén sujetas a pagar impuestos, y la reducción o la eliminación de los impuestos sobre el consumo de los bienes de primera necesidad;

c) Considerar la posibilidad de destinar ciertos porcentajes de los ingresos provenientes de algunos impuestos, como los impuestos sobre los bienes perjudiciales para la salud y el IVA, al gasto en materia de salud;

d) Asegurar que las políticas de liberalización de los impuestos, resultantes de la competencia fiscal internacional, incluidas las reducciones fiscales para inversores extranjeros y los impuestos bajos o inexistentes sobre el comercio y las ganancias de capital, no redunden en la reducción de la financiación pública para la salud;

e) Encontrar maneras de recaudar impuestos de las empresas del sector no estructurado, siempre y cuando les provean de los servicios y demás beneficios estatales a los que tienen derecho como entidades tributarias.

57. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para cooperar a escala internacional con el fin de asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud:

a) Coordinar las actividades de todos los donantes en los Estados receptores, incorporando la participación de la sociedad civil y las comunidades afectadas, con el fin de satisfacer las necesidades nacionales de salud y promover el desarrollo de sistemas de salud autosuficientes;

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, *La salud de los pueblos indígenas*, nota descriptiva núm. 326 (2007), disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/index.html.

b) Crear un mecanismo mundial de mancomunación de fondos basado en los tratados, que comprenda contribuciones obligatorias progresivas de los Estados, que se distribuyan según las necesidades y mediante una gestión transparente y participativa, a fin de transformar los sistemas basados en los donantes en sistemas obligatorios de financiación internacional.

58. El Relator Especial insta a los Estados a dar prioridad a la financiación para la salud en los presupuestos nacionales y subnacionales con el fin de reducir la dependencia excesiva de la financiación internacional y asegurar la autosuficiencia nacional en relación con los recursos para la salud.

59. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para asegurar la mancomunación de los fondos para la salud:

a) Implementar un sistema de mancomunación que incluya pagos anticipados progresivos y obligatorios, como los impuestos y las contribuciones para seguros, con el fin de reducir o eliminar los pagos en efectivo para gastos de salud y asegurar el acceso de los pobres a centros, bienes y servicios de salud de calidad;

b) Desarrollar programas de seguro social de salud financiados mediante contribuciones progresivas y obligatorias, complementadas con ingresos tributarios generales, que incluyan una mancomunidad de contribuyentes suficientemente grande como para promover una financiación cruzada efectiva, con exenciones absolutas para los pobres;

c) Asegurar que la inscripción en los programas de seguro social de salud alcance a todos los sectores de la población, en particular a los grupos vulnerables o marginados, prestando especial atención a los trabajadores del sector no estructurado;

d) Asegurar que los beneficios de los programas del seguro social de salud incluyan un conjunto mínimo de bienes y servicios y que estén disponibles y sean universalmente accesibles según las necesidades. Los conjuntos de beneficios deben:

i) Responder a la carga derivada de las enfermedades y las necesidades de salud de la población;

ii) Incluir servicios de atención primaria de salud efectivos y orientados a la comunidad;

iii) Incluir medicamentos básicos y genéricos para asegurar el acceso a unos tratamientos inocuos, efectivos y asequibles.

60. El Relator Especial insta a los Estados a adoptar las medidas siguientes para asegurar la distribución equitativa de los fondos para la salud:

a) Asegurar la distribución equitativa y eficiente de los fondos y recursos para la salud entre los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, haciendo hincapié en la atención primaria de salud;

b) Asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de centros, bienes y servicios de salud de calidad sin discriminación alguna para las poblaciones rurales y remotas. Esto exigirá:

- i) Un aumento de las inversiones en infraestructura física para la salud en las comunidades rurales y remotas;**
 - ii) La creación de incentivos para los profesionales de la salud, como sueldos competitivos, reducciones fiscales, la rotación de destinos y el desarrollo profesional acelerado, para que trabajen en las zonas rurales y remotas.**
-