



Manana Mikaberidze, de 52 años, es doctora en la región de Gori, Georgia. No es elegible para el seguro médico financiado por el Gobierno y no puede permitirse la afiliación al programa de seguro médico privado. A Manana se le diagnosticó cáncer cervical a principios de este año y ha tenido que depender de los generosos préstamos de sus familiares para recibir tratamiento. Con frecuencia utiliza su propio salario para comprar medicamentos para los pacientes que no pueden pagarlos por sí mismos. Cabe esperar que nuevas e importantes reformas que tengan por objeto la cobertura sanitaria universal en Georgia contribuyan a que muchas personas como Manana accedan a la atención sanitaria que necesitan.

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Porqué los seguros de salud se están dejando atrás a las personas pobres

La cobertura sanitaria universal (UHC por sus siglas en inglés) podría transformar la vida de millones de personas, al proporcionar atención sanitaria vital a quienes más lo necesitan. La UHC comporta que todas las personas obtienen los medicamentos y el tratamiento que necesitan sin temor a caer en la pobreza. Desafortunadamente, en nombre de la UHC algunas agencias donantes y gobiernos de países en desarrollo están promocionando sistemas de seguros de salud que excluyen a la mayoría de personas y que dejan atrás a las más pobres. En demasiados casos, estos programas otorgan prioridad a grupos del sector formal ya de por sí más favorecidos y fomentan así la desigualdad. En lugar de centrar los esfuerzos en recabar aportaciones de personas que carecen de recursos para pagar, los países que más progresos están realizando en la UHC dan prioridad a cubrir los gastos sanitarios a partir de la tributación general, bien como fuente única o junto con la recaudación fiscal procedente de las nóminas del sector formal y la ayuda internacional. Tanto donantes como gobiernos deben dejar de lado los programas de seguros inviables y orientar sus esfuerzos hacia una financiación que funcione para lograr una atención sanitaria universal y equitativa para todos.

Una publicación oportuna, clara y contundente de Oxfam. La cobertura sanitaria universal (UHC, siglas en inglés) se está promoviendo de forma generalizada como una panacea para las desigualdades de salud, pero hay diferencias fundamentales con respecto a su interpretación e implementación, especialmente en cuanto a su financiación. Esta publicación deja claro que los programas de seguros de salud, promovidos muchas veces por el Banco Mundial y otros donantes, siempre dejan en desventaja a las personas más pobres y más enfermas. Sin unos enfoques más equitativos y con base fiscal, las desigualdades en el campo de la salud seguirán creciendo y supondrán una amenaza para todos.

David Sanders,
Profesor Emérito, Escuela de Salud Pública,
Universidad del Cabo Occidental

El avance hacia la UHC será escaso o nulo si los países no introducen reformas para movilizar y utilizar fondos nacionales recaudados por anticipado y de forma equitativa, eficaz y sostenible. Este documento destaca algunos de los principales problemas para la financiación de la UHC, y sin duda será una aportación valiosa al debate actual sobre este tema.

Di McIntyre
Profesora Titular, Unidad de Economía de la Salud, Universidad de
Ciudad del Cabo

Los datos a nivel internacional demuestran que la cobertura sanitaria universal no se logrará a través de seguros de salud voluntarios o de base contributiva. El informe de Oxfam destaca de forma clara la importancia de aplicar mecanismos de financiación específicos para cada contexto, de manera que queden cubiertas las necesidades tanto de las personas pobres como de las más ricas. Gobiernos, encargados de la elaboración de políticas y donantes deben actuar según las recomendaciones del informe con el fin de ayudar a los países a poner en marcha reformas para garantizar que todas las personas, tanto ricas como pobres, tengan acceso a una atención sanitaria de calidad cuando la necesiten.

Dra. Jane Chuma
Investigadora Asociada, Programa de Investigación
KEMRI - Wellcome Trust, Nairobi

RESUMEN

La cobertura sanitaria universal (UHC por sus siglas en inglés), descrita por Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer”,¹ ha pasado a ocupar un primer puesto en la agenda global de acción para la salud. La cobertura universal se refiere, básicamente, al derecho a la salud. Todas las personas, ricas o pobres, deben recibir la atención sanitaria que precisan sin caer por ello en dificultades económicas. Para Oxfam, la UHC significa que todas las personas tienen la *misma* protección económica y acceso al *mismo* paquete de servicios sanitarios de calidad, independientemente de su situación laboral o de su capacidad para pagar.

La UHC no es “café para todos”, por lo que los gobiernos deben aplicar enfoques acordes al contexto social, económico y político de sus respectivos países. Pero el hecho de que no exista un “modelo UHC único” no significa que todo vale.² La OMS ha sido clara con respecto a que los países deben otorgar prioridad a cuatro acciones clave en la financiación de la UHC: limitar los pagos directos, impulsar al máximo los pagos anticipados obligatorios, crear grandes consorcios de riesgo y utilizar los ingresos generales del estado para proporcionar cobertura a aquellos que carecen de recursos para realizar aportaciones.

En demasiados casos estos principios rectores se están dejando de lado. La mayoría de los países en desarrollo aún cobran tasas a los usuarios de los servicios sanitarios. A nivel mundial, cada año 150 millones de personas deben hacer frente a gastos sanitarios catastróficos por culpa de los pagos directos, y 100 millones –tres personas cada segundo– se ven abocadas a la pobreza.³ En nombre de la UHC, muchos gobiernos y donantes están promoviendo e implementando programas voluntarios de cobertura sanitaria privados o de base comunitaria que están demostrando tener escasa cobertura, ser caros de gestionar, y excluir a las personas pobres. El programa RSBY de la India para personas que viven por debajo de la línea de pobreza, considerado en gran parte como un éxito, ofrece una protección económica limitada, sufre corrupción, abusos y aumento de los costos, y ha hecho que los recursos públicos se destinen más a la atención curativa que a la preventiva.^{4,5,6,7} Ningún país del mundo ha conseguido acercarse a la UHC utilizando seguros voluntarios.

Para aquellos que reconocen las deficiencias de los programas voluntarios, los seguros sociales de salud (SHI por sus siglas en inglés) han pasado a ser una alternativa cada vez más extendida. Sin embargo, aunque los SHI hayan logrado la cobertura universal en una serie de países de ingresos altos, los intentos de replicar el mismo modelo basado en el empleo en países de ingresos medios y bajos no han funcionado. Los programas de SHI se caracterizan típicamente por una exclusión masiva. Habiendo transcurrido diez años de la introducción de los SHI en Tanzania, la cobertura alcanza tan solo al 17 % de la población.⁸ Incluso en países ricos la ampliación rápida de coberturas mediante los SHI resultó difícil: Alemania tardó 127 años en lograr la cobertura universal. Las personas de los países pobres no pueden, ni deben, esperar tanto tiempo.

Cada segundo, tres personas caen en la pobreza al tener que pagar por la atención sanitaria

Incluso donde los SHI son preceptivos, resulta prácticamente imposible obligar a las personas a adherirse a los mismos, por lo que de hecho pasan a ser programas voluntarios lastrados por los mismos problemas de baja cobertura, selección adversa y consorcios de riesgo fragmentados. El sistema preceptivo de Ghana, considerado un ejemplo de éxito de los SHI, cubre hoy tan solo al 36 % de la población.⁹

Los enfoques que comienzan por el sector formal aumentan y arraigan la desigualdad y deberían ser evitados. Incluso con la mejor de las intenciones, casi ninguno de los países de ingresos bajos y medios que han iniciado los SHI en el sector formal ha logrado ampliar la cobertura basada en un sistema contributivo. El resultado habitual es un sistema de salud a dos velocidades, con un programa para las personas con empleo formal y otro programa “estatal” (normalmente con menos beneficios y de peor calidad) para todas las demás.

Las expectativas de que las aportaciones realizadas por personas del sector informal generarían ingresos significativos no se han materializado. En Ghana, las primas procedentes del sector informal representan tan solo un 5 % del coste total del Seguro Nacional de Salud (NHIS).¹⁰ Por otra parte, las aportaciones a los SHI que deben realizar los gobiernos por sus empleados representan un coste muy elevado. El Gobierno de Tanzania destinó 33 millones de dólares a aportaciones en 2009/10, o una cantidad de 83 dólares por empleado: seis veces más de lo que gastó por persona y año en salud para la población en general.^{11,12} De hecho, los SHI pueden incluso reducir el total de recursos disponibles para el sector de salud: cuando se introdujeron los SHI en Kazajistán, el Ministerio de Finanzas recortó el presupuesto de salud en una cantidad mayor de la recolectada a través de las primas de seguro.¹³

DOS ENFOQUES QUE FUNCIONAN

Por fortuna, son cada vez más los países en desarrollo que están desarrollando sistemas de financiación propios que funcionan para hacer avanzar la UHC. Aunque las fórmulas concretas adoptadas varían, todos estos países reconocen que el derecho a la atención sanitaria debe basarse en la ciudadanía y/o la residencia, y no en la situación laboral o en las aportaciones monetarias realizadas. En lugar de importar modelos de financiación sanitaria poco adecuados de países de ingresos altos, los países de ingresos medios y bajos deben buscar utilizar los ejemplos de éxito de países de características más afines, como Tailandia, México, Sri Lanka y Kirguistán.

Los países que mayores avances han logrado hasta la fecha han incorporado plenamente los principios de equidad y universalidad, rechazando enfoques que incluyen aportaciones de personas pobres y sin recursos. Estos países se pueden dividir en dos grandes grupos.

En primer lugar, hay ejemplos de países de niveles de ingresos muy diversos, como Sri Lanka, Malasia y Brasil, que financian la UHC a partir de sus ingresos fiscales. Los sistemas de salud de Sri Lanka y Malasia, financiados a partir de los impuestos recaudados, proporcionan a sus ciudadanos unos niveles de protección frente a riesgos económicos que se cuentan entre los mejores de Asia.¹⁴ A finales de la década de los ochenta, la mitad de la población de Brasil carecía de seguro de salud. Hoy, tan solo dos décadas después de que se creara el Sistema Unificado de Salud, financiado por ingresos tributarios, casi el 70 % de los 200

millones de habitantes del país recurren al mismo para recibir atención sanitaria.¹⁵ Es preciso destacar que los únicos países de bajos ingresos que han logrado la cobertura sanitaria universal y equitativa son aquellos que la han financiado a través de sus ingresos fiscales.¹⁶

Una segunda opción cada vez más utilizada por otro grupo de países en que la UHC está siendo un éxito, entre ellos Tailandia, México y Kirguistán, es la recaudación de primas únicamente de personas con un empleo formal remunerado, primas que se suman en lo posible a los ingresos por impuestos generales para financiar la cobertura sanitaria de la totalidad de la población.

Tan solo el 12 % de la población de Tailandia realiza aportaciones al sistema de salud a través de la nómina; el resto de la financiación de su programa de cobertura universal, reconocido a nivel mundial, sale de los ingresos generales del Estado.¹⁷ En tan solo 10 años, el número de personas sin cobertura sanitaria ha disminuido del 30 % a menos del 4 % de la población.¹⁸ Las personas que viven en la pobreza son las más beneficiadas.¹⁹ Las medidas que se están tomando en Tailandia para unificar distintos programas pondrán fin a la desigualdad debida a los mayores beneficios a los que tienen acceso en la actualidad las personas con empleo formal.

Existe también una tendencia positiva en otros países hacia la creación de consorcios nacionales de riesgo únicos que combinan las aportaciones realizadas a través de las nóminas, los ingresos fiscales y la ayuda al desarrollo. En Kirguistán, las reformas de este tipo han reducido radicalmente la fragmentación y la desigualdad y mejorado los resultados en salud.²⁰ El derecho a la atención sanitaria en el Seguro Nacional de Salud propuesto en Sudáfrica tendrá como base la nacionalidad y la residencia legal y no las aportaciones monetarias.

La financiación a partir de los ingresos fiscales ha desempeñado un papel decisivo en todos los ejemplos de éxito de la UHC. Desgraciadamente, la atención prestada a los SHI como modelo de UHC “por defecto” ha dejado prácticamente aparcado en países de ingresos medios y bajos el importante capítulo de cómo generar más ingresos fiscales para la salud. Este aspecto debe investigarse con urgencia. Incluso los países más pobres pueden incrementar los ingresos públicos para la salud mejorando la recaudación fiscal, ajustando los tipos de imposición, e introduciendo nuevos impuestos progresivos y mecanismos de financiación novedosos. Oxfam ha calculado que la mejora de la gestión fiscal podría incrementar en un 31 % los ingresos por impuestos en 52 países en desarrollo, lo que representaría un aumento de 269.000 millones de dólares en los recursos públicos propios.²¹

SE PRECISA SOLIDARIDAD MUNDIAL

La acción urgente a nivel mundial en torno al fraude y la evasión fiscal es también fundamental para garantizar que los países puedan generar y retener una mayor proporción de recursos propios para la salud. Las prácticas empleadas por las grandes multinacionales para eludir impuestos cuestan a los países en desarrollo en torno a 160.000 millones de dólares anuales, tres veces la cantidad total destinada por los gobiernos del África subsahariana a la salud en 2011.^{22,23}

Para lograr la UHC se necesitará una ayuda al desarrollo significativa, al menos a corto y medio plazo. Según la OMS, tan solo ocho países de ingresos bajos tienen alguna posibilidad de financiar la UHC a partir de recursos propios en 2015.²⁴ Es imprescindible contar con una ayuda más previsible y a más largo plazo no solo para ayudar a construir sistemas públicos de salud efectivos sino también para mejorar los sistemas públicos tributarios y de gestión financiera, con el fin de que los países puedan ser autosuficientes en el futuro. La ayuda de gobierno a gobierno a través de la ayuda sectorial o presupuestaria es la mejor manera de apoyar a los gobiernos en el camino hacia la UHC.

El mero incremento de los recursos de que disponen los gobiernos de países de ingresos bajos y medios no impulsará el avance hacia la consecución de la UHC. Los gobiernos deben demostrar también su compromiso político, aumentando y protegiendo las asignaciones al sector sanitario y actuando rápidamente para paliar las deficiencias, mejorar la calidad y garantizar una atención efectiva, segura y con rendición de cuentas para los pacientes. Los ministerios de salud deben dar prioridad a una atención primaria de calidad, que abarque cuidados preventivos costo-efectivos, y esforzarse en mejorar el desempeño y la rendición de cuentas. La voluntad política para lograr estos cambios ha sido el pilar básico de todos los ejemplos de éxito de la UHC.

RECOMENDACIONES

Gobiernos de países en desarrollo

- Desarrollar sistemas de financiación basados en las cuatro “acciones clave” recomendadas por la OMS. En lugar de adaptar modelos europeos de SHI basados en el empleo, se debe utilizar lo aprendido del cada vez mayor número de países de ingresos bajos y medios que están avanzando en la consecución de la UHC.
- Hacer de la equidad y la universalidad prioridades explícitas desde el principio, evitando la tentación de comenzar por las personas del sector formal a las que resulta “más fácil llegar”. Las personas que viven en la pobreza deben beneficiarse en todo momento al menos en la misma medida que las personas con mayor poder adquisitivo.
- En lugar de orientar los esfuerzos a la recolección de primas de personas empleadas en el sector informal, buscar mecanismos más eficaces y equitativos de generación de ingresos para el sector sanitario a través de reformas fiscales.
- Combinar todos los ingresos públicos para la salud –con impuestos derivados del sector formal de empleo en su caso– para obtener el máximo beneficio de la redistribución de esos ingresos.
- Garantizar que se asigna a la salud una proporción adecuada de los presupuestos públicos, de acuerdo con el objetivo del 15 % de fondos públicos fijado en Abuja.
- Hacer partícipe a la sociedad civil en todas las etapas de la formulación, implementación y seguimiento de políticas.

Gobiernos de países de ingresos altos y agencias multilaterales

- Dejar de promover enfoques poco adecuados en nombre de la UHC, y en especial programas voluntarios de cobertura sanitaria privados o de base comunitaria.
- Adoptar medidas contra el fraude y la evasión fiscal, que deniegan a los países pobres recursos imprescindibles para unos servicios públicos universales. Prestar ayuda para la implementación de sistemas impositivos progresivos en los países pobres, con asistencia técnica para reforzar su capacidad de gestión tributaria.
- Cumplir el compromiso de aportar al menos un 0,7 % del PIB como ayuda oficial al desarrollo, y mejorar la efectividad de la ayuda para la salud. Aportar una mayor proporción de la ayuda para la salud como ayuda presupuestaria o sectorial a largo plazo.
- Prestar apoyo a los gobiernos de los países en desarrollo para que puedan medir y evaluar de manera efectiva los avances y los resultados en torno a la UHC, especialmente en lo que concierne a la equidad.

Sociedad civil

- Mejorar la colaboración para ejercer presión colectiva sobre gobiernos y otros socios o partes interesadas de manera que apuesten por un enfoque de UHC que tenga en cuenta los valores de universalidad, equidad y solidaridad.
- Exigir que rindan cuentas a los gobiernos mediante la participación en diálogos sobre políticas, el escrutinio del gasto en salud y prestación de servicios, y la denuncia de casos de corrupción.
- Llamar la atención sobre casos en que donantes influyentes promueven mecanismos de financiación para la salud poco equitativos, obligándoles a rendir cuentas.
- Colaborar con “campeones” de justicia fiscal de la sociedad civil y exigir acción urgente en torno al fraude y la evasión fiscal a nivel mundial.
- Los sindicatos del sector formal deben solidarizarse con los trabajadores de la economía informal y exigir una atención sanitaria universal y equitativa.

Oxfam insta a la comunidad internacional a apoyar la UHC como objetivo común de salud en el panorama de desarrollo posterior a 2015. Al poner el foco de la atención en la UHC se crea una oportunidad para acelerar los avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, luchar contra la creciente tasa de enfermedades no contagiosas y, por encima de todo, lograr que se adopte un enfoque más exhaustivo para hacer realidad el derecho a una cobertura sanitaria decente, asequible y equitativa para todos.

NOTAS

- ¹ Chan, M. (2012) "Intervención ante la 65^a Asamblea Mundial de la Salud", discurso presentado en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- ² Kutzin, J. (2012) "Anything goes on the path to universal coverage? No" Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 90: 867-868. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/> - R10, consultado por última vez el 17 de junio de 2013.
- ³ Xu, K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T (2007) "Protecting households from catastrophic health spending" *Health Affairs*, 26(4): 972-983.
- ⁴ Balooni K, Gangopadhyay K, Turakhia S y Karthik RG. (2012) "Challenges in the Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India" *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 1(1):21-32.
- ⁵ Sinha K (2012) "Unnecessary procedures on the rise in govt hospitals too: Report" *The Times of India* [digital] 15 de octubre de 2012. Disponible en: http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-10-15/india/34471569_1_health-insurance-rsby-health-care, consultado por última vez el 2 de septiembre de 2013.
- ⁶ Shivakumar, G. (2013) "Government paid private insurer crores in premium for ghost beneficiaries" *The Hindu Online* [digital] 2 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.thehindu.com/news/national/government-paid-private-insurer-crores-in-premium-for-ghost-beneficiaries/article5083382.ece?homepage=true>, consultado por última vez el 4 de septiembre de 2013.
- ⁷ La Forgia, G y Nagpal, S (2012) "Government-sponsored health insurance in India: Are you covered?" Banco Mundial, Washington D.C.
- ⁸ Fondo Nacional de Seguro de Salud (NHIF) (2011) [en Internet] "Fact Sheet: Inside NHIF 2001/02 to 2010/11". Disponible en: <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, consultado por última vez el 27 de junio de 2013.
- ⁹ En su Informe Anual 2010, la Administración del Seguro Nacional de Salud de Ghana indicó una cobertura del 34%. En septiembre de 2013, el Seguro Nacional de Salud (NHIS) afirmó tener nueve millones de afiliados (<http://graphic.com.gh/General-News/nine-million-ghanaians-use-health-insurance.html>), número que representa el 36% del total de la población de Ghana, que asciende a 25 millones.
- ¹⁰ Amporfu, E. (2013) "Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage", *International Journal for Equity in Health*, 12:4.
- ¹¹ Fondo Nacional de Seguro de Salud de Tanzania (2010) "NHIF Actuarial and Statistical Bulletin". Disponible en: <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, consultado por última vez el 26 de junio de 2013.
- ¹² Según la OMS, el gasto público en salud per cápita fue de 14,4 dólares en 2010 (datos disponibles en <http://apps.who.int/gho/data/view.country.20700>). El cálculo del gasto por persona en el NHIF se basa en la cantidad total dedicada a aportaciones de empleados y el número de afiliados al NHIF en 2009/10.
- ¹³ Elovainio, R y Evans, D. (2013) "Raising and spending domestic money for health" Documentos del grupo de trabajo del Centro para la salud global: informe 2 del grupo de trabajo de financiación, Chatham House (The Royal Institute of International Affairs): Londres.
- ¹⁴ Rannan-Eliya, R.P. (2010) "Redistributive impacts of financing and delivery in Sri Lanka's healthcare system", presentación en el Simposio Mundial de Investigación sobre los Sistemas de Salud, Montreux, 16 de noviembre de 2010. Disponible en: http://www.ihp.lk/publications/pres_doc/pres101116.pdf, consultado por última vez el 27 de junio de 2013.
- ¹⁵ En 2012 el 60% de la población brasileña utilizaba únicamente el SUS, el 8 % utilizaba principalmente el SUS, el 14 % utilizaba tanto el SUS como el sector privado, el 9 % utilizaba principalmente el sector privado, y el 10 % utilizaba únicamente el sector privado. Couttolenc B y Dmytraczenko T (2013) "UNICO Studies Series 2: Brazil's Primary Care Strategy", Banco Mundial: Washington D.C. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWP0BRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf, consultado por última vez el 12 de septiembre de 2013.
- ¹⁶ Task Force on Global Action for Health System Strengthening (2009) "G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up: Global Action for Health System Strengthening, Policy Recommendations to the G8", Japan Center for International Exchange: Tokio. Disponible en: <http://www.jcie.org/researchpdfs/takemi/full.pdf>, consultado por última vez el 27 de junio de 2013.
- ¹⁷ Wagstaff, A. (2007) "Social Health Insurance Reexamined", Banco Mundial, Documento

- de trabajo de investigación de políticas 4111. Banco Mundial: Washington D.C.
- ¹⁸ Organización Mundial de la Salud (2010) "Informe sobre la salud en el mundo: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal", Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
- ¹⁹ El índice de gasto catastrófico en salud para el quintil más pobre de la población cayó del 4 % en 2000 al 0,9 % en 2006. Missoni, E. (ed) (2010) "Attaining Universal Health Coverage: A research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making", Global Health Group, Universidad de Bocconi: Milán. Disponible en: <http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/Attaining%20Universal%20Health%20Coverage%20A%20researchinitiative%20to%20support%20evidence-based%20advocacy%20and%20policy-making.PDF>, consultado por última vez el 25 de junio de 2013.
- ²⁰ Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. (2009) "From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova". En: Chernichovsky D., Hanson K. (eds) *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*, Vol. 21, Advances in Health Economics and Health Services Research. Emerald Group Publishing: Bingley.
- ²¹ Itriago, D. (2011) "Dueños del desarrollo: Impuestos para combatir la pobreza", Intermón Oxfam: Madrid.
- ²² Christian Aid (2008) "Death and taxes: the true toll of tax dodging" Christian Aid: Londres. Disponible en: <http://www.christianaid.org.uk/images/deathandtaxes.pdf>, consultado por última vez el 11 de septiembre de 2013
- ²³ OMS Global Expenditure Database [electrónica]. El gasto público en salud de todos los países del África subsahariana en 2011 fue de 36 400 millones de dólares. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, consultado por última vez el 2 de julio de 2013
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud (2010) "Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis" Documento de trabajo para el Grupo de trabajo sobre Formas innovadoras de financiación de sistemas sanitarios, Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

© Oxfam Internacional octubre 2013.

Este documento ha sido escrito por Ceri Averill con la ayuda de Anna Marriott. Oxfam agradece la colaboración de Sophie Freeman, Monica Mutesa, Mohga Kamal Yanni, Tobias Luppe, Katie Malouf-Bous y Emma Seery en su elaboración. Forma parte de una serie de documentos dirigidos a contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, por favor póngase en contacto con advocacy@oxfaminternational.org

Esta publicación está sujeta a *copyright* pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del *copyright* solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con policyandpractice@oxfam.org.uk.

La información en esta publicación es correcta en el momento de enviarse a imprenta.

Publicado por Oxfam GB para Oxfam Internacional con
ISBN 978-1-78077-485-5 en octubre de 2013.
Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Reino Unido.

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en 94 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza:

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)
Oxfam América (www.oxfamamerica.org)
Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)
Oxfam-en-Bélgica (www.oxfamsol.be)
Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)
Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)
Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)
Oxfam India (www.oxfamindia.org)
Intermon Oxfam (www.intermonoxfam.org)
Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)
Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)
Oxfam Japón (www.oxfam.jp)
Oxfam México (www.oxfammexico.org)
Oxfam Nueva Zelanda (www.oxfam.org.nz)
Oxfam Novib (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)

Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org. Email: advocacy@oxfaminternational.org

www.oxfam.org



OXFAM